

ISSN1809-4635

Revista Paulista de Reumatologia

VOL. 8 N° 4 out/dez 2009



A Reumatologia Brasileira no ACR
O Novo Código de Ética Médica

**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, utilizada 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 progresso 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. **Precavações 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 predispõem 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 attenuadas 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, cloroquina/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: IVAS. Comuns: celulite; herpes; úlceras orais; gastrite; erupções de pele; prurido; céfaleia; tonturas; aumento de enzimas hepáticas; hipertensão; leucopenia/neutropenia; hipercolesterolemia. Incomuns: diverticulite; estomatite; urticária; aumento de bilirrubinas; hipertrigliceridemia; hipersensibilidade. **Infecções graves:** pneumonia, celulite, herpes, gastrite, 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	15-20
Ética	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.

Directora Científica

Elaine de Azevedo

1^a Secretário

Nafice Costa Araújo

2^a Secretário

Rubens Bonfiglioli

1^a Tesoureiro

Silvio Figueira Antonio

2^a 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 (1^a Secretário), Pérola Goberstein Lerner (2^a 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, Virginia 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

Charles Heldan 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 Barranard Vannucci Lomonte, Marcelo de Medeiros Pinheiro, Renata Ferreira Rosa, Sandra Hiroko Watanabe

Et Cetera Editora de Livros e Revistas

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

Endereço para correspondência

Rua Caraíbas, 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 final da gestão mistura uma agradável sensação de dever prensamente cumprido com um pouco de melancolia por se tratar de um fim. Mas são apenas sentimentos transitórios, porque a SPR é muito maior que uma gestão.

Com toda a equipe envolvida no projeto inicial, avaliamos que obtivemos um avanço e que conseguimos atingir os principais objetivos.

Gostaria de dizer para os futuros presidentes da SPR que a função é muito gratificante e que nos dá a rara oportunidade de defender a nossa especialidade com independência, autonomia e, acima de tudo, lisura.

Ainda se faz necessário o envolvimento maior dos associados, e que eles possam usufruir efetivamente das vantagens de serem sócios em dia com suas obrigações ante a entidade. Observamos que ainda há um número considerável de reumatologistas em São Paulo que não são sócios da SPR ou estão em débito. Em nossa gestão procuramos demonstrar em cada evento a vantagem de ser um sócio adimplente. É óbvio que quanto mais fortes nós estivermos, muito melhores serão nossas conquistas, incluindo aí as reivindicações para uma remuneração mais adequada e justa para nosso trabalho.

Nestes tempos de novas tecnologias, que se apresentam em altíssima velocidade, devemos ficar muito atentos ao afã de lançar mão de tudo que aparece de forma imediata. Não podemos perder a perspectiva de que estamos lidando com pessoas que sofrem em razão de suas afecções e são muito mais suscetíveis e indefesas.

O acesso a novas tecnologias deve ser usufruído por toda a população, sem restrições relativas a sua condição social ou etnia. Precisamos praticar, divulgar e esclarecer que toda forma de preconceito deve ser banida.

Lamentamos profundamente a passagem precoce da Dra. Sandra Regina M. Fernandes, da Unicamp, e desejamos muita paz para corações e mentes de seus familiares.

Muito obrigado a todos com quem tive enorme prazer em compartilhar o trabalho representativo, em especial a Márcia Gerardi, nossa incansável e competentíssima secretária.

Desejo ao Latorre e equipe uma gestão cheia de sucessos.

Grande abraço a todos.

José Carlos Mansur Szajubok

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

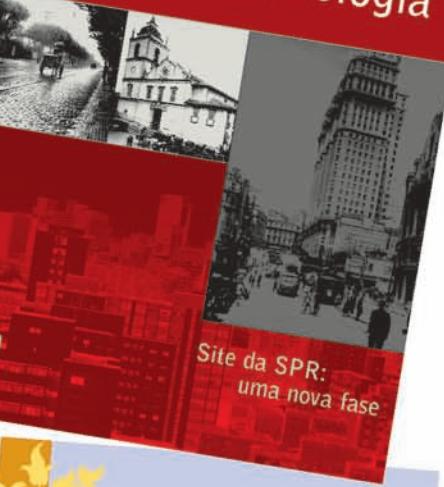
Gestão 2008-2009

www.reumatologiasp.com.br

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



Revista Paulista de Reumatologia



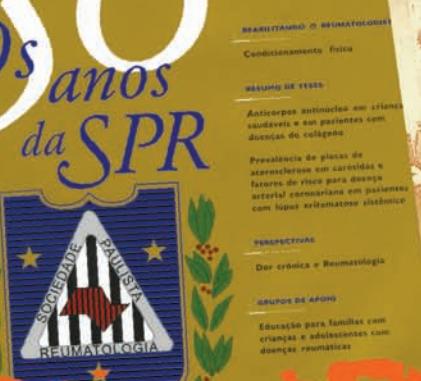
Site da SPR:
uma nova fase



Órgão Oficial da Sociedade Paulista de Reumatologia

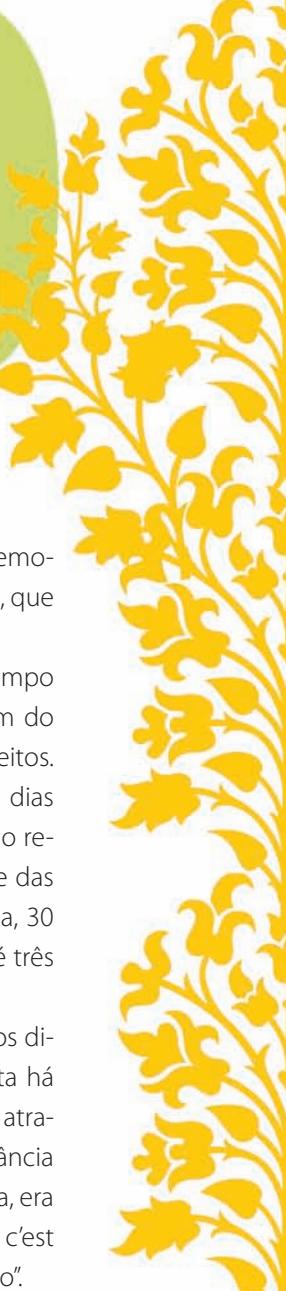
Revista Paulista de Reumatologia

50
anos
da SPR



54 - VII - 2003

30



De repente, 30, trinta edições! Um número histórico para comemorarmos o sucesso da Revista Paulista de Reumatologia, órgão oficial da SPR, que se iniciou na gestão Jamil Natour, em 2002-2003.

Se pensarmos bem, trinta é um número muito interessante. Trinta é tempo suficiente para criar uma ideia, desistir do primeiro encontro e também do segundo, desatar nós, reconstruir argumentos e apresentar novos conceitos. É o último dia da maioria dos meses de nosso calendário e a cada 30 dias recebemos nossos salários, é dia de pagamento. É o tempo médio para o retorno médico. É metade de um minuto, metade de uma hora e metade das comemorações dos 60 anos da fundação da nossa SBR. Na numerologia, 30 é o número 1. Embora não tenhamos notas de 30, sabemos que trinta é três vezes a nota dez e, até Joãozinho, era trinta.

Trinta também são as balzaquianas ou as balzacás, como costumamos dizer, em referência "A Mulher de Trinta", de Honoré de Balzac, obra escrita há mais de 150 anos. Segundo o autor francês, uma mulher de trinta tem atrativos irresistíveis, com menos ilusões, muito mais experiências e a distância incomensurável do previsto ao imprevisto. Madame Bovary, outra trintona, era tão excepcional que Flaubert disse diante dos tribunais: "Madame Bovary, c'est moi". Aos 30, lembrem-se, Jesus e Marilyn tinham feito praticamente "tudo".

Por outro lado, mulher de 30 também faz bobagem. Se casou, está a um passo da separação; se não, não pensa em outra coisa. Se não nasceu loira, esse pensamento não sai de sua cabeça.



Editorial

Trinta também é nome de guerra que tomou conta da Europa no século XVII (1618-48). Com cunho inicial religioso, baseado nas crenças, diferenças e intolerância entre católicos e protestantes (Reforma) da região da Boêmia, acabou terminando como disputa mercantilista e de poderes entre o sacro-império germânico (Habsburgos) e diversos outros países, como Dinamarca, Suíça, Holanda, França e Suécia.

Mas a melhor coisa ao chegarmos aos 30, é descobrir a enorme quantidade de amigos que fizemos ao longo desses últimos 8 anos. Amizades que nos influenciaram e nos fizeram mais felizes. Agradecemos a todos!

Outra francesa notável, Coco Chanel, dizia que “o sucesso é alcançado por aqueles que sabem que falhar é inevitável”. Reconhecemos isso. Erros e acertos fizeram parte das tentativas de tornar a Revista um veículo ágil, sério, informativo, cultural e educativo.

Um ditado popular diz que quem não for belo aos vinte e forte aos trinta, não pode esperar ser tudo isso depois. Acreditamos, entretanto, que a RPR será muito mais aos 40, 60, 90, 100... afinal de contas, todos de 30, como nós, queremos manter a forma depois dessa fase.

Parabéns à atual Diretoria da SPR e ao presidente José Carlos Szajubok e felicidades à nova gestão 2010-11, presidida por Luiz Carlos Latorre.

E, hoje, meus amigos, trinta vale qualquer coisa. Trinta agora e sinta o que você quiser. Em 2010, temos mais um 30. Faça as contas. Muitas felicidades, sonhos e realizações a todos vocês!

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



INFILTRAÇÕES GUIADAS POR ULTRASSOM

RITA FURTADO⁽¹⁾, MARLA DOS SANTOS⁽²⁾, JAMIL NATOUR⁽³⁾

1. Assistente-doutor e preceptor do Ambulatório de Procedimentos e Reabilitação da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM
2. Pós-graduanda (doutorado) da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM
3. Professor-associado e chefe do Ambulatório de Procedimentos, Coluna e Reabilitação da Disciplina de Reumatologia da Unifesp/EPM

As infiltrações intra-articulares (IIAs) são procedimentos muito utilizados na prática do reumatologista e, na grande maioria das vezes, realizadas às cegas, sendo o custo-benefício dessa abordagem aparentemente satisfatório. No entanto, várias são as articulações cuja abordagem às cegas é de difícil realização, seja pela profundidade, seja pela dificuldade de acesso.

O uso do ultrassom é prática cada vez mais frequente entre os clínicos. Na reumatologia, principalmente entre os reumatologistas europeus, é utilizado mais como extensão do exame físico e na monitoração do tratamento de enfermidades reumáticas, sobretudo a artrite reumatóide (AR). Tem sua sensibilidade aumentada com o Power Doppler tanto no diagnóstico e planejamento terapêutico inicial, seja sistêmico ou intra-articular, quanto no seguimento pós-intervenção desses pacientes. O ultrassom também pode ser usado para guiar procedimentos diagnósticos e terapêuticos intra e periarticulares em pacientes com doenças osteoarticulares.

A pertinência do uso de métodos de imagem para guiar procedimentos osteoarticulares é reforçada por estudos que demonstram a baixa acurácia das infiltrações intra-articulares às cegas, mesmo em articulações de grande porte como joelho. Em recente trabalho realizado, pelo nosso grupo, em 96 pacientes com AR (232 articulações infiltradas) para avaliar a acurácia das IIAs apendiculares às cegas, sugere-se que, mesmo para um reumatologista treinado, as articulações glenoumeral e tornozelo (talocrural) devem ser infiltradas com o auxílio de imagem (acurácia de 82% e 77%, respectivamente). Segundo alguns autores, a acurácia da infiltração intra-articular guiada por ultrassom varia de 96-98% comparada à acurácia de 32-59% para o procedimento realizado às cegas.

Não, somente, as IIAs podem se beneficiar do auxílio do ultrassom para guiar a agulha no momento do procedimento, mas também as infiltrações periarticulares (IPAs) no caso de bolsas, peritendões, túnel do carpo, periénteses e cistos tenosinoviais, evitando lesões indesejáveis de nervos ou tendões.

Apesar da baixa acurácia das infiltrações às cegas enfatizadas por alguns dos estudos citados, ainda não há consenso na literatura sobre o impacto do uso do ultrassom para guiar esses procedimentos na melhora da efetividade das infiltrações. Estudos controlados avaliando a efetividade da infiltração subacromial e da tendinite de De Quervain mostraram superioridade da infiltração guiada por ultrassom em comparação com a realizada às cegas. Em contrapartida, outros trabalhos com enfermidades como síndrome do im-

pacto, fascite plantar e sinovite reumatoide dos punhos não mostraram diferença de efetividade entre o procedimento guiado e o realizado às cegas.

Em tese, todas as infiltrações nas articulações apendiculares e na grande maioria das estruturas periarticulares podem ser guiadas por ultrassom.

Articulações axiais como zigoapofisária e sacroiliaca já foram relatadas como passíveis de abordagem guiada pelo ultrassom. Galiano et al. (2007) mostraram resultados semelhantes entre a infiltração intra-articular guiada por tomografia computadorizada e por ultrassom nessas articulações. Há, ainda, alguns autores que utilizam o ultrassom para guiar biópsia sinovial.

Para realizar procedimentos osteoarticulares guiados por ultrassom, os transdutores devem ser de preferência lineares, com frequência de pelo menos 7-13 MHz. Para a abordagem de pequenas articulações, recomenda-se transdutores com frequência de 13-20 MHz.

As infiltrações articulares guiadas por ultrassom devem ser realizadas segundo a seguinte sequência: usar o ultrassom para explorar a articulação ou área a ser infiltrada, definir qual a melhor janela para a introdução da agulha, realizar antisepsia adequada da região, monitorar pelo ultrassom a progressão da agulha até o local a ser infiltrado e visualizar a suspensão do fármaco injetado durante e depois da infiltração. Em algumas articulações de maior risco (quadril e zigoapofisárias) deve utilizar-se luva estéril, assim como devem ser estéreis os materiais que envolvem o transdutor e o gel entre o mesmo e a pele do paciente. Recomenda-se evitar o contato direto do povidone com o transdutor, uma vez que pode danificá-lo. Dessa forma, dá-se preferência para solução alcoólica à 70% ou clorexidine para antisepsia.

Existem duas técnicas principais para a realização de procedimentos intra ou periarticulares guiados por ultrassom. Na primeira, faz-se a marcação da superfície da pele, com posterior introdução da agulha às cegas no local marcado e, na segunda, há a visualização direta da agulha com introdução paralela ou perpendicular da mesma em relação ao transdutor. Consideramos mais adequada a técnica de introdução paralela da agulha abaixo de uma das extremidades do transdutor. Deve salientar-se, ainda, que, quanto mais paralela estiver a agulha em relação ao transdutor, melhor será sua visualização. A interlinha articular não necessariamente precisa ser atingida pela agulha, mas, sim, deve-se ter a intenção de penetrar no recesso articular mais distendido.

A seguir, serão descritas as técnicas simplificadas das infiltrações intra-articulares guiadas por ultrassom nas articulações mais frequentemente praticadas pelo reumatologista.

GLENOURMERAL (via posterior)

Posicionamento do paciente: decúbito lateral contralateral. *Transdutor:* posteriormente à cabeça umeral e transversal em relação à interlinha articular. *Reparos anatômicos:* Glenoide e o labrum, medialmente, e a cabeça umeral lateralmente. A agulha deverá penetrar pela extremidade medial do transdutor no sentido médio-lateral (Figura 1) com uma inclinação de 45° paralelamente abaixo do transdutor até atingir a cabeça umeral (Figura 2).

COTOVELO (via anterior)

Posicionamento: cotovelo em extensão máxima com a mão em supinação. *Transdutor:* na fossa cubital (recesso anterior) transversalmente à interlinha articular. A agulha (40 x 8 mm) deve penetrar distalmente ao transdutor com inclinação de 45° (Figuras 3 e 4).



Figura 1 – Infiltração de articulação do ombro guiada por ultrassom, via posterior.



Figura 3 – Infiltração de articulação do cotovelo (umerorradial) guiada por ultrassom, via anterior.

PUNHO

Posicionamento: mão pronada sobre a maca. *Transdutor:* transversal à interlinha articular radiocarpal na altura do osso escafóide. A agulha (25 x 8 mm) penetra distalmente ao transdutor no sentido proximal com inclinação de 45° (Figuras 5 e 6).

QUADRIL

Posicionamento do paciente: decúbito dorsal. *Transdutor:* posicionado pela face anterior transversalmente à interlinha articular de modo a promover a visualização da cabeça e colo femorais com o maior eixo do transdutor coincidente ao do fêmur. A agulha (raquianestesia ou gelco 16) penetra distalmente ao transdutor com inclinação de aproximadamente 70° (Figura 7) direcionada para a cabeça femoral. Ao tocar a cabeça femoral, pode-se introduzir a medicação (Figura 8). O recesso inferior (distalmente à cabeça femoral), que pode estar distendido em atropatias inflamatórias, também pode ser punctionado.

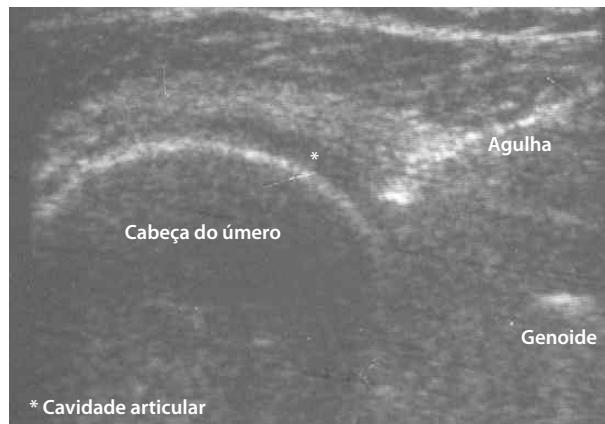


Figura 2 – Infiltração de articulação do ombro guiada por ultrassom, via posterior.

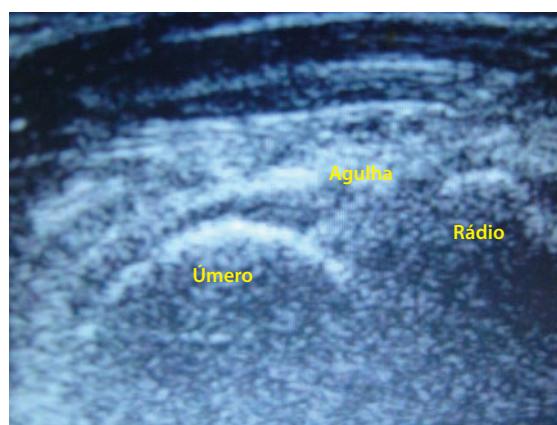


Figura 4 – Infiltração de articulação do cotovelo (umerorradial) guiada por ultrassom, via anterior.

TORNOZELO

Posicionamento do paciente: decúbito dorsal com pé em posição neutra. *Transdutor:* na face anterior da articulação talocrural perpendicularmente à interlinha articular. A agulha

(40 x 8 mm) penetra distalmente ao transdutor paralelamente e abaixo deste, com a inclinação de 45° (Figura 9) até atingir o tálus (recesso anterior) imediatamente abaixo da interlinha da articulação talocrural (Figura 10).



Figura 5 – Infiltração de articulação do punho radiocarpal guiada por ultrassom.



Figura 6 – Infiltração de articulação do punho radiocarpal guiada por ultrassom.



Figura 7 – Infiltração da articulação do quadril guiada por ultrassom.

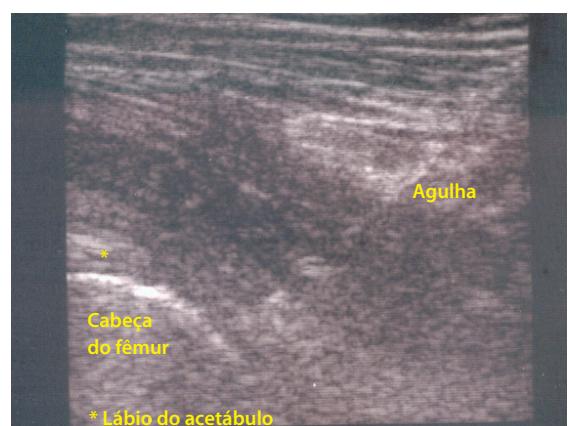


Figura 8 – Infiltração da articulação do quadril guiada por ultrassom.



Figura 9 – Infiltração de articulação do tornozelo (talocrural) guiada por ultrassom.

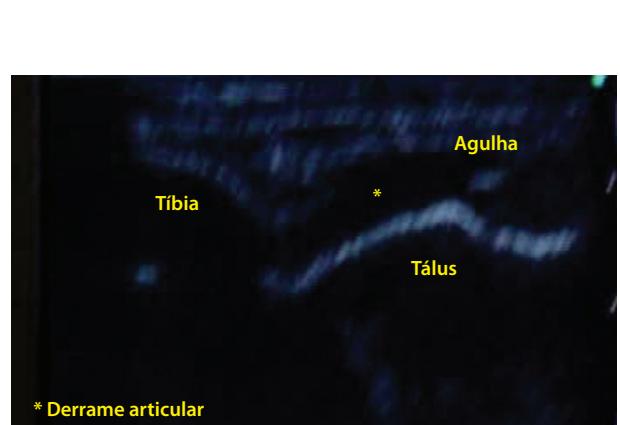


Figura 10 – Infiltração de articulação do tornozelo (talocrural) guiada por ultrassom.



Muda o curso
da artrite
reumatoide¹

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

Contraindicado 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 CI, 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:** para o tratamento de artrite reumatoide ativa e da artrite psoriática ativa. **Contraindicações:** 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. **Reações adversas:** Sistemas Gastrintestinal e Fígado: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar diarreia, náusea, vômitos, anorexia, alterações da mucosa oral, dor abdominal, elevação dos parâmetros laboratoriais hepáticos; raramente (0,01 – 0,1%) pode ocorrer hepatite, icterícia/colestase; muito raramente (\leq 0,01% dos pacientes) pode ocorrer dano hepático grave, como insuficiência hepática e necrose hepática aguda, e também pancreatite. Sistema Cardiovascular: 1 a 10% dos paciente podem apresentar elevação da pressão sanguínea. Sistema Hematológico e Linfático: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar leucopenia; 0,1 a 1,0% dos pacientes podem apresentar anemia, trombocitopenia; raramente, 0,01–0,1% dos pacientes podem apresentar leucopenia e eosinofilia ou pancitopenia. O uso recente, concomitante ou consecutivo de agentes potencialmente mielotóxicos pode estar associado ao maior risco de efeitos hematológicos. Sistema Nervoso: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar cefaleia, vertigem e parestesia; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar distúrbios do paladar e ansiedade; muita raramente (em \leq 0,01% dos pacientes) pode ocorrer neuropatia periférica. Reações alérgicas, pele e anexos: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar reações alérgicas leves, prurido, eczema, pele ressecada, aumento da perda de cabelo; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar urticária; muito raramente (em \leq 0,01% dos pacientes) podem ocorrer reações anafiláticas/anafilactoides graves, síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica; muito raramente (em \leq 0,01% dos pacientes) pode ocorrer vasculite, incluindo vasculite cutânea necrotizante. Infecção: raramente (0,01–0,1% dos pacientes) podem ocorrer infecções severas e sepsis, que pode ser fatal. Doenças do mediastino, torácica e respiratória: raramente (em 0,01 – 0,1% dos pacientes) pode ocorrer doença intersticial pulmonar (incluindo pneumonite intersticial), que pode ser fatal. Outras reações: 1 a 10% dos pacientes podem apresentar perda de peso e astenia; 0,1 a 1% dos pacientes podem apresentar hipototassemia; pode ocorrer hiperlipidemia leve. Pequena diminuição na concentração de espermatозoide, contagem total de espermatозoide e na motilidade progressiva rápida, todas reversíveis, não podem ser excluídas. O risco de malignidade, particularmente desordens linfoproliferativas, também é conhecido por estar aumentado com o uso de alguns fármacos imunossupressores. **Interações medicamentosas:** pode ocorrer aumento das reações adversas quando do uso recente ou concomitante de ARAVA® e substâncias hepatotóxicas (incluindo álcool), hematotóxicas ou imunossupressoras. É recomendada a monitoração cuidadosa das enzimas hepáticas durante a fase inicial da substituição de leflunomida para metotrexato. Não foi observada interação farmacocinética entre a leflunomida (10 a 20 mg por dia) e metotrexato (10 a 25 mg por semana). Deve-se considerar o potencial de aumento dos níveis plasmáticos de leflunomida após administrações múltiplas em pacientes recebendo concomitante leflunomida e rifampicina. Em estudos clínicos não foram observados problemas de segurança quando da administração concomitante de AINEs metabolizados pelo CYP2C9 e leflunomida. Foram relatados casos de aumento do tempo de protrombina durante a administração concomitante de leflunomida e varfarina. A administração de colestiramina ou carvão ativado provoca a diminuição rápida e significativa da concentração plasmática de A771726. A utilização de vacinas ativas é desaconselhada. A meia-vida prolongada da leflunomida deve ser considerada quando da administração de vacina ativa após a interrupção da leflunomida. A absorção da leflunomida pelo sistema gastrintestinal não é afetada quando administrada com alimentos. A administração de leflunomida concomitante a antimialáricos comumente utilizados no tratamento de doenças reumáticas (por exemplo: cloroquina e hidroxicloroquina), ouro intramuscular ou oral, D-penicilamina, azatioprina e outros medicamentos imunossupressores (por exemplo: ciclosporina, metotrexato), não foi adequadamente estudada. **Posologia:** Dose de ataque (artrite reumatoide e artrite psoriática): recomenda-se 100 mg/dia, por 3 dias consecutivos. Dose de manutenção (artrite reumatoide 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. ARAVA® não é recomendado para uso em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos. Não é necessário ajuste de dose em pacientes acima de 65 anos de idade. **USO ADULTO. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA.** Registro M.S.: 1.1300.0264. Farm. Resp.: Antonia A. Oliveira – CRF-SP nº 5.854. Última revisão: 30/09/2009. Para maiores informações antes de sua prescrição, favor ler a bula completa do produto. **SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

BR - LEF - 03/03/05 - Novembro/2009



Av. Major Sylvio de Magalhães Padilha, 5.200 – Ed. Atlanta
Jardim Morumbi – São Paulo – SP – CEP 05693-000

sanofi aventis
O essencial é a saúde

AVALIAÇÃO FENOTÍPICA DAS CÉLULAS T REGULADORAS

CD4⁺CD25⁺CD127^{LOW} EM PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

ALUNO: DANILLO MESQUITA JUNIOR

Orientador: Professor Dr. Luis Eduardo Coelho Andrade

Co-orientador: Prof. Dr. Esper Georges Kallas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde Aplicadas à Reumatologia

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) caracteriza-se pelas mais variadas manifestações clínicas e laboratoriais. Diversos estudos prévios realizados em modelos murinos e humanos de doenças autoimunes evidenciaram alterações de frequência, bem como funcionais e fenotípicas das células TREG CD4⁺CD25⁺, sugerindo o papel dessa população celular na etiopatogenia da autoimunidade. No LES, observa-se a existência de uma complexa rede de interações que caracterizam a doença, na qual muitos alvos podem ser considerados para intervenção terapêutica, inclusive as células TREG CD4⁺CD25⁺. Os dados sobre a frequência e fenótipo das células TREG publicados até o momento são controversos, devido à heterogeneidade de marcadores fenotípicos e estratégias de análises utilizadas. Um elevado nível de células efetoras ativadas contamina as amostras de células selecionadas, de acordo com as estratégias clássicas de identificação de células TREG no LES, e este fenômeno é, ainda, mais acentuado quanto maior o grau de atividade da doença. Assim, o presente projeto pretendeu, inicialmente, validar uma estratégia de análise capaz de identificar e quantificar células TREG utilizando a combinação dos marcadores CD25 e CD127 associados à expressão de Foxp3 em pacientes com LES em atividade ou fora de atividade. Concluiu-se pelo painel CD4⁺CD25^{+high}CD127^{low} como melhor marcador de células TREG em virtude de sua alta associação com Foxp3 tanto em saudáveis como em pacientes com LES. Num segundo momento, avaliou-se a frequência de células TREG e células Tconv,

onde se detectou níveis normais de células TREG e níveis elevados de células Tconv ativadas em pacientes com doença em atividade. Foi nosso objetivo, também, avaliar a expressão de marcadores fenotípicos importantes para biologia das células TREG como CTLA-4, GITR, PD-1, OX40, HLA-DR, CD95, CD45Ra, CD28, CD40L (CD4⁺CD25^{+high}CD127^{low}). Além disso, foi explorada a relação entre o balanço de células TREG versus células Tconv, expressando estes marcadores, mediante o cálculo da razão de equilíbrio fenotípico TREG/Tconv. Em pacientes com doença ativa, observaram-se níveis diminuídos de células TREG positivas para as moléculas CTLA-4 e CD28 e níveis elevados de células TREG CD40L+. Quando avaliada a razão TREG/Tconv, verificou-se alteração no balanço TREG/Tconv positivas para GITR, HLA-DR, OX40, CD40L e CD45RO. Houve queda na razão TREG/Tconv para os marcadores GITR, HLA-DR, OX40 e CD45RO e ganho para o marcador CD40L em pacientes com LES quando comparado com controles saudáveis. Além da caracterização fenotípica ampla, o presente estudo tem mais um ponto original, que consiste na definição da população de células TREG a partir do fenótipo CD4⁺CD127^{low}CD25⁺, que tem se mostrado mais específico que o tradicional fenótipo CD4⁺CD25^{high} altamente contaminado por células Teff. Estes dados, no futuro, poderão contribuir para a busca de alternativas mais eficazes de imunoterapia, capazes de restabelecer os mecanismos normais de tolerância imunológica, evitando ou minimizando, assim, os danos causados pela resposta autoimune.

NEUROPATHIA PERIFÉRICA EM PACIENTES COM SÍNDROME

ANTIFOSFOLÍPIDE PRIMÁRIA

ALUNO: MÁRIO SÉRGIO FERREIRA SANTOS

Orientador: Prof. Dr. Jozélio Freire de Carvalho

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor em Ciências

O envolvimento do sistema nervoso periférico em diversas doenças autoimunes é bem estabelecido. No entanto, não existem estudos, com desenho metodológico apropriado, que tenham investigado a relação entre síndrome antifos-

folípide primária (SAFP) e neuropatia periférica. Nossa objetivo nesse trabalho foi investigar a ocorrência de neuropatia periférica em pacientes com SAFP. Vinte e seis pacientes com SAFP (critérios de Sapporo) e vinte controles, saudá-

veis, pareados por sexo e idade, foram recrutados em dois centros de referência. Foram excluídas as causas secundárias de neuropatia periférica e um exame neurológico completo, seguido de estudo de neurocondução, foi realizado em todos os indivíduos. Parestesias foram observadas em oito pacientes (31%). Leve fraqueza distal e anormalidades nos reflexos tendíneos profundos foram observados em três (11,5%) pacientes. Evidência eletrofisiológica de neuropatia periférica foi observada em nove (35%) pacientes, dos quais quatro (15,5%) pacientes apresentaram neuropatia sensitiva ou sensitivomotora axonal distais (em dois deles,

com a superposição de síndrome do túnel do carpo), um (4%) paciente apresentou neuropatia sensitivomotora, axonal e desmielinizante, acometendo os membros superiores e inferiores, enquanto que, em quatro (15,5%) pacientes, observou-se a presença isolada de síndrome do túnel do carpo. As alterações clínicas e sorológicas dos pacientes com SAFP não tiveram qualquer correlação com as alterações eletrofisiológicas. Em conclusão, neuropatia periférica, geralmente assintomática, é comum na SAFP e o estudo de condução nervosa deve ser considerado na avaliação desses pacientes.

Publicações TOP 10

1. COMPARAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE TRIAGEM DA INFECÇÃO POR *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* EM PACIENTES COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS

Comparison of screening procedures for Mycobacterium tuberculosis infection among patients with inflammatory diseases. Soborg B., Ruhwald M., Hetland M. L., et al. J Rheumatol 2009; 36: 1876-84

Pacientes com doenças inflamatórias em tratamento com agentes anti-TNF alfa apresentam maior risco de tuberculose (TB), uma vez que o bloqueio do TNF em indivíduos com TB latente pode levar à desorganização do granuloma e à disseminação do *Mycobacterium tuberculosis*. Assim, todos os candidatos à terapia anti-TNF devem fazer exames para detecção potencial de TB latente antes do início do tratamento. O PPD é o método de screening mais utilizado, mas é incapaz de distinguir pessoas infectadas daquelas que foram vacinadas com BCG. Por outro lado, métodos baseados na detecção da liberação de interferon gama, como o QuantiFeron TB-Gold (QFT), têm sido descritos como sendo de alta especificidade para o diagnóstico de TB ativa e latente. Esse estudo avaliou os resultados do PPD e do QFT em 302 pacientes com doenças inflamatórias, dos quais 294 apresentavam resultados para QFT, 241 para PPD e 234 para ambos. QFT positivo foi observado em 7% da população estudada, enquanto PPD positivo foi detectado em 19%. QFT positivo foi associado à presença de fatores de risco clássicos para a infecção por *M. tuberculosis*. O tratamento com corticosteroides aumentou o risco de QFT inconclusivo (RR 4,2, IC 95% 1,6-10,7, p=0,04) e diminuiu o risco de PPD positivo (RR 0,4, IC 95% 0,1-1,0, p=0,04). A concordância entre os dois métodos foi baixa (kappa 0,2, IC 95% 0,02-0,3, p=0,002).

2. FATORES PROGNÓSTICOS PARA O TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA TENDINITE CALCIFICANTE CRÔNICA SINTOMÁTICA DO OMBRO

Prognostic factors in nonoperative therapy for chronic symptomatic calcific tendinitis of the shoulder. Ogon P., Suedkamp N. P., Jaeger M., et al. Arthritis Rheum 2009; 60 (10): 2978-84

O objetivo desse estudo foi definir as características da tendinite calcificante do manguito rotador que podem predizer a progressão do quadro para a resolução, para o estado assintomático ou para persistir sintomático. Foram avaliados 420 pacientes, num total de 488 ombros, em uma coorte prospectiva. O período médio de tratamento não cirúrgico foi de 4,4 anos (0,5 a 13,7 anos), sendo o tratamento contínuo por um período de pelo menos três meses. Foi considerada falha do tratamento clínico a persistência de tendinite calcificante sintomática do ombro após um período mínimo de seis meses, observado em 114 pacientes (27%). Os fatores de mau prognóstico associados foram: ocorrência bilateral da tendinite, localização na porção anterior do acrônio, extensão medial (subacromial) do depósito e depósito calcificado de grande volume.

3. A FUNÇÃO ANORMAL DA LIPOPROTEÍNA DE ALTA DENSIDADE ESTÁ ASSOCIADA AO MAU CONTROLE DA DOENÇA E ALTERAÇÃO DA CARGA PROTÉICA NA ARTRITE REUMATOIDE

Abnormal function of high-density lipoprotein is associated with poor disease control and an altered protein cargo in rheumatoid arthritis. Charles-Schoeman C., Watanabe J., Lee Y. Y., et al. Arthritis Rheum 2009; 60 (10): 2870-9

A doença cardiovascular prematura é a maior causa de morbidade e mortalidade em pacientes com artrite reumatoide (AR), que apresentam um aumento de 70% no risco de óbito em comparação à população geral. Dessa forma, é importante compreender os mecanismos da aterosclerose acelerada em pacientes com AR. A presença de lipoproteína de alta densidade (HDL) pró-inflamatória é um deles e o objetivo desse estudo foi caracterizar a função anti-inflamatória da

HDL em 132 pacientes com AR e identificar diferenças proteicas e enzimáticas que possam discriminar a HDL pró da anti-inflamatória. Os níveis de proteínas plasmáticas como apolipoproteína A-I (apo A-I), haptoglobina, hemopexina, hemoglobina e mieloperoxidase (MPO) foram medidos. A idade, atividade da doença, presença de erosões, raça não caucasiana e o tabagismo foram associados à HDL pró-inflamatória. Além disso, pacientes com HDL pró-inflamatória apresentaram níveis mais elevados de haptoglobina, hemoglobina, apo A-I e MPO. Assim, nessa coorte de pacientes com AR, a doença em atividade e uma alteração na carga de proteínas plasmáticas foram associadas à HDL pró-inflamatória.

4. TAXAS DE RECORRÊNCIA DAS MANIFESTAÇÕES CARDÍACAS ASSOCIADAS AO LÚPSUS NEONATAL E FATORES DE RISCO MATERNO/ FETAIS

Recurrence rates of cardiac manifestations associated with neonatal lupus and maternal/fetal risk factors. Llanos C., Izmirly P. M., Katholi M., et al. *Arthritis Rheum* 2009; 60 (10): 3091-7

Esse estudo teve como objetivo identificar a frequência das manifestações cardíacas recorrentes do lúpus neonatal (LN) e os fatores de risco associados, por meio da análise dos dados de um registro de LN norte-americano. A taxa global de recorrência em 161 gestações de 129 mulheres com anticorpos anti-Ro/SSA em 17,4% da amostra (IC 95% 11,1-23,6%). Nesse grupo, 23% das mulheres que eram assintomáticas ou apresentavam doença indiferenciada do tecido conjuntivo, em comparação a 14% das mulheres com LES ou síndrome de Sjögren, tiveram um segundo filho com LN cardíaco. O uso de corticóide não influenciou a recorrência do LN cardíaco e a presença do anticorpo não foi capaz de predizer o desfecho nas gestações subsequentes. Além disso, o óbito da primeira criança com LN cardíaco não foi preditor da recorrência de LN na gestação seguinte. O risco de LN cardíaco foi semelhante entre os sexos das crianças. Dessa forma, a recorrência do LN cardíaco não foi influenciada pela saúde materna, uso de corticóide, presença de autoanticorpos, gravidez da doença cardíaca na primeira criança com a doença e o sexo da criança subsequente.

5. TRATAMENTO MODIFICADOR DA DOENÇA NA ESCLEROSE SISTêmICA: ESTADO ATUAL

Disease-modifying treatment in systemic sclerosis: current status. Quillian N. P., Denton C. P. *Curr Opin Rheumatol* 2009; 21: 636-41

Os autores revisaram as principais evidências relacionadas às terapias modificadoras da doença no tratamento da esclerose sistêmica (ES). Dentre os achados recentes, a ciclofosfamida permanece como tratamento de escolha no caso da doença pulmonar e acometimento cutâneo grave associado à ES. O metotrexato é uma boa opção nos casos de superposição com ES, enquanto o micofenolato de mofetil e a azatioprina são indicados tanto no tratamento cutâneo como na doença pulmonar, seja na forma de monoterapia ou como terapia de manutenção após a indução

com ciclofosfamida. Estudos em andamento sugerem que o transplante de células-tronco hematopoiéticas autólogas e o imatinibe são promissores no tratamento da ES. Por outro lado, a relaxina foi contraindicada devido à falta de eficácia e efeitos adversos renais, tais como hipertensão arterial e dano tissular. Uma alternativa terapêutica é a tolerância imune ao colágeno tipo I humano, indicada a um grupo selecionado de pacientes. Futuros trabalhos são necessários para avaliar o papel dos biológicos, tais como infliximabe, rituximabe e imunoglobulina intravenosa.

6. EXERCÍCIO COMO UMA INTERVENÇÃO ANTI-INFLAMATÓRIA NO COMBATE DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS MUSCULARES

Exercise as an anti-inflammatory intervention to combat inflammatory diseases of muscle. Nader G. A., Lundberg I. E. *Curr Opin Rheumatol* 2009, 21: 599-603

A proposta desse artigo de revisão foi atualizar os efeitos do exercício físico nos pacientes com doença inflamatória crônica, enfatizando o potencial efeito anti-inflamatório, particularmente nas miopatias. Até recentemente, pacientes com miosite eram impossibilitados de realizar exercício físico devido ao receio da exacerbação do processo inflamatório, limitando sua atividade ao repouso e movimentos passivos. Hoje, diversos estudos têm abordado os efeitos clínicos benéficos do exercício físico, fortalecimento muscular e condicionamento cardiorrespiratório nos pacientes com miopatia inflamatória crônica. De fato, observou-se que o exercício desempenha importante papel na prevenção de redução de força e perda muscular nestes casos. Além disso, o glicocorticoide, utilizado no tratamento da polimiosite e dermatomiosite, exerce efeito catabólico e pode causar atrofia muscular, especialmente nas fibras musculares tipo II. Neste contexto, a introdução do exercício como terapêutica inicial, associado ao tratamento imunossupressor, está indicada na prevenção do dano muscular e melhor prognóstico. Além disso, proporciona modulação de moléculas inflamatórias, sugerindo possível papel anti-inflamatório. Estudos recentes demonstraram que indivíduos saudáveis e pacientes com doenças inflamatórias crônicas, tais como artrite reumatoide e doença pulmon obstrutiva crônica, podem apresentar baixos níveis de marcadores de inflamação sistêmica (IL-6 e PCR) ao praticar exercícios físicos. Dessa forma, o exercício em pacientes com miosite é seguro, reduz o processo inflamatório e beneficia a evolução clínica.

7. AS CAUSAS E O SIGNIFICADO CLÍNICO DA FEBRE NO LÚPSUS ERITEMATOSO SISTêmICO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 487 PACIENTES HOSPITALIZADOS

The causes and clinical significance of fever in systemic lupus erythematosus: a retrospective study of 487 hospitalized patients. Zhou W. J., Yang C. D. *Lupus* 2009; 18: 807-12

A febre é uma das manifestações mais comuns nos pacientes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) e é considerada

a principal causa de admissão hospitalar. Esta pode estar presente em diversas circunstâncias, tais como: atividade do LES, infecções, malignidades ou reações adversas às drogas. O diagnóstico diferencial de febre no LES é crucial para a otimização do tratamento e prognóstico desses pacientes. O objetivo do estudo foi investigar as causas e características clínicas da febre no LES, por meio de análise retrospectiva de 487 pacientes lúpicos febris hospitalizados no período de janeiro de 2002 a maio de 2007. Dentre os casos estudados, 265 pacientes apresentavam febre de origem infecciosa, 206 relacionados ao LES, 8 casos associados à infecção e LES, 4 atribuídos à malignidade (3 adenocarcinoma pulmonar e 1 linfoma) e 4 estabelecidos por outras causas. Os sítios mais comuns de infecção foram o trato respiratório (62,6%), trato urinário (8,6%), pele e mucosa (8,3%), sistema nervoso central (5,9%), trato gastrointestinal (5,9%), sepse (4,6%), musculoesquelética (2,2%), peritônio (1,6%) e linfonodos (0,3%). Observou-se que a dose diária de prednisona ≤ 100 mg foi capaz de suprimir a febre associada ao LES em 80,6% dos casos, geralmente no período de 1-5 dias. Comparado aos casos de febre de origem infecciosa, os pacientes com febre decorrente do LES apresentaram menores níveis de componente do complemento C₃ e maior escore do índice de atividade do LES (SLEDAI).

8. TRATAMENTO DA SÍNDROME FIBROMIÁLGICA COM GABAPENTINA E PREGABALINA – UMA META-ANÁLISE DE ESTUDOS RANDOMIZADOS CONTROLADOS

Treatment of fibromyalgia syndrome with gabapentin and pregabalin – A meta-analysis of randomized controlled trials. Hauser W, Bernhardy K, Uceyler N, Sommer C. Pain 2009; 145 (1-2): 69-81

Com o objetivo de avaliar a eficácia de gabapentina e pregabalina no tratamento da fibromialgia, os autores pesquisaram artigos na MEDLINE, PsycINFO, SCOPUS, www.clinicaltrials.org e the Cochrane Library, sendo selecionados apenas os estudos randomizados controlados. Seis de 127 estudos randomizados controlados que estudaram mais de dois mil pacientes em tratamento com gabapentina (1 estudo) ou pregabalina (5 estudos) e 1.056 indivíduos em grupo placebo, com duração média de tratamento de 11 meses, foram incluídos nessa revisão sistemática. Cinco estudos preencheram critérios para uma meta-análise. Encontrou-se forte evidência para a redução da dor, melhora do sono e melhora na qualidade de vida, mas não para o humor depressivo. Houve forte evidência para uma redução não substancial da fadiga e ansiedade. A validade externa dos estudos foi comprometida, pois os pacientes com alterações somáticas e mentais severas foram excluídos.

9. DEFININDO SACROILIÍTE ATIVA PELA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PARA CLASSIFICAÇÃO DE ESPONDILOAARTRITES AXIAIS: UM CONSENSO DO GRUPO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ASAS/OMERACT

Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: a consensual approach by

the ASAS/OMERACT MRI group. Rudwaleit M, Jurik A. G., Hermann K. G. A., et al. Ann Rheum Dis 2009; 68 (10): 1520-7

O objetivo desse estudo foi identificar e descrever os achados essenciais para o diagnóstico de sacroiliite (SI) pela ressonância magnética. Dez médicos (2 radiologistas e 8 reumatologistas) do grupo de trabalho em ressonância magnética da ASAS/OMERACT revisaram e discutiram em três workshops as imagens representativas de sacroiliite associadas a espondiloartrite (Ea) ou a outras condições não inflamatórias, mecânicas, neoplásicas ou infecciosas. Lesões inflamatórias ativas/agudas como edema de medula óssea/osteíte, sinovite, entesite e capsulite podem ser vistas pelo exame e se associaram de forma significativa ao diagnóstico de Ea com envolvimento axial. Destas, a presença de edema de medula óssea/osteíte foi considerada essencial para a definição de SI ativa. Lesões estruturais como esclerose, erosões, deposição de gordura e anquilose também podem ser detectadas, mas, até o momento, não se conhece o papel exato delas para se firmar o diagnóstico. Pela primeira vez, os achados relevantes para SI foram definidos em consenso por um grupo de radiologistas e reumatologistas e que podem auxiliar na aplicação correta dos novos critérios de classificação para espondiloartrites.

10. A INFLUÊNCIA DA POSIÇÃO SÓCIOECONÔMICA NO RELATO DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA REGIONAL E DIFUSA: RESULTADOS DO 1958 BRITISH BIRTH COHORT STUDY

The influence of socioeconomic status on the reporting of regional and widespread musculoskeletal pain: results from the 1958 British Birth Cohort Study. Macfarlane G. J., Norrie G., Atherton K., et al. Ann Rheum Dis; 68 (10): 1591-5

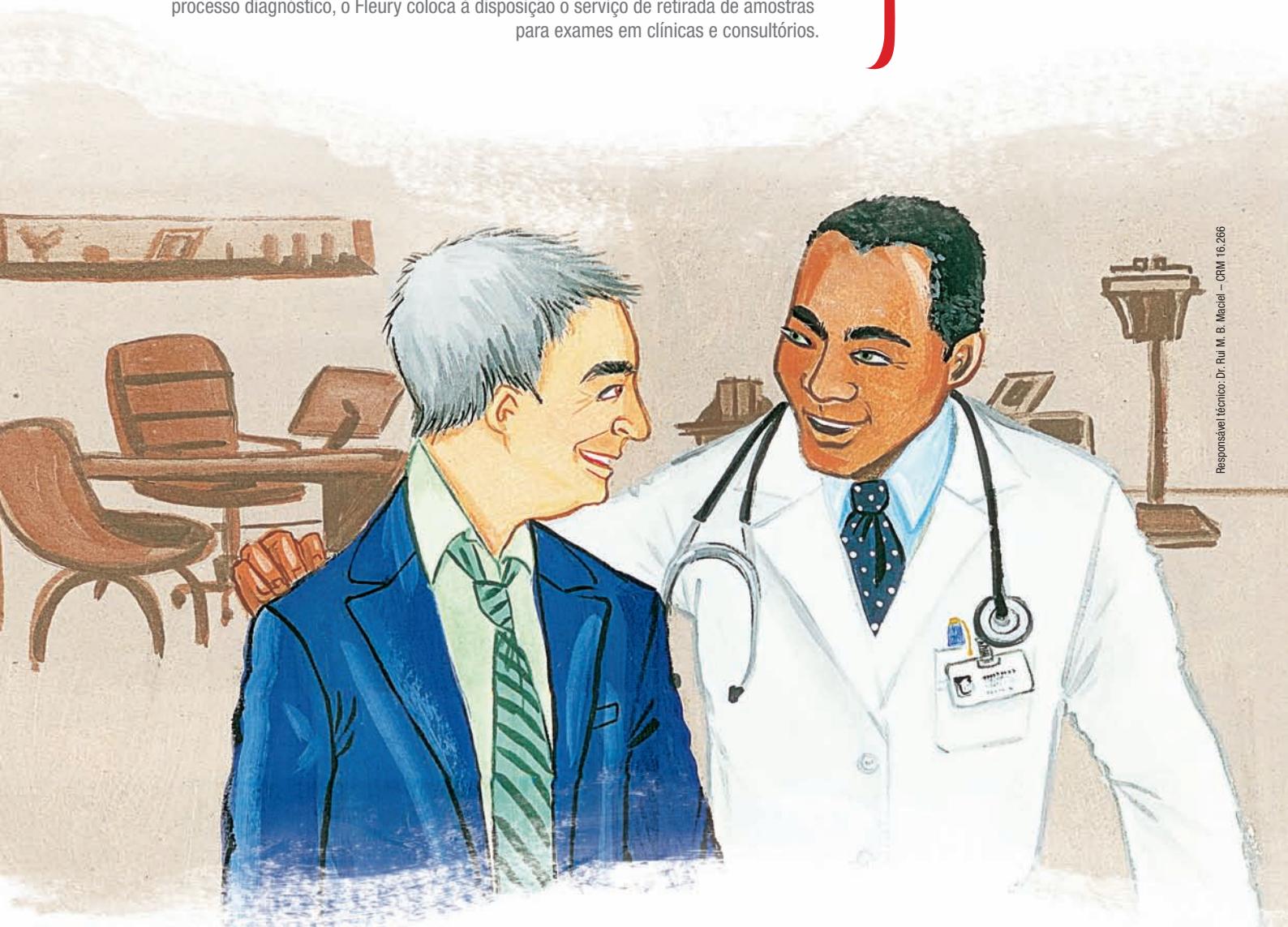
Os autores avaliaram a extensão e intensidade do relato de dor em adultos, de acordo com as diferentes classes socioeconômicas, bem como a presença de efeitos adicionais em longo prazo da condição socioeconômica na infância e se quaisquer dessas relações podem atuar como mediadores na saúde psicológica dos adultos. Os participantes desse estudo foram recrutados, ao nascimento, em 1958, e foram acompanhados durante a infância e vida adulta, por 45 anos, quando as informações sobre dor regional ou difusa foram coletadas, incluindo vários fatores mediadores potenciais. A prevalência de dor em ombro, antebraço, região lombar, joelho e dor difusa nesses 45 anos foi maior em adultos de classes sociais baixas. Indivíduos de classe mais baixa (comparada com a mais alta) têm um risco três vezes maior de dor crônica difusa (RR = 2,9; 95%IC 1,8-4,6). A posição socioeconômica na infância também teve relação com dor localizada e difusa. Em análise multivariada, essas relações foram parcialmente explicadas pela pobre saúde mental em adultos, estresse psicológico, eventos adversos e estilo de vida. Esses achados enfatizam a importância e o potencial impacto de medidas para reduzir a adversidade social, que poderá ter efeito na saúde musculoesquelética na vida adulta e em outras causas maiores de morbidade.

OFERECER SOLUÇÕES COMPLETAS NÃO FAZ BEM SÓ PARA A SAÚDE DOS PACIENTES.

**Fleury. Soluções completas para os pacientes.
E, principalmente, para quem cuida deles.**

O Fleury conta com um pacote de serviços especiais que vão dar a você mais tranquilidade e facilidade no seu dia a dia. Conheça:

- Assessoria a médicos: são 350 médicos especialistas altamente qualificados à sua total disposição para auxiliar no diagnóstico de enfermidades que acometem seus pacientes.
 - Relatório integrado: é uma importante ferramenta para os casos em que a realização de exames concomitantes seja possível.
 - Identificação e senha: permite acesso rápido aos resultados dos exames de seus pacientes. Basta entrar em contato pelo telefone (11) 3179 0820.
- Conteúdo científico atualizado: no site do Fleury, você tem acesso a artigos técnicos, aulas multimídia e publicações periódicas que abordam assuntos de interesse das mais diversas áreas médicas, além de manuais de diagnósticos, manuais de exames e conteúdos para PDA.
 - Coleta em consultórios: para oferecer ainda mais comodidade e agilidade no processo diagnóstico, o Fleury coloca à disposição o serviço de retirada de amostras para exames em clínicas e consultórios.



Artrófilo

ENCONTRO CIENTÍFICO ANUAL DO AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY



Neste ano, o Encontro Científico Anual do American College of Rheumatology foi realizado na histórica cidade da Filadélfia, Pensilvânia, berço da nação norte-americana. Mais uma vez, o Encontro contou com uma expressiva participação de reumatólogos brasileiros. A produção científica paulista se destacou pela apresentação de 30 trabalhos, desenvolvidos em hospitais e centros acadêmicos. O Artrófilo traz um resumo dos trabalhos apresentados, cujos *abstracts* podem ser conferidos na íntegra no site do ACR (www.rheumatology.org). Parabéns a todos os autores!

1. MORTALITY TRENDS RELATED TO DERMATOMYOSITIS AND POLYMYOSITIS, STATE OF SÃO PAULO, BRAZIL, 1985-2007: A STUDY USING MULTIPLE-CAUSE-OF-DEATH

Deborah C. C. Souza¹, Augusto H. Santo², José M. P. Souza², Celso Escobar Pinheiro³ e Emilia I. Sato¹. ¹Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil, ²Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, ³Datasus, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, Brasil

A mortalidade relacionada à dermatomiosite (DM) e à polimiosite (PM) no Estado de São Paulo foi analisada no período de 1985 a 2007. Os dados foram coletados através dos certificados de óbito, pelo DATASUS. Nesse período, ocorreram 318 óbitos relacionados à DM e 316 à PM, dos quais a miopatia foi a causa subjacente em 55,2% e a causa associada para o óbito em 44,8%. A mortalidade relacionada à DM ocorreu de forma mais precoce do que a relacionada à PM. Ao longo do tempo, houve aumento na idade média em que ocorria o óbito das mulheres com PM. A associação entre neoplasias e DM e, em menor grau, com óbito por PM foi consistente com os dados da literatura.

2. BALANCE ABILITY IN POLYARTICULAR JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Vanessa Bueno, Claudio A. Len, Maria T. Terreri, Jamil Natour e Maria O. Hilário. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

A capacidade de balanço foi avaliada em crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ), forma poliarticular, com acometimento de membros inferiores. Foi feita compa-

ração a controles saudáveis pareados para sexo e idade, sendo 50 crianças incluídas em cada grupo. O balanço foi medido pelo Sistema de Estabilidade Biodex, o qual demonstrou que os pacientes com AIJ apresentam uma pior capacidade de balanço do que as crianças saudáveis.

3. RELATIONSHIP BETWEEN INCREASES IN BMD ON DENOSUMAB AND REDUCTION IN FRACTURE RISK

Michael McClung¹, Steven Cummings², Yu-Ching Yang³, Eric Vittinghoff⁴, Silvano Adami⁵, Gerolamo Bianchi⁶, Michael Bolognese⁷, Claus Christiansen⁸, Andreas Grauer³, Federico Hawkins⁹, David L. Kendler¹⁰, Cesar Libanati³, Carlos Mautalen¹¹, Ian Reid¹², Jose Zanchetta¹³, Cristiano A. F. Zerbini¹⁴, Richard Eastell¹⁵ para o estudo FREEDOM, ¹Oregon Osteoporosis Center, Portland, OR, ²SFCC, CPMC Research Institute & UCSF, San Francisco, CA, ³Amgen Inc., Thousand Oaks, CA, ⁴UCSF, San Francisco, CA, ⁵University of Verona, Verona, Italy, ⁶Ospedale La Colletta, Genoa, Italy, ⁷Bethesda Health Research Center, Bethesda, MD, ⁸CCBR, Ballerup, Denmark, ⁹Hospital Universitario, Madrid, Spain, ¹⁰Clinical Research Centre, Vancouver, BC, ¹¹Centro de Osteopatias Médicas, Buenos Aires, Argentina, ¹²University of Auckland, Auckland, New Zealand, ¹³Instituto de Investigaciones Metabolicas and University of Salvador, Buenos Aires, Argentina, ¹⁴Hospital Heliópolis, São Paulo, ¹⁵University of Sheffield, Sheffield, United Kingdom

O estudo FREEDOM selecionou de forma randômica 7.868 mulheres de 60 a 90 anos com T-score em coluna ou em fêmur total entre -2,5 e -4,0 para receber placebo ou denosumabe subcutâneo 60 mg a cada 6 meses. A densidade mineral óssea (DMO) do quadril foi medida na avaliação inicial

e anualmente. Em comparação ao placebo, o denosumabe aumentou a DMO do fêmur total em 3,2% em 12, 4,4% em 24 e 5% em 36 meses. Denosumabe reduziu o risco de novas fraturas vertebrais em 68% ($p<0,0001$) e não vertebrais em 20% ($p=0,01$) em 36 meses. A mudança na DMO do fêmur total com o denosumabe foi capaz de explicar cerca de metade da redução do risco de novas fraturas vertebrais.

4. EFFICACY AND SAFETY OF BAMINERCEPT IN THE TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS (RA) – PRELIMINARY RESULTS OF THE PHASE 2B STUDY IN THE DMARD-IR POPULATION

John D. Isaacs¹, Mark C. Genovese², Paul Emery³, Morton A. Scheinberg⁴, Aj Spindler⁵, Charlotte Newman⁶, Megan L. Weaver⁶, Jeff Browning⁶, John O'Gorman⁶, Matt Cravets⁷, David Hagerty⁷, Evan M. Beckman⁶ e Ajay Nirula⁷, ¹Newcastle University, Newcastle Upon Tyne, United Kingdom, ²Stanford University, Palo Alto, CA, ³University of Leeds, Leeds, United Kingdom, ⁴Centro de Imunologia Clínica, São Paulo, SP, ⁵Universidad Nacional Tucumán, Tucuman, Argentina, ⁶Biogen Idec, Cambridge, MA, ⁷Biogen Idec, San Diego, CA

O receptor beta da linfoxina (LTBR) tem sido implicado na formação de tecidos linfoideos ectópicos nos sítios de inflamação. A eficácia e a segurança do baminercepto, uma proteína de fusão LTBR-IgG1, foram avaliadas em pacientes com artrite reumatoide moderada e severa com resposta inadequada a DMARDs não biológicas. Nesse estudo de fase 2B, duplo-cego e multicêntrico, 391 pacientes foram randomizados para receber diferentes doses de baminercepto ou placebo, em associação ao metotrexato. O tratamento com baminercepto não se mostrou eficaz no tratamento da AR de acordo com a resposta ACR e DAS.

5. JUVENILE DERMATOMYOSITIS: A NOVEL GINGIVAL VESSEL ALTERATION PATTERN?

Cynthia Savioli, Clovis A. Silva, Gisele M. Fabri, Katia Kozu, Lucia M. A. Campos e José T. T. Siqueira, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

O objetivo desse estudo foi avaliar a saúde oral de pacientes com dermatomiosite juvenil (DMJ) e compará-la à de controles. Vinte e seis pacientes com DMJ foram comparados a 22 controles saudáveis pareados para a idade. Foi observada alteração na mobilidade mandibular significativamente maior em pacientes com DMJ, provavelmente por uma maior frequência de uma menor amplitude da abertura da boca. Além disso, foi observada alteração no padrão vascular gengival associada à hiperplasia e sangramento gengival, distinta da doença periodontal, o que sugere que a gengiva possa ser um alvo na DMJ.

6. ANTI-AQUAPORIN-4 ANTIBODIES ARE HIGHLY SPECIFIC FOR NEUROMYELITIS OPTICA AND SHOW NO ASSOCIATION WITH SJÖGREN'S SYNDROME AND OTHER AUTOIMMUNE DISEASES

Alessandra Dellavance¹, Rossana R. Alvarenga², Silvia H. Rodrigues², Fernando Kok³, Alexandre W. S. Souza² e Luis Eduardo C. Andrade², ¹Fleury Medicina e Saúde, São Paulo, Brasil, ²Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, ³Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

A neuromielite óptica (NMO; syndrome de Devic) é uma síndrome desmielinizante grave do SNC caracterizada por neurite óptica (NO) e mielite aguda. Anticorpos antiaquaporina 4 foram recentemente descritos como biomarcadores da NMO. Esse estudo avaliou a presença dos anticorpos antiaquaporina 4 num amplo espectro de doenças autoimunes, doenças neurológicas desmielinizantes e doenças infecciosas. Esses anticorpos foram detectados em 30 das 37 amostras de pacientes com NMO (sensibilidade de 81%) e em nenhuma das 549 amostras das outras doenças avaliadas (especificidade de 100%). Assim, foi demonstrada a alta especificidade desse anticorpo para NMO no contexto de várias doenças autoimunes e infecciosas.

7. VARICELLA VACCINE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE) – IMMUNOGENICITY AND SAFETY

Cassia M. P. Barbosa¹, Maria T. Terreri¹, Claudio A. Len¹, Maria Isabel Moraes-Pinto¹, Paula Rosario¹, Maria O. Hilário¹ e Clovis A. A. Silva², ¹Universidade Federal de São Paulo, Brasil, ²Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

O objetivo desse estudo foi determinar a imunogenicidade e a segurança da vacina antivaricela em crianças e adolescentes com LES. Foram incluídos 55 pacientes com LES, randomizados para receber ou não a vacina, e um grupo de 28 controles saudáveis. Os títulos de anticorpos séricos contra o antígeno varicela-zoster aumentou e foi semelhante entre os grupos que foram vacinados. No período de seguimento de dois anos, foram observados quatro casos de herpes zoster no grupo com LES que não foi vacinado, enquanto nenhum caso foi ocorreu no grupo dos pacientes vacinados. Além disso, a vacina se demonstrou segura, sem associação com exacerbações do LES.

8. EFFECTIVENESS OF SENSORIMOTOR TRAINING IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Kelson N. G. Silva Sr.¹, Lucas E. P. P. Teixeira¹, Aline M. Imoto¹, Marcelo I. Abrahão¹, Alvaro N. Atallah², Stella Peccin¹ e Virginia F. M. Trevianni¹, ¹Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, ²São Paulo, Brasil

O objetivo desse estudo foi avaliar a efetividade do treino sensoriomotor na melhora da capacidade funcional e no alívio da dor de pacientes com artrite reumatoide. Foram incluídos 102 pacientes, randomizados para o grupo intervenção (treino de balanço e tratamento clínico) e controle (apenas tratamento clínico). A duração do treino sensoriomotor foi de 16 semanas. Foi observada melhora na capacidade funcional e no alívio da dor dos pacientes submetidos ao treino sensoriomotor em comparação ao grupo controle.

9. ANA-POSITIVE HEALTHY INDIVIDUALS AND AUTOIMMUNE RHEUMATIC PATIENTS PRESENT DISTINCTIVE PATTERN AND TITER PROFILES AT THE ANA HEp-2 ASSAY

Henrique A. Mariz¹, Silvia H. Rodrigues¹, Silvia H. B. Campos², Gilda A. Ferreira³, Emilia I. Sato¹ e Luis Eduardo C. Andrade¹, ¹Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, ²Fleury Medicina e Saúde, São Paulo, Brasil, ³Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

As características de ANA em HEp-2 capazes de distinguir controles sadios com ANA positivo de pacientes com doenças reumáticas autoimunes (DRA) foram estudadas. ANA positivo foi observado em 138 pacientes com DRA (90,2%) e em 118 controles sadios (12,8%). No grupo dos pacientes, os títulos de ANA foram predominantemente altos ($\geq 1:1.280$), enquanto no grupo controle os títulos foram, na maioria das vezes, baixos ($\leq 1:160$). Os padrões nuclear homogêneo, nuclear pontilhado grosso, centromérico e citoplasmático pontilhado fino denso foram observados exclusivamente no grupo DRA. O padrão nuclear pontilhado fino denso ocorreu apenas nos controles. Em um seguimento, nenhum dos 40 controles reavaliados evoluiu com doença autoimune.

10. JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS FREQUENTLY DEVELOPS IN A “BACKGROUND” OF PRIMARY IMMUNODEFICIENCIES

Adriana A. Jesus¹, Bernadete Liphaus¹, Clovis A. Silva¹, Luis Eduardo C. Andrade², Antonio Coutinho³ e Magda Carneiro-Sampaio¹, ¹Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, ²Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, ³Instituto Gulbenkian de Ciência, Oeiras, Portugal

Foi feita a avaliação da frequência e das características de imunodeficiências primárias de anticorpos e complemento (PIDs) no LES juvenil (LESJ). Setenta e dois pacientes com LESJ foram estudados, dos quais 19 (26%) apresentavam PIDs. Deficiência de complemento foi detectada em 9 pacientes (deficiência de C2 em 5 e de C4 e C1q em 2), com níveis normais de C3 em todos. Deficiência de imunoglobulina foi observada em 10 pacientes (deficiência de IgG2 em 4 e de IgA e IgM em 3). Uma frequência maior de sepse grave, de dano cumulativo pelo lúpus (pelo SLICC) e do sexo masculino foi observada nos pacientes com PIDs.

11. PHENOTYPE CHARACTERIZATION OF REGULATORY T CELLS (CD25HIGHCD127LOW FOXP3+) IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Danilo Mesquita¹, Wilson M. Cruvinel², Julio A. P. Araujo¹, Esper G. Kallas³ e Luis Eduardo C. Andrade¹, ¹Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, ²Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil, ³Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

Células T reguladoras (TREG) FoxP3⁺ CD4⁺CD25⁺CD127^{low} são especializadas na supressão da resposta imune e aparentemente envolvidas na patogênese das doenças autoimunes. Esse estudo teve como objetivo caracterizar a

expressão de marcadores da superfície das TREG em indivíduos com LES. Foram incluídos 31 pacientes com LES ativo (LES-A), 32 com LES inativo (LES-I) e 26 voluntários sadios. Foi detectada uma menor frequência de TREGs CTLA-4⁺ e CD28⁺ no grupo LES-A em comparação ao grupo LES-I e voluntários sadios. Por outro lado, foi observada uma maior frequência de TREGs CD40L⁺, que apresentou correlação com o SLEDAI, nos pacientes com a doença ativa em comparação aos outros dois grupos. A relação entre células TREG e células T efetoras foi diminuída nos grupos SLE-A e SLE-I em comparação aos voluntários sadios para células GITR⁺, HLA-DR⁺, OX40⁺ e CD45RO⁺. Já a relação TREG/células T efetoras para CD40L⁺ foi aumentada no grupo LES-A em comparação ao LES-I e voluntários sadios.

12. ALTERED BALANCE BETWEEN THE EFFECTOR AND REGULATORY T CELL PATHWAYS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND DECREASED REGULATORY T CELL LEVELS IN ACTIVE LUPUS NEPHRITIS

Danilo Mesquita¹, Wilson M. Cruvinel², Julio A. P. Araujo¹, Esper G. Kallas³ e Luis Eduardo C. Andrade¹, ¹Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, ²Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Brasil, ³Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

A deficiência de células T reguladoras (TREG) CD4⁺CD25⁺ tem sido relacionada à patogênese de doenças autoimunes. Nesse estudo foram quantificadas as células TREG e T efetoras (TEFF) com base na expressão de CD25, CD127 e FoxP3 no LES ativo (LES-A) e inativo (LES-I). Foram incluídos 31 pacientes com LES ativo (LES-A), 32 com LES inativo (LES-I) e 26 voluntários sadios. A frequência de células CD25^{high} foi maior no grupo LES-A em comparação ao LES-I e controles, enquanto a frequência de células CD25⁺CD127^{low} foi semelhante entre os grupos. O percentual de células FoxP3⁺ no subtipo CD25^{high} foi menor no grupo LES-A em comparação aos outros grupos, possivelmente por uma maior frequência de células TEFF (CD25^{high}CD127⁺FoxP3^{neg}) no LES-A. Foi observada menor frequência de células TREG nos pacientes com LES-A renal em comparação aos pacientes com LES-A não renal.

13. ANTI-TNFA THERAPY: CARDIAC SAFETY IN RHEUMATOID ARTHRITIS AND ANKYLOSING SPONDYLITIS WITH SUBCLINICAL DIASTOLIC DYSFUNCTION

Julio C. B. Moraes, Alessandro C. Lanza, Ana C. M. Ribeiro, Carla Gonçalves, Jozelio F. Carvalho, Rosa M. R. Pereira, Lissiane K. N. Guedes e Eloisa Bonfa, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

Recentemente foi demonstrado que o peptídeo natriurético pró-cerebral N-terminal (NT-proBNP), um marcador sensível para o diagnóstico de insuficiência cardíaca, encontra-se elevado na artrite reumatoide (AR) sem associação com disfunção cardíaca clínica. Nesse estudo foi avaliado esse parâmetro, juntamente com o Doppler tecidual não invasivo (TDI), em pacientes com AR e espondilite anquilosante

(EA), pré e pós terapia anti-TNF, para definir a presença de doença miocárdica subclínica. Onze pacientes com AR e 14 com EA foram incluídos. As avaliações iniciais mostraram disfunção diastólica ventricular (DVD) em 81,8% dos pacientes com AR e em 28,6% dos pacientes com EA. Não houve piora em nenhum dos pacientes com AR. NT-proBNP esteve elevado em 45,6% dos pacientes com AR, todos com DVD, e em nenhum paciente com EA, sendo observada redução nos seus níveis após seis meses de tratamento. Esses dados sugerem a segurança cardíaca da terapia anti-TNF em pacientes com AR e EA.

14. EFFICACY AND SAFETY OF CONCURRENT TRAINING IN SYSTEMIC SCLEROSIS

Ana Lucia de Sá Pinto¹, Bruno Gualano², Romy B. C. de Souza¹, Victor S. Painelli², Natalia C. Oliveira¹, Guilherme G. Artioli² e Fernanda R. Lima¹, ¹Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, ²Faculdade de Educação Física, Universidade de São Paulo, SP, Brasil

Tem-se demonstrado que a capacidade para o exercício é reduzida na esclerose sistêmica (ES) e que o treino aeróbico é uma estratégia segura e eficaz para esses pacientes. Nesse estudo foram investigados os efeitos de um programa de treinamento de 12 semanas em pacientes com ES. Nove pacientes sem evidência de acometimento pulmonar iniciaram o programa de exercícios aeróbicos e de resistência. O programa de 12 semanas de exercícios foi seguro e melhorou substancialmente a força e a função dos pacientes com ES, mas não promoveu benefícios clínicos na condição aeróbica.

15. IMPACT OF PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Marcelo I. Abrahão¹, Rafael Montenegro-Rodrigues², Roberta G. Marangoni², Stella Peccin¹ e Virginia F. M. Trevisani¹, ¹Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, ²São Paulo, Brasil

O objetivo desse estudo foi verificar o impacto da atividade física na qualidade de vida e na capacidade funcional de pacientes com LES. Sessenta e três pacientes com LES foram randomizados para três grupos: treino cardiovascular, treino de *endurance* e grupo controle. Os exercícios eram feitos três vezes por semana durante 50 minutos, por 12 semanas. O treino de *endurance* mostrou-se mais efetivo do que o cardiovascular. Foi demonstrado que um programa de atividades físicas pode ser útil em melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional nos pacientes com LES.

16. A NOVEL 60 KDA REACTIVITY IN CYCLIC NEUTROPEНИA: HIGH TITER CLASSIC ANCA PATTERN AND NEGATIVE ANTI-PEROXIDASE-3

Camila E. Rodrigues¹, Eloisa Bonfá¹, Elvira R. P. Velloso², Flávia K. Teixeira¹, Vilma S. T. Viana¹, Cleonice Bueno¹, Andréa Kondo² e Rosa M. R. Pereira¹, ¹Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina

da USP, São Paulo, Brasil, ²Divisão de Hematologia, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Brasil

Foi avaliada a presença de anticorpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) em pacientes com neutropenia crônica. Vinte e dois pacientes com doenças hematológicas em tratamento para neutropenia com fator estimulador de colônia de granulócitos foram incluídos no estudo. ANCA foi detectado em dois pacientes, ambos com neutropenia cíclica, cujos soros apresentavam altos títulos de ANCA. Uma avaliação longitudinal de várias amostras congeladas revelou persistência de títulos elevados de ANCA, com negatividade para anticorpos antiperoxidase 3 e antimieloperoxidase, e reatividade para uma fração proteica com peso molecular de 60kDa. Nenhum dos pacientes desenvolveu granulomatose de Wegener no seguimento de quatro anos.

17. DOES THE SCHOOL DIMENSION DETERMINE IMPAIRMENT OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS?

Tania M. S. Mendonça¹, C. A. Len², Carlos H. M. Silva¹, Rogerio M.C. Pinto³ e M. O. E. Hilário², ¹Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil, ²Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, ³Brasil

O objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (HRQL) de crianças e adolescentes com artrite idiopática juvenil (AIJ) de acordo com a faixa etária e os subtipos de artrite utilizando uma versão brasileira do PedsQL™ 4.0. Cinquenta e duas crianças e adolescentes com AIJ e seus cuidadores participaram do estudo. Os resultados mostraram que a AIJ piora o HRQL dos pacientes, conforme detectado pela versão brasileira do PedsQL™ 4.0. A doença, o tratamento e os efeitos colaterais das medicações interferiram no comparecimento à escola e na concentração, diminuindo a motivação das crianças no grupo etário de 8 a 12 anos e dificultando a adaptação à escola, independentemente do subtipo de artrite.

18. SENSORINEURAL HEARING LOSS IN DIFFUSE SYSTEMIC SCLEROSIS

Tatiana A. Monteiro¹, Romy B. C. Souza², Eloisa Bonfá¹, Ricardo F. Bento¹, Elaine S. Novalo¹ e Laura G. E. Vasconcelos¹, ¹Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Brasil, ²Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

Perda auditiva tem sido relatada em 77% dos pacientes com esclerose sistêmica (ES) limitada, mas não há uma avaliação sistemática em relação ao subtipo difuso da ES. Assim, foram analisados 24 pacientes com ES difusa quanto à perda auditiva. Queixa auditiva esteve presente em 50% dos pacientes. Diagnóstico audiométrico de perda auditiva foi feito em 45,8% dos pacientes, todos com componente sensorineural. Esses achados sugerem que a doença do ouvido interno na ES difusa seja consequência do acometimento vascular da doença.

19. LOW LEAN MASS: A MAJOR FACTOR FOR LOW BONE MASS IN PRE-MENOPAUSAL WOMEN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Luciana P. Costa, Eloisa Bonfá, Valéria F. Caparbo, Eduardo F. Borba, Luciana F. Muniz, Juliane A. Paupitz e Rosa M. R. Pereira, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Brasil

A frequência de baixa densidade mineral óssea e os fatores de risco para a perda óssea em mulheres na pré-menopausa com LES foram analisados. Noventa e três pacientes com LES foram submetidas a densitometria óssea. Vinte e uma pacientes (31,2%) apresentaram baixa massa óssea para a idade em qualquer sítio avaliado. Foi demonstrado que a baixa massa magra é um fator de risco para baixa densidade mineral óssea nas mulheres com LES na pré-menopausa, o que reforça a relevância de um programa nutricional e de exercícios para essas pacientes.

20. EVIDENCE FOR ANTIMALARIAL BENEFICIAL EFFECT IN CARDIAC ARRHYTHMIC EVENTS IN A LARGE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE) COHORT

Ricardo A. Teixeira¹, Eduardo F. Borba², Eloisa Bonfá², Anísio Pedrosa¹, Silvana Nishioka¹ e Martino Martinelli Filho¹, ¹Incor, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Brasil, ²Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Brasil

Não há estudos de prevalência sobre arritmias e distúrbios de condução em uma grande população com LES determinando a influência dos fatores da doença e do uso de longo prazo dos antimarialários. Trezentos e dezessete pacientes com LES foram submetidos a ECG em repouso e a Holter de 24 horas (n=142, selecionados randomicamente). Foi demonstrado que o uso de antimarialários parece ter papel protetor na taxa inesperadamente elevada de arritmias cardíacas e distúrbios de condução observados nos pacientes com LES.

21. ACUPUNCTURE FOR ACUTE NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN: A RANDOMIZED, CONTROLLED, PLACEBO TRIAL

Tatiana Molinas Hasegawa, Andreia Salvador Baptista, Marcelo Cardoso de Souza, Alexandre Massao Yoshizumi e Jamil Natour, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

Nesse trabalho foi avaliada a efetividade do método de Yamamoto de acupuntura em 80 pacientes com lombalgia aguda inespecífica. Os pacientes foram randomizados para o grupo intervenção (5 sessões de acupuntura) ou grupo controle (submetidos a placebo em 5 sessões de acupuntura sem penetração). Os resultados mostraram que a acupuntura foi mais efetiva do que o placebo na redução da dor, na utilização de anti-inflamatórios e na melhora do *status* funcional, da dor corporal, da vitalidade e nos domínios físicos do SF-36. Não houve efeito da acupuntura nos demais domínios do SF-36, na escala de Likert e no número de consultas ao médico.

22. POST-ACUTE PHYSIOTHERAPY FOR PRIMARY TOTAL KNEE ARTHROPLASTY: A COCHRANE SYSTEMATIC REVIEW

MD Westby, Mary Pack Arthritis Program, Vancouver, BC, D. Kennedy, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, ON, DL Jones, West Virginia University, Morgantown, WV, A. Jones, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, MM Doyle-Waters, Centre for Clinical Epidemiology & Evaluation, Vancouver, BC and Catherine L. Backman, University of British Columbia, Vancouver, BC

O objetivo foi determinar os efeitos da fisioterapia de forma aguda após artroplastia total do joelho devido à osteoartrite (OA) na dor, função e qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL). Estudos controlados, randomizados, nos quais os pacientes foram submetidos à fisioterapia até 12 meses após a cirurgia, e publicados entre 1990 e 2009, foram identificados. Apesar de uma seleção, sete estudos foram revisados. Concluiu-se que há evidência limitada que dê suporte ao uso de exercícios funcionais ambulatoriais e à estimulação muscular elétrica para a melhora da dor, saúde mental e velocidade de caminhada após a artroplastia do joelho.

23. EFFECTIVENESS OF NEUROMUSCULAR ELECTRICAL STIMULATION ON KNEE OSTEOARTHRITIS PATIENTS: RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

Aline M. Imoto, Stella Peccin, Kelson N. G. Silva Sr., Lucas E. P. P. Teixeira, Marcelo I. Abrahão e Virginia F. M. Trevisani, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

Esse estudo teve como objetivo verificar a efetividade da estimulação elétrica neuromuscular (NMES) em um programa de reabilitação de oito semanas na melhora da dor e função de 150 pacientes com osteoartrite (OA) de joelho em comparação a um programa de exercícios sem NMES e a um programa educacional. Os pacientes foram randomizados para cada um dos três grupos. Os resultados mostraram que a NMES e os exercícios foram igualmente eficazes na melhora da dor e função na reabilitação de pacientes com OA de joelho.

24. SARCOPENIA: A RELEVANT FACTOR FOR BONE MINERAL DENSITY IN ELDERLY MEN COMMUNITY-DWELLING

Camille F. Danilevicius, Jaqueline B. Lopes, Liliam Takayama, Valéria F. Caparbo e Rosa M. R. Pereira, Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Brasil

O termo sarcopenia é usado para descrever a perda de massa muscular esquelética e de força que ocorre com a idade. Esse estudo determinou a associação entre sarcopenia e parâmetros clínicos, estilo de vida, densidade mineral óssea e composição corporal em homens idosos institucionalizados. Trezentos e noventa e nove homens com mais de 65 anos foram selecionados e submetidos à análise da composição corporal. No total, 13,53% dos homens apresentaram sarcopenia, sendo a mesma associada a uma menor densidade mineral óssea no fêmur e na coluna e a uma maior frequência de fraturas de fragilidade. Dessa forma, os autores concluem que um programa para prevenção da sarcopenia contribuiria para a saúde óssea de homens idosos institucionalizados.

25. SAFETY AND IMMUNOGENICITY OF VARICELLA VACCINE IN PATIENTS WITH JUVENILE RHEUMATIC DISEASES USING METHOTREXATE AND CORTICOSTEROIDS

Gecilmara S. Pileggi, Cleonice B. S. de Souza e Virginia P. L. Ferriani, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

A segurança e a imunogenicidade da vacina antivaricela (VV) foram avaliadas em pacientes com doenças reumáticas juvenis (DRJ) que estavam em uso de DMARDs e corticoides. Vinte e cinco pacientes com DRJ e 18 crianças e adolescentes sadios receberam uma dose da VV. Todos os pacientes estavam em uso de metotrexato, 5 recebiam DMARD adicional e 13 usavam prednisona. A VV demonstrou-se segura nos pacientes com DRJ, mas uma resposta vacinal menor do que a esperada em pacientes e controles foi observada, sugerindo a necessidade da utilização de duas doses da vacina.

26. THALAMIC VOLUMES PREDICT COGNITIVE IMPAIRMENT EVALUATED BY SPEED PROCESSING TASKS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Simone Appenzeller¹, Bruce Pike², Letícia Rittner¹, Gabriel Leonard², Martin Veilleux² e A. E. Clarke³, ¹Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil, ²McGill University, Montreal, QC, ³MUHC, Montreal, QC

A relação entre volume talâmico e a velocidade de processamento de atividades foi avaliada em mulheres com LES. Cinquenta e duas pacientes com menos de 50 anos foram estudadas, estando os dados de 27 disponíveis. O tálamo foi avaliado através de ressonância magnética. Foram observados volumes talâmicos significativamente menores nas pacientes com LES em comparação a controles saudáveis. A velocidade de processamento das tarefas teve correlação direta com os volumes talâmicos. Assim, a correlação entre volumes estruturais e testes cognitivos pode ajudar a identificar patologia subjacente do SNC e a explicar déficit cognitivo na presença de RNMs normais.

27. FUNCTIONAL AND MORPHOLOGICAL EVALUATION OF THE DIGITAL MICROCIRCULATION WITH LASER DOPPLER IMAGING AND NAILFOLD CAPILLAROSCOPY IN SYSTEMIC SCLEROSIS

Marcelo J. U. Correa, Luis Eduardo C. Andrade e Cristiane Kayser, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil

A imagem por *laser* Doppler (LDI) é um método recente para avaliação do fluxo sanguíneo superficial da pele de pacientes com esclerose sistêmica (ES) e fenômeno de Raynaud. O objetivo desse estudo foi investigar o comportamento dinâmico do fluxo sanguíneo microvascular da pele da ponta do dedo antes e após o estímulo frio usando LDI em 44 pacientes com ES e 31 controles sadios e comparar as anormalidades funcionais da LDI com a morfologia da microangiopatia avaliada por capilaroscopia periungueal (CP). A LDI mostrou menor fluxo sanguíneo digital antes e após o estímulo frio nos pacientes com ES em comparação aos controles. Não

houve correlação entre anormalidades microvasculares morfológicas ou funcionais medidas por LDI e CP na ES, demonstrando que esses dois métodos são complementares para a avaliação de diferentes aspectos da microangiopatia da ES.

28. PREVALENCE AND TYPES OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN YOUNG WOMEN WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)

Simone Appenzeller¹, Bruce Pike², Gabriel Leonard², Martin Veilleux² e A. E. Clarke³, ¹Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil, ²McGill University, Montreal, QC, ³MUHC, Montreal, QC

O objetivo desse estudo foi determinar a prevalência e os tipos de déficit cognitivo em mulheres jovens com LES. Cinquenta e duas pacientes com menos de 50 anos foram estudadas, sendo os dados de 27 disponíveis. Foi feita comparação com controles pareados para sexo e idade. Déficit cognitivo foi frequente em pacientes jovens com LES, apesar de a maioria não apresentar queixas espontâneas. Os domínios mais frequentemente afetados foram memória, funções executivas e velocidade psicomotora.

29. EARLY DEATH IN WEGENER'S GRANULOMATOSIS: DISEASE AND TREATMENT FACTORS

Fernando H. C. Souza, Ari S. Halpern e Samuel K. Shinjo, Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Brasil

Foram avaliados os fatores ligados à doença e ao tratamento relacionados ao óbito em 114 pacientes com granulomatose de Wegener (GW), identificados no período de 1989 a 2009 e acompanhados em um centro terciário. Foi feita revisão retrospectiva dos parâmetros exclusivamente nos três primeiros anos após o diagnóstico. Foram verificados 23 óbitos (20,2%), sendo que nesse grupo a idade média no diagnóstico da GW era maior, com distribuição semelhante entre os sexos e raça em comparação ao grupo de pacientes que permaneceu vivo. Insuficiência renal e níveis elevados de creatinina foram significativamente maiores no grupo de óbito precoce, apesar da frequência da glomerulonefrite ter sido semelhante entre os grupos. Por outro lado, o uso de ciclofosfamida teve efeito protetor.

30. A 12-MONTH RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF BALANCE TRAINING IN ELDERLY WOMEN WITH OSTEOPOROSIS: IMPROVEMENT OF QUALITY OF LIFE AND REDUCTION OF FALLS

Melisa M. Madureira e Rosa M. R. Pereira, Divisão de Reumatologia, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, Brasil

Foi investigado o efeito de um programa de treino de balanço (PTB) de 12 meses, com enfoque em técnicas para melhorar o balanço, a coordenação e a mobilidade, na qualidade de vida e na queda de mulheres com osteoporose. Sessenta mulheres consecutivas com osteoporose senil foram randomizadas para os grupos PTB e controle, com 30 pacientes cada. Foi demonstrado que o PTB melhorou a qualidade de vida e preveniu quedas nas mulheres idosas.

O NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

A resolução do Conselho Federal de Medicina 1931, publicada no *Diário Oficial da União* em 24 de setembro de 2009, estabelece o novo Código de Ética Médica, determinando que o texto entrará em vigor a partir de março de 2010.

A revisão do Código vigente, publicado em 1988, foi fruto de uma longa discussão de dois anos, da qual participaram os Conselhos Regionais de Medicina, o Conselho Federal (CFM) e todas as sociedades de especialidades médicas, as associações médicas dos diversos Estados brasileiros, diversos representantes de outras profissões e de pessoas interessadas, por meio de consulta pública.

De acordo com Roberto Luiz d'Avila, coordenador da Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica, atual presidente do CFM, a revisão cuidadosa mostrou que o Código adotado há 20 anos foi bom e avançado para a época. Mas, ressalta, precisava de alterações, que não foram tão numerosas, porém bastante profundas, e irão refletir uma melhor prática médica.

Antes da homologação do novo texto, o CFM contou com a aprovação da Assembleia da IV Conferência Nacional de Ética Médica (IV CONEM). Durante o evento, realizado de 25 a 29 de agosto, em São Paulo, os participantes se reuniram em grupos de trabalhos para debater pontos de vista e concluir o texto final.

Representamos como delegado oficial, com direito a voto, a Sociedade Brasileira de Reumatologia e podemos afirmar que foi um trabalho intenso, porém gratificante, fazendo com que nosso novo código incorporasse uma visão contemporânea sobre a ciência médica, a tecnologia e a Bioética.

O novo texto preservou o preâmbulo, com artigos dirigidos aos princípios fundamentais da prática médica e aos direitos dos médicos relativos ao exercício da cidadania profissional. Por conter aspectos idealizados, ambos os capítulos não trazem artigos a que possam ser aplicadas sanções obrigatórias, como acontece na parte deontológica, que expressa os deveres de conduta dos médicos.

A análise do conteúdo do novo código demonstra que boa parte do código vigente foi preservada, porém alguns artigos foram modificados e novos temas foram inseridos.

Entre os novos princípios fundamentais, podemos citar como avanços na área do direito médico e da Bioética, entre outros, os seguintes artigos:

XIX – O médico se responsabilizará, em caráter pessoal e nunca presumido, pelos seus atos profissionais, resultantes de relação particular de confiança, competência e prudência.

XX – A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo.

XXII – Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

XXV – Na aplicação dos conhecimentos criados pelas novas tecnologias, considerando-se suas repercussões tanto nas gerações presentes quanto nas futuras, o médico zelará para que as pessoas não sejam discriminadas por nenhuma razão vinculadas a herança genética, protegendo-as em sua dignidade, identidade e integridade.

Um dos pontos mais discutidos durante a IV CONEM foi a redação e a interpretação do atual artigo 29, que trata da prática de atos danosos executados por médicos e caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência.

Entendemos que a redação atual baliza mais adequadamente a interpretação ética e legal e foi um grande avanço para uma maior segurança de nossa atividade profissional:

É VEDADO AO MÉDICO:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Essa redação caracteriza claramente a ação médica como responsabilidade objetiva, devendo sempre ser demonstrada sua culpa nos julgamentos das esferas cível e criminal.

Outro avanço, foi um novo artigo no Capítulo III, da responsabilidade profissional, na qual há um claro posicionamento ético dos médicos brasileiros em relação à intervenção no genoma humano:

É VEDADO AO MÉDICO:

Art. 16. Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.

Inovador, também, foi a introdução do conceito de cuidado paliativo e a inadequação da obstinação terapêutica:

É VEDADO AO MÉDICO:

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

O texto do novo código pode ser impresso acessando-se o site do CREMESP: www.cremesp.org.br.

Lembramos, finalmente, que o novo texto passa a vigorar a partir de março de 2010 e que vale a pena ler, refletir e discutir as mudanças e os avanços do nosso código profissional, um dos documentos mais completos dentro das normas dos profissionais da saúde.

JOSÉ MARQUES FILHO
Conselheiro do CREMESP e
membro da Comissão de Ética e Defesa Profissional da SPR e SBR



Disciplina de Reumatologia

da Faculdade de Medicina do ABC

A região metropolitana de São Paulo é uma das 25 regiões do Brasil e classificada pelo IBGE como uma das seis maiores do mundo, com quase 20 milhões de pessoas. Sendo assim, um em cada dez brasileiros vive aqui na Grande São Paulo. É composta por 39 municípios, divididos em seis sub-regiões, das quais o Grande ABC é uma delas. É habitado por quase 2,2 milhões de brasileiros, muitos migrantes de outros Estados.

POR QUE "ABC"?

"A" de Santo André, com 673 mil habitantes, "B" de São Bernardo do Campo, 810 mil, e "C" de São Caetano do Sul, 150 mil, sendo completada por Diadema, 400 mil, Mauá, 420 mil, Ribeirão Pires, 110 mil e Rio Grande da Serra, 50 mil, perfazendo "Sete Cidades", como também a região é conhecida.

Raiox

Santo André é a mais antiga dessas cidades, mais velha inclusive que São Paulo, pois foi criada em 8 de abril de 1553, pelo português, desterrado da Corte, João Ramalho, que, vindo de São Vicente, no litoral, subiu a muralha da Serra do Mar, viu o planalto e os campos, dando à Vila o nome de Santo André da Borda do Campo. Fez amizade com os índios Guainazes, chefiados pelo cacique Tibiriçá e casou-se com a filha dele, Bartira. Foi um dos primeiros protagonistas da história da nascente São Paulo de Piratininga, fundada alguns meses depois pelos padres jesuítas Manoel da Nóbrega e José de Anchieta, com o objetivo de criar um colégio no planalto, em 25 de janeiro de 1554.

A FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Foi criada por leis municipais, pelas Câmaras Municipais de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, em 1966. Foi autorizada a funcionar em 5 de fevereiro de 1969, pelo Decreto Federal nº 64.062, para se instalar em Santo André, na Avenida Lauro Gomes, 2.000, CEP 09060-870. Reconhecida pelo Decreto Federal nº 76.750, de 17 de dezembro de 1975.

É mantida pela Fundação do ABC, administrada por um conselho composto por indicações das prefeituras e representantes das comunidades. A presidência, com mandato de dois anos, é escolhida pelo poder executivo do município em rodízio, entre seus três conselheiros, previamente indicados pelos prefeitos do ABC.

No momento, por meio de administração direta ou pela Organização Social de Saúde, administra a maioria das atividades do serviço público de saúde da região. Os principais são o Hospital de Ensino Padre Anchieta, em São Bernardo, Hospital Estadual Mário Covas, em Santo André, Hospital Municipal Universi-

tário de São Bernardo, Hospital da Mulher de Santo André, Hospital Irmã Dulce em Praia Grande, além de ambulatórios de especialidades, CAPS, CAISMs, Centro de Saúde-Escola de Capuava. Além disso, através de convênios, atua no Centro Hospitalar de Santo André, PS Central de São Bernardo, Enfermaria de Clínica Médica do Hospital Márcia Braido, em São Caetano do Sul, bem como a casa Ronald McDonald e a Farmácia Popular. É o quinto maior empregador da região.

Mantém os cursos de Medicina, Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. E está em fase de transformação para Centro Universitário.

Completam suas atividades a Residência Médica, a Pós-Graduação e o Centro de Pesquisas. Publica a revista *Arquivos Médicos do ABC*, desde 1978 (ISSN 0100-3992).

A DISCIPLINA DE REUMATOLOGIA

As atividades da Reumatologia iniciaram-se em 1976, com o ambulatório do H. E. Padre Anchieta. As primeiras aulas foram ministradas na Disciplina de Dermatologia, entre 1979 e 1981, quando foi criada na grade curricular a nossa disciplina, que atualmente é composta pelo professores Abel Pereira de Souza Júnior, titular, José Carlos Mansur Szajubok e Sonia Maria A. A. Loduca de Lima, assistentes.

Ministra o curso de graduação para alunos de quarto ano do curso de Medicina, realiza ambulatórios didáticos para alunos do internato, visitas às enfermarias do hospitais, C. H. de Santo André, H. M. U. de São Bernardo do Campo e H. E. Mário Covas. Os ambulatórios e visitas fazem parte do programa de Residência de Clínica Médica, para R1 e R2.

A equipe de Reumatologia é composta, além dos professores da disciplina, pelos médicos Ernesto Dallaverde Netto, Renata Ferreira Rosa, Carlos Alexandre Novaes Bragaia e Anna Maura Fernandes Lotufo, com a colaboração de Cláudia G. Macedo.

Com a instalação do Centro de Pesquisas, CEPES, em nosso *campus*, a disciplina participa de vários estudos clínicos em andamento.

Os professores da disciplina participam ativamente das atividades associativas, tendo já dirigido e participado de várias administrações da Associação dos Docentes da FMABC, assim como de órgãos colegiados, Departamento de Clínica Médica, Congregação e Conselho da Fundação ABC. O nosso próximo objetivo é a implantação da Residência Médica em Reumatologia.

Com o exemplo e o estímulo dos professores e dos demais membros da equipe, ao longo dessas três décadas, vários ex-alunos e residentes fizeram sua formação e pós-graduação em Reumatologia, atuando em nossa região e no País, alcançando mais de três dezenas de competentes profissionais em atuação. O atual presidente da SPR e o presidente eleito, Dr. José Carlos M. Szajubok e Luis Carlos Latorre, respectivamente, são nossos ex-alunos.



Componentes da Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina do ABC. A partir da esquerda, em pé, Carlos A. N. Bragaia, José Carlos M. Szajubok, Abel P. de Souza Jr. e Ernesto Dallaverde Netto; sentadas: Renata F. Rosa, Sonia M. A. Loduca Lima e Anna Maura F. Lotufo.

IV CURSO DE REVISÃO EM REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS

Nos dias 7 e 8 de agosto, os clínicos de São Paulo puderam fazer uma atualização em novos conceitos, critérios de diagnóstico, ferramentas propedêuticas e novas abordagens de tratamento das enfermidades reumáticas mais prevalentes, como osteoartrite, reumatismos de partes moles, gota e osteoporose, bem como reciclar as doenças autoimunes, como lúpus eritematoso, miosites inflamatórias, vasculites sistêmicas, artrite reumatoide e esclerose sistêmica.

CURSO DE IMUNOLOGIA

Ocorreu no dia 22 de agosto o primeiro curso básico sobre Imunologia direcionado ao melhor entendimento da fisiopatologia das doenças autoimunes. Foi um verdadeiro "mergulho" nas vias celulares e moleculares dos linfócitos e células apresentadoras de抗ígenos. No entanto, vale a pena ressaltar que grande enfoque clínico foi dado, em especial, sobre o panorama atual e as perspectivas do tratamento com agentes imunobiológicos. Os ouvintes também participaram ativamente por meio da sessão interativa. O evento foi um sucesso e uma unanimidade entre os mais de cem presentes. Ano que vem tem mais!!

XX JORNADA PAULISTA DE REUMATOLOGIA E I ENCONTRO DO INTERIOR DE REUMATOLOGIA

Entre os dias 25 e 26 de setembro e com o tema central "Reumatologia Interativa: Diagnóstico e Tratamento", diversos reumatologistas do interior de São Paulo se reuniram, em Ribeirão Preto – SP, para discutir aspectos relevantes no cenário reumatológico atual. O formato adotado pelos organizadores, com a discussão de casos clínicos antes da atualização diagnóstica e terapêutica, foi bastante interessante, uma vez que tornou o evento de cunho extremamente prático. Os principais temas abordados foram osteoartrite, artrite reumatoide, fibromialgia, artrite psoriásica, vasculites sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, mal de Hansen e reabilitação em doenças reumáticas. A palestra sobre o transplante de células-tronco em pacientes com esclerose sistêmica foi um dos pontos altos do evento. Além disso, a iniciativa pioneira de sediar a Jornada Paulista de Reumatologia em uma cidade diferente da capital paulista tem todo o nosso merecimento. Parabéns à atual gestão da SPR por mais essa inovação no calendário científico de nossa sociedade. A tradicional cerveja do Pinguim também foi parada obrigatória para os que foram à Ribeirão. Sorocaba, Mairínia, Botucatu, São José do Rio Preto, Campinas, Bauru e São Carlos foram presenças marcantes no evento.

AÇÃO REUMATO

Novamente o Parque Villa-Lobos, em São Paulo, foi sede do Ação Reumato. A Quarta Edição do evento ocorreu no dia 4 de outubro, com a participação de mais de 4 mil pessoas. O objetivo central do evento continua sendo o mesmo, o de conscientizar a população sobre o que é a nossa especialidade, quem somos nós e dar ênfase ao diagnóstico e tratamento precoce das enfermidades reumáticas. A cada ano temos observado grande interesse do público em entender melhor o papel do reumatologista no cenário atual, bem como em participar e esclarecer dúvidas com os médicos e serviços universitários de excelência que estiveram presentes. O clima descontraído e contagiante, principais características desse evento, continuam presentes e promovendo muita diversão e calor humano.

O evento foi realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Lazer, Esporte e Recreação, através do Programa Clube Escola. Com o objetivo de enfatizar o benefício da prática de exercícios físicos para a melhor qualidade de vida de pacientes reumáticos e prevenir a incapacidade ocasionada pela doença, houve a prática das clínicas de basquete, voleibol, futebol, tênis, pilates e *beach soccer*, monitoradas por ex-atletas (Patrícia Medrado, tenista; Adriana Bento, tricampeã (96-98) sul-americana de vôlei de praia, Ana Lúcia Barros, Seleção Brasileira em Seul/1998; Badeco, ex-jogador de futebol Corinthians e Portuguesa (década de 70); Dudu, ex-jogador do Palmeiras (anos 60 e 70) e Magrão, ex-jogador de basquete do Sírio nos anos 90).

Teve apoio da Secretaria Estadual de Saúde e do Meio Ambiente, Secretaria Municipal de Saúde, Sociedade Brasileira de Reumatologia, Acredite (Amigos da Criança com Reumatismo) e Grupasp (Grupo de Pacientes Artríticos de São Paulo). E foi patrocinado pelos laboratórios Abbott, Schering-Plough, Roche e Wyeth. O secretário municipal de Esportes, Walter Feldman, esteve presente e parabenizou a iniciativa da SPR em promover esse tipo de atividade educacional para a população.



IV CURSO DE REVISÃO EM REUMATOLOGIA PARA CLÍNICOS: a partir da esquerda, (1) Dra. Karine Rodrigues da Luz, Dra. Sandra Hiroko Watanabe, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dra. Pérola Goberstein Lerner e Dra. Sônia Maria Alvarenga Anti Loduca Lima. **CURSO DE IMUNOLOGIA:** a partir da esquerda, (2) Danilo Mesquita Jr., Wilson de Melo Cruvinel, Neusa Pereira da Silva, Niels Olsen Saraiva Câmara, Luís Eduardo Coelho Andrade, José Carlos Mansur Szajubok, Elaine de Azevedo e Jozélio Freire de Carvalho. **XX JORNADA PAULISTA DE REUMATOLOGIA E I ENCONTRO DO INTERIOR DE REUMATOLOGIA:** a partir da esquerda, (3) abertura do evento: Dr. Paulo Louzada Jr. e Dr. José Carlos Mansur Szajubok; (4) visão geral da plateia. **AÇÃO REUMATO:** a partir da esquerda, (5) Dra. Elaine de Azevedo, Dr. Jorge Eduardo Corrêa Clemente, Dr. Wiliam Habib Chahade, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dr. Maurício Levy Neto; (6) visão geral do público na cerimônia de abertura do evento; (7) a partir da esquerda, Carmen Schivartche, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dr. Cláudio A. Len e Dra. Cássia Passarelli Barbosa; (8) sentados: Dr. José Carlos Mansur Szajubok, dona Rioko Kudo; em pé: Maria Rita da Cruz Oliveira e Ana Lúcia Tavares, integrantes do Grupasp (Grupo de Pacientes Artríticos de São Paulo).

I JORNADA DE REUMATOLOGIA DO ABC E LITORAL

Nos dias 20 e 21 de novembro aconteceu a I Jornada de Reumatologia do ABC e Litoral, na cidade do Guarujá, SP. Contou com a participação de médicos do ABC e da Baixada Santista. Logo na sessão de abertura, após as palavras do Exmo. Secretário de Saúde de Santos, Dr. Odílio Rodrigues Filho, foi feita justa e honrosa homenagem a dois ilustres reumatologistas: Dr. Abel Pereira de Souza Jr. e Dr. Célio Roberto Gonçalves. Recordar com carinho o passado foi um cuidado especial de seus ex-alunos presentes ao evento. Temas atuais e relevantes foram contemplados em clima descontraído e de muita alegria. Parabéns à Comissão Organizadora e Científica da SPR por mais essa iniciativa.



I JORNADA DE REUMATOLOGIA DO ABC E LITORAL: a partir da esquerda, (1) homenagem (placa) ao Dr. Abel Pereira de Souza Jr. pelo Dr. José Carlos M. Szajubok; (2) homenagem (placa) ao Dr. Célio Roberto Gonçalves; (3) Dra. Elaine de Azevedo, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dr. Odilio Rodrigues Filho (Secretário de Saúde de Santos) e Dr. Jorge Eduardo Corrêa Clemente, durante a abertura da jornada; (4) participantes do evento.

NOTA DE FALECIMENTO



A Prof. Dra. Sandra Regina Muchinechi Fernandes concluiu o curso de graduação na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em 1979, ingressando na Residência Médica em Reumatologia na mesma instituição. Já demonstrava naquele então uma grande competência em diagnosticar os pacientes, bem como tratá-los, o que levou o Prof. Dr. Adil Muhib Samara, chefe da disciplina naquela época, a pedir a sua contratação no quadro de docentes do Departamento de Clínica Médica, antes mesmo do término da sua residência. Passou então a fazer parte do quadro docente no final de 1982, participando intensamente de todas as atividades da Disciplina, notadamente na assistência aos pacientes, ensino de graduação e residência médica, tendo

participado ativamente na formação de cerca de 40 reumatologistas e centenas de médicos. Sua dedicação à graduação rendeu-lhe homenagens em diversas turmas de formandos dessa Universidade. Defendeu seu doutorado direto em 1993, orientada pela Profa. Dra. Lilian Tereza Lavras Costallat, avaliando pacientes acometidos pela poliarterite nodosa. Nesta área, a Profa. Sandra foi responsável pela implantação de um ambulatório específico para pacientes com vasculites sistêmicas no Hospital de Clínicas da Unicamp, tornando-o referência nacional e internacional no tratamento e pesquisa destas enfermidades. Entre 1998-1999 realizou pós-doutorado nos Estados Unidos da América, junto à Cleveland Clinic, sob a orientação do Prof. Gary Stuart Hoffman, um dos baluartes no estudo destas enfermidades, tendo trabalhado ainda nesta época com o Dr. Leonard Calabrese, também conhecido pesquisador em vasculites. Em 2002, fez sua Livre-Docência, passando então para o nível de Professor Adjunto. Orientou teses de mestrado e doutorado, todas na área das vasculites, inclusive da Dra. Zoraída Sachetto, com quem estava dividindo as responsabilidades do serviço de Vasculites nos últimos anos. Em relação à sua produção científica, publicou por volta de 60 trabalhos científicos, todos em revistas com seletiva política editorial, dos quais 19 internacionais, tendo sido *referee* em diversas revistas internacionais e nacionais, inclusive a da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Escreveu ainda 12 capítulos de livros e outros materiais didáticos dedicados à classe médica. Foi coordenadora da Disciplina de Reumatologia da FCM/Unicamp, coordenadora do curso de graduação e da residência médica. Foi membro da Comissão Científica da Sociedade Paulista de Reumatologia e da Comissão de Ensino da Sociedade Brasileira, além de participar da Comissão de Vasculites da SBR.

Além de tudo e, acima disto tudo, a Profa. Sandra soube ser médica e professora como poucos conseguem nestes dias de massificação do atendimento médico e do ensino, tendo sido um exemplo de profissionalismo, de ética e, sobretudo, grande amiga de todos nós, membros do grupo da Reumatologia da Unicamp. Desde já deixa um imenso vazio e saudade em todos nós.

Ibsen B. Coimbra

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:

QUARTO FÓRUM DE DEBATES (5 DE AGOSTO DE 2009)

As febres periódicas foram o tema central do primeiro Fórum do segundo semestre. Os reumatologistas pediátricos discutiram os principais diagnósticos diferenciais dos episódios febris recorrentes em crianças e deram dicas de quando pensar, como diagnosticar e o que oferecer de opção terapêutica nesses casos. Além disso, os novos critérios para diagnóstico (ASAS) de quadros axiais das espondiloartrites também foram apresentados, com especial ênfase para o diagnóstico precoce por meio da ressonância magnética de sacroilíacas e coluna vertebral.

Tema: "Síndromes autoinflamatórias na faixa etária pediátrica"

Coordenação: Dr. Clóvis Artur Almeida da Silva (HCFMUSP)

Convidados: Dra. Maria Teresa Ascensão Terreri (Unifesp/EPM), Dra. Adriana Almeida de Jesus (ICr, FMUSP), Dr. Cláudio Len (Unifesp/EPM)

Bizu: "Novos critérios de diagnóstico das espondiloartrites – atualização"

Convidado: Dr. Marcelo M. Pinheiro (Unifesp/EPM)

QUINTO FÓRUM DE DEBATES (7 DE OUTUBRO DE 2009)

A Universidade de Mogi das Cruzes trouxe diversos questionamentos sobre a abordagem da fibromialgia e reumatismos de partes moles, de grande interesse para a prática diária de nosso consultório. E a ferramenta do US, como extensão do exame clínico do reumatologista, foi discutida como importante aliada no diagnóstico diferencial de enfermidades reumáticas das mãos e punhos.

Tema: "Uma nova abordagem para velhos problemas"

Coordenação: Dra. Cássia Bossi Semmelmann (UMC)

Convidados: Dr. Roberto Ezequiel Heymann (Unifesp/ EPM), Ft. Marcelo Zanin (UMC)

Bizu: "Ultrasound of hands and wrists – differential diagnosis in Rheumatology"

Convidado: Dr. André Rosenfeld (Unifesp/ EPM)

SEXTO FÓRUM DE DEBATES (4 DE NOVEMBRO DE 2009)

O cenário das vasculites sistêmicas veio à baila no último Fórum de Debates de 2009, com ênfase para o diagnóstico diferencial com aterosclerose e fibrodisplasia vascular. No Bizu, os pés e tornozelos foram o centro das atenções, ressaltando a entesite como relevante problema clínico do dia a dia.

Tema: "Diagnóstico diferencial de vasculites de grandes vasos"

Coordenação: Dra. Nafice Costa Araújo (HSPE)

Convidados: Dr. Leandro Tavares Finotti (HSPE), Dr. Maurício Levy Neto (FMUSP) e Dr. Denis Szejnfeld (HSPE)

Bizu: "Tendão de calcâneo – fisiopatologia e avaliação por imagem"

Convidado: Dr. André Rosenfeld (Unifesp/ EPM)

FÓRUM DE DEBATES EM REUMATOLOGIA 2010:

Anote em sua agenda e não perca:

- 7 de abril
- 5 de maio
- 9 de junho
- 4 de agosto
- 1 de setembro
- 6 de outubro
- 17 de novembro



BIZU E QUARTO FORUM DE DEBATES: a partir da esquerda, (1) Dr. Claudio Len, Dra. Maria Teresa Ascensão TERRERI, Dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro, Dra. Adriana Almeida de Jesus e Dr. Clovis Artur Almeida da Silva; **BIZU E QUINTO FORUM DE DEBATES:** a partir da esquerda; (2) Ft. Marcelo Zanin, Dr. Roberto Ezequiel Heymann, Dr. José Carlos Mansur Szajubok, Dr. André Rosenfeld, Dr. José Ricardo Anijar e Dra. Cássia Bossi Semmelmann; **BIZU E SEXTO FORUM DE DEBATES:** a partir da esquerda, (3) Dr. José Ricardo Anijar, Dr. André Rosenfeld, Dr. Leandro Tavares Finotti, Dr. Denis Szejnfeld, Dra. Nafice Costa Araújo, Dr. José Carlos Mansur Szajubok e Dr. Maurício Levy Neto.

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.

Agenda 2010

12 DE OUTUBRO
DIA MUNDIAL DA ARTRITE

NACIONAIS

IV Curso de Revisão para Reumatologistas

Data: 27 e 28 de fevereiro

Local: São Paulo, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Jornada da Liga Norte Nordeste de Reumatologia – LIRRNE

Data: 13 a 15 de maio

Local: Recife, PE

Contato: www.eventoexpress.com.br/lirnne2010r

XVI Encontro de Reumatologia Avançada

Data: 20 a 22 de maio

Local: Maksoud Plaza Hotel, São Paulo, SP

Contato: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

XXVIII Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 18 a 22 de setembro

Local: Porto Alegre, RS

Contato: www.reumato2010.com.br

INTERNACIONAIS

1st. Systemic Sclerosis World Congress

Data: 11 a 13 de fevereiro

Local: Florença, Itália

Contato: www.aimgroup.it/2010/sclerosiscongress

7th. International Congress on Autoimmunity

Data: 5 a 9 de maio

Local: Sjubljana, Eslovênia

Contato: www.kenes.com

XVI Pan American Congress of Rheumatology

Data: 25 a 28 de abril

Local: Centro de Convenciones CasaPiedra / Sociedad Chilena de Reumatología

Contato: www.panlarchile.cl

EULAR 2010

Data: 16 a 19 de junho

Local: Roma, Itália

Contato: www.eular.org

IOF World Congress on Osteoporosis

Data: 5 a 8 de maio

Local: Florença, Itália

Contato: www.iofbonehealth.org

9th. International Congress on Systemic Lupus Erythematosus

Data: 24 a 27 de junho

Local: Vancouver, Canadá

Contato: www.lupus2010.com

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

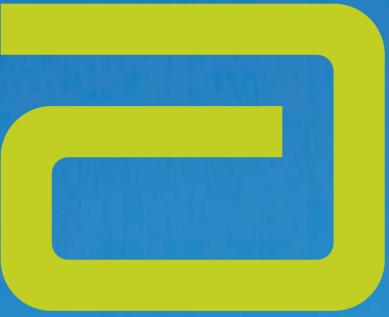


Bristol-Myers Squibb

Interação medicamentosa: Orencia® (abatacepte) não deve ser utilizado com outros medicamentos biológicos para Artrite Reumatoide como adalimumabe, etarnecepte, infliximabe e anakinra. **Contraindicação:** Orencia® (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 Ig: 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, Baker 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, Urnes 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 GL, Leyte GM, Emswiler J et al. Covalent dimerization of CD80/CD86 regulates 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 reumatoide (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 de 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 sistematicamente 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. **Infecções:** 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 reumatoide 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 median 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. **Infecções:** 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 freqüentes 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 malignidade 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 tortura, 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 freqüentemente em pacientes tratados com ORENCIA® em comparação aos pacientes tratados com placebo incluindo exacerbação da DPOC, tosse, roncos e dispneia. – **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. Interacção 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.



Nós da Abbott, desejamos a você
reumatologista, um ótimo final de
ano e que 2010 seja repleto de
realizações



Continuaremos juntos na construção deste sucesso!



Roberta Moreno



Antônio Guimarães



Dennis Claro



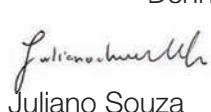
Alexandre Miguel



Jeferson Burhalde



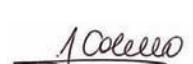
Déise Baioni



Juliano Souza



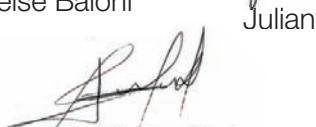
Roger Miyake



Ligia Colello



Djalma Penna



José Amilcar Oliveira



Kellyson Todeschini



Bruna Fiore



Raquel Fernandes