

ISSN 1809-4635

Revista **Paulista** de Reumatologia

VOL. 6 N.º 3 jul/set 2007



**Produção Científica
Brasileira no EULAR**

**Novidades na Densitometria
Óssea da Coluna e Fêmur**

| | |
|-------------------------------|-------|
| Registro | 3 |
| Editorial | 4-5 |
| Reabilitando o Reumatologista | 6-10 |
| Rheuma | 11-12 |
| Publicações | 12-16 |
| Artrófilo | 16-20 |
| reumatologiasp.com.br | 21 |
| Ética | 22-23 |
| Grupos de Apoio | 25 |
| Agenda | 26-27 |
| Noticiário | 28-30 |

Sociedade Paulista de Reumatologia

DIRETORIA EXECUTIVA 2006/2007

Presidente

Ari Stiel Radu

Vice-Presidente

Luiz Carlos Latorre

1.º Secretário

Jozélio Freire de Carvalho

2.º Secretário

Sandra Hiroko Watanabe

1.º Tesoureiro

Daniel Feldman Pollak

2.º Tesoureiro

Fernanda Rodrigues Lima

Diretor Científico

Cláudia Goldenstein Schainberg

Conselho Fiscal e Consultivo

Célio Roberto Gonçalves, José Roberto Provenza, Rina Dalva Neubarth Giorgi, Jamil Natour, Manoel Barros Bértolo

Departamento de Reumatologia da Associação Paulista de Medicina

Ivone Minhoto Meinão (Presidente), Cristiane Kayser (1.º Secretário), Paulo de Tarso Nora Verdi (2.º Secretário), Maurício Levy Neto (Coordenador Científico)

Comissão Científica

Célio Roberto Gonçalves, Rosa Maria Rodrigues Pereira, Eduardo Ferreira Borba Neto, Charlles Helden de Moura Castro, Maria Guadalupe Barbosa Pippa, Sílvia Figueira Antonio

Comissão de Ética Médica e Defesa Profissional

Abel Pereira de Souza Jr., Ivone Minhoto Meinão, Eduardo de Souza Meirelles

Comissão de Educação Médica

Milton Helfenstein Jr., Flávio Monteiro de Barros Maciel

Comissão do Interior

Paulo de Tarso Nova Verdi (Araçatuba), Oswaldo Melo da Rocha (Botucatu), Ibsen Bellini Coimbra (Campinas), Rubens Bonfiglioli (Campinas), César Emile Baaklini (Marília), Flávio Calil Petean (Ribeirão Preto), Paulo Louzada Jr. (Ribeirão Preto), Joaquim Gonçalves Neto (Santos), Clovis Strini Magon (São Carlos), Gilberto Santos Novaes (Sorocaba), Lúcia Angélica Buffulin de Faria (São José do Rio Preto)

Representantes da Reumatologia Pediátrica

Maria Odete Esteves Hilário, Cláudio Arnaldo Len

Site

José Knoplich, 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

Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings, Alexandre Wagner S. Souza, Romy Beatriz Christmann de Souza

Et Cetera Editora de Livros e Revistas

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

Endereço para correspondência

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

PALAVRA DO PRESIDENTE

Com a manchete na minha frente, “Tragédia anunciada”, recebo de nosso editor a notícia do falecimento do dr. Antonio Carlos Araújo de Souza, presidente da Sociedade Brasileira de Densitometria Clínica, no trágico acidente aéreo em Congonhas. Não o conhecia. Mesmo assim, fico consternado ao pensar em seus familiares e no caminho interrompido precocemente. Em nome da Sociedade Paulista de Reumatologia, externo aqui meu sentimento de pesar. Mas volto ao tema da tragédia anunciada.

Na condição de reumatologista, tenho poucos meios para julgar as questões técnicas envolvidas em um acidente aéreo. Mas a questão da tragédia anunciada ultrapassa a crise aérea do País. Aqui mesmo, neste espaço editorial, temos apontado para os graves problemas envolvendo medicamentos de alto custo na reumatologia. A SPR ouviu os diversos serviços de reumatologia do Estado de São Paulo e levantou a bandeira dessa discussão no último encontro de reumatologia avançada, ao procurar canais de discussão com a Secretaria de Saúde. Sem dúvida nenhuma, trata-se de um problema de âmbito nacional, e a Sociedade Brasileira de Reumatologia, por sua vez, tem se esforçado no mesmo sentido. Exemplo máximo disso foi o fórum organizado pela SBR nos dias 13 e 14 de julho, em São Paulo.

Os problemas foram identificados. Resumidamente, podemos citar:

1. A espiral crescente de custos dos medicamentos para uso em doenças crônicas, tornando um planejamento a longo prazo inadiável.
2. Abusos nas prescrições devem ser controlados, tanto quanto a falta de prescrição adequada. Infelizmente, vemos a indicação de medicações de alta complexidade (para tratar doenças reumáticas) sair das mãos dos especialistas e cair nas mãos de pessoas com pouco ou nenhum conhecimento técnico na área.
3. Testemunhamos, estarecidos, o surgimento de um “mercado negro” de medicamentos de alto custo.
4. Inversamente, pacientes que precisam de medicações excepcionais têm grande dificuldade de acesso. Muitos problemas se misturam aqui: dificuldade de distribuição, recorrente falta de certos medicamentos nas prateleiras, ausência de uma portaria ministerial que contemple casos particulares.

A tragédia anunciada, aqui, será a falência da capacidade do Estado em assumir o tratamento das doenças reumáticas para uma parcela significativa da população. Espero que, nesse caso, os alertas sensibilizem todos os envolvidos. Estado, indústria farmacêutica, médicos, universidades e pacientes com doenças reumáticas. De nossa parte, é preciso cada vez mais pensar na epidemiologia de nossas doenças. Precisamos nos acostumar com um raciocínio que envolva, além dos aspectos clínicos, noções de economia da saúde e farmacoeconomia.

A SPR estará atenta para iniciativas nessa área.

Ari Stiel Radu Halpern

Presidente da Sociedade Paulista de Reumatologia

Gestão 2006-2007

www.reumatologiasp.com.br

Serviço de atendimento ao leitor: (11) 3284-0507

e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br

Brésil, je t'aime, moi non plus!



Um dos grandes pintores do Realismo francês é o tema principal da terceira edição da *RPR* 2007. Gustave Courbet possuía o perfil típico de um gotoso. Falante, boêmio, glutão e *bon vivant*, vivia em meio a um grande círculo de amigos em toda a Europa, como Charles Baudelaire e Max Buchon. De grande ideal político e social, com pensamento livre, e contrário ao sistema de governo napoleônico vigente, acreditava, inclusive, que o casamento era uma atitude reacionária, um dos motivos por ter sido abandonado por sua mulher. Apaixonado por Paris, não retornou mais à França após ficar doente, devido às incompatibilidades políticas, em especial o alto custo da reconstrução da Coluna Vendôme.

Acima, a cidade de Paris, vista de cima do Arco do Triunfo. Podemos observar o Champs-Élysées, a Torre Montparnasse (ao centro), e a Torre Eiffel. Jean-Pierre Lovoie (FSF).

Com paixão não menos intensa do que Courbet pela cidade luz, recentemente, fui ver o filme *Paris, Je t'Aime*, baseado numa idéia sensacional e de grande desafio: falar e enaltecer uma cidade por meio de 18 pequenos curtas-metragens, com cinco minutos cada. Uma verdadeira colcha de retalhos sobre histórias de amor, que têm os *arrondissements* de Paris (Marais, Jardins das Tulherias, Quartier Latin, Pigalle, Parque Monceau, Montmartre, Bastilha, Torre Eiffel, entre outros) como pano de fundo, uma vez que a cidade é multicultural e pleomorfa, tal como o amor. É uma verdadeira declaração de amor coletiva a uma cidade que emociona quem a conhece e quem não a conhece. Parisienses, imigrantes, trabalhadores e excluídos são lembrados em cada pequena his-

estão repletos de eventos e realizações. Em agosto e setembro, diversas Jornadas do Interior irão acontecer, como em São José do Rio Preto, São Carlos, Botucatu, Marília e Santos. Além disso, a segunda edição do Curso de Atualização para Reumatologistas é a grande promessa de sucesso em outubro. E, em dezembro, grandes surpresas para o Encontro Rio-São Paulo. Reserve um espaço na sua agenda.

O grande sucesso do XIII Encontro de Reumatologia Avançada, que trouxe o que há de mais recente na produção científica brasileira, é destaque nesta edição, assim como a II Caminhada pelo Dia Mundial da Fibromialgia e o I Fórum de Novos Recursos Terapêuticos em Reumatologia, com iniciativa e apoio da SBR.



tória. No entanto, do lado de cá do Atlântico, todos os dias, escutamos mais histórias tristes do que alegres e que ressaltam mais o desamor do que o amor. Não bastassem os seqüestros, assaltos, denúncias de corrupção e o caos aéreo dos últimos 12 meses, acontece agora o trágico acidente em Congonhas, com centenas de vítimas fatais, inclusive o amigo Antônio Carlos. Penso em como seria o nosso país se esse amor fosse demonstrado, se existisse governante digno do povo brasileiro ou, melhor, se existisse governo de verdade neste país, que, até isso, duvidamos nos últimos anos. Dá até um pouco de inveja dos parisienses com tanto amor ressaltado nas telas do cinema.

Mas nem tudo é céu de brigadeiro somente em Paris. Em São Paulo, o ano de 2007 e a gestão Ari Radu

A produção científica paulista apresentada durante o EULAR, em Barcelona, está na íntegra na seção *Artrófilo*. A seção *Reabilitando o Reumatologista* traz os mais recentes recursos que a densitometria óssea da coluna lombar, em especial a avaliação de fratura vertebral, e do fêmur tem permitido nos últimos anos.

De repente, fiquei com vontade de ouvir pequenas ou grandes histórias de amor e de otimismo sobre o nosso país. Mas, se dependermos do atual desencontro da política nacional, parece ser mais fácil voltar a Paris. A propósito, quando é o próximo voo para lá?

**Marcelo Pinheiro, Fábio Jennings,
Alexandre Souza e Romy Christmann**
Editores

AVALIAÇÃO DE FRATURAS VERTEBRAIS (VFA) PELA DENSITOMETRIA ÓSSEA

ROSA MARIA RODRIGUES PEREIRA⁽¹⁾, CAMILLE FIGUEIREDO DANILEVICIUS⁽²⁾

1. Professora associada da disciplina de Reumatologia da FMUSP

2. Pós-graduanda da disciplina de Reumatologia da FMUSP

I. IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DE FRATURAS VERTEBRAIS

As fraturas vertebrais são as mais comuns fraturas por fragilidade óssea. Frequentemente, podem ocorrer sem história de trauma aparente e, na maioria das vezes, são assintomáticas e pouco diagnosticadas. Podem, ainda, ser bastante dolorosas e ocasionar acentuação da cifose dorsal, redução da estatura e função pulmonar, perda da qualidade de vida e aumento de mortalidade.

A fratura vertebral está associada ao aumento de 20% do risco de ocorrência de nova fratura vertebral em 12 meses e ao incremento de 4,4 no risco relativo de fratura por fragilidade em outros sítios esqueléticos, independentemente da densidade mineral óssea. Além disso, o risco de fraturas aumenta com o número e gravidade das fraturas vertebrais. Após cinco anos da fratura vertebral clinicamente identificada, o índice de mortalidade é 20% maior que o esperado.

Radiografias da coluna dorsal e lombar são poucas vezes realizadas em pacientes com dorsalgia e/ou lombalgia e, mais raramente ainda, naqueles sem dor. Além disso, apesar das fraturas vertebrais serem bem visualizadas por esse exame, comumente não são relatadas pelos radiologistas. Em revisão de radiografias de tórax realizadas em mulheres hospitalizadas, por doenças variadas, verificou-se que apenas metade das fraturas existentes foi reportada nas descrições dos radiologistas e, destas, apenas 50% foram relatadas nos laudos finais.

A *National Osteoporosis Foundation (NOF)* recomenda que pacientes com fraturas vertebrais sejam tratados, independentemente dos resultados da densidade óssea (T-Score). As medicações utilizadas reduzem o risco de novas fraturas por fragilidade em pacientes com elevado risco de fraturas. Assim, o diagnóstico precoce desse evento é fundamental para a adequada abordagem desses indivíduos.

II. MÉTODOS PARA DIAGNÓSTICO DE FRATURAS VERTEBRAIS

Na prática clínica, os métodos existentes para diagnóstico das fraturas vertebrais são as radiografias simples, tomografia computadorizada (TC), ressonância nuclear magnética (RNM) e, recentemente, a densitometria óssea pelo *Vertebral Fracture Assessment (VFA)*.

A TC e a RNM são realizadas quando fraturas vertebrais são detectadas, com o objetivo de definir anatomicamente a vértebra a ser estudada, principalmente quando procedimentos cirúrgicos são propostos, ou para afastar causas secundárias de fraturas vertebrais. Os dois exames têm excelente resolução, com alto custo, viabilidade limitada (poucos centros onde po-

dem ser realizados) e pouca comodidade ao paciente. Quanto à radiação emitida, a TC implica grande exposição radioativa enquanto a RNM não utiliza radiação.

A radiografia é o exame mais solicitado para a avaliação inicial de dor nas costas, visto que possui boa resolução, baixo custo e viabilidade; entretanto, dificuldades de locomoção e posicionamento do paciente podem limitar o seu uso. O diagnóstico radiológico feito por especialistas é considerado padrão-ouro para a avaliação de fraturas vertebrais, contudo, é importante salientar que o uso da densitometria óssea (VFA) pode apresentar algumas vantagens (Tabela 1).

Tabela 1 – Comparação entre a radiografia convencional de coluna (raios X) e o método densitométrico (VFA) para avaliação de fratura vertebral.

| | Raios X | VFA |
|-------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Radiação | 600 µSv | 3 µSv |
| Acesso | Visitas separadas | Realização no mesmo local |
| Custo | +++ | ++ |
| Resolução | Superior (torácica) | Inferior (acima de T7) |
| Distorção | Sim | Não |
| Morfometria automática | Não, exceto digital | Sim |

O uso da imagem lateral da coluna vertebral por densitometria óssea (*fan-beam*) foi inicialmente descrito por Genant *et al.* em 2000. Esse exame foi descrito com várias nomenclaturas, como morfometria por DXA, *Instant Vertebral Assessment (IVA)*, *Lateral Vertebral Assessment (LVA)* e *Dual-Energy Vertebral Assessment*. A Sociedade Internacional de Densitometria Clínica (ISCD) estabeleceu como termo definitivo o *Vertebral Fracture Assessment (VFA)*, definida como imagem densitométrica da coluna com o propósito de identificar fraturas vertebrais.

O VFA apresenta boa conveniência para o paciente, visto que é feito ao mesmo tempo em que é realizada a medida da densidade óssea. Além disso, tem menor radiação que a radiografia comum. A resolução da imagem é melhor que a da cintilografia, mas perde para a radiografia, TC e RNM. A visualização das vértebras acima de T7 é prejudicada, mas é o único exame capaz de visualizar a coluna inteira em apenas uma imagem.

A realização do VFA requer um sistema DXA *fan-beam*, com *software* específico, com modelos de energia simples (*single-energy*) ou energia dupla (*dual-energy*). O paciente pode

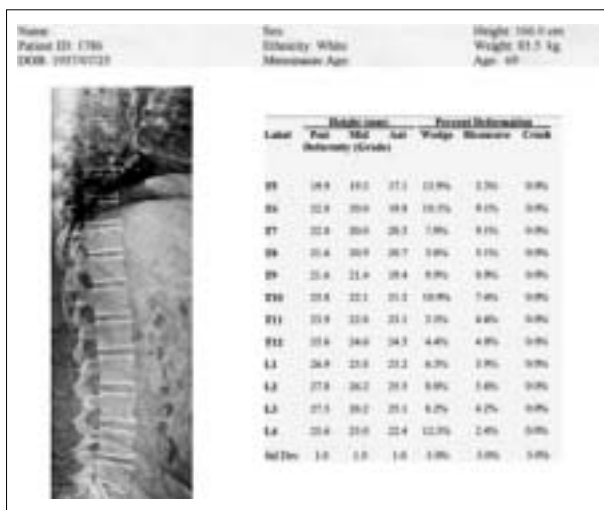
ser posicionado em decúbito dorsal ou lateral, o que vai depender do tipo de aparelho utilizado (presença ou não de braço giratório) (Figura 1).

Figura 1 – Posicionamento do paciente em decúbito dorsal no aparelho Hologic-Discovery, com braço giratório.



A imagem da coluna pode ser vista no próprio monitor do computador ou na folha impressa (Figura 2). A colocação, manual ou automática, de pontos que marcam as margens anterior, média e posterior das vértebras, é uma ferramenta que facilita a medida exata da altura do corpo vertebral.

Figura 2 – Imagem obtida pelo aparelho de densitometria Hologic-Discovery na avaliação de fraturas vertebrais (VFA).



III. MÉTODOS PARA INTERPRETAR FRATURAS PELO VFA

A definição ideal de fratura vertebral deveria ser aquela utilizada em todo o mundo, aceita por todas as especialidades médicas, aplicável a qualquer tecnologia de imagem e que claramente faça a distinção entre fratura e deformidade vertebral. Atualmente, nenhuma metodologia preenche todos esses critérios.

As deformidades vertebrais podem ser devidas a fraturas osteoporóticas, fraturas traumáticas, artefatos cirúrgicos, alterações congênitas, osteoartrose e outros fatores. Além disso, a

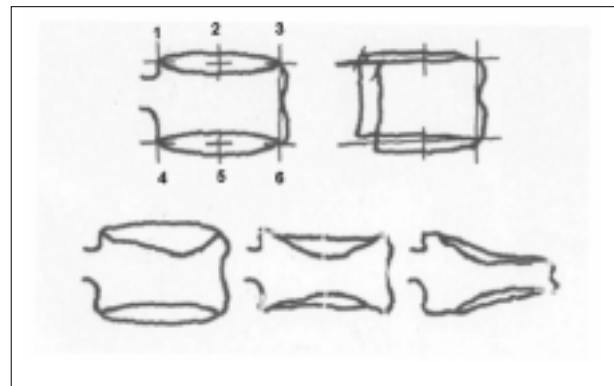
diferenciação entre perda fisiológica da altura e perda da altura vertebral é difícil de ser feita. Quando há fraturas graves, o diagnóstico torna-se mais fácil, tanto nos exames de imagem quanto pelas sérias e evidentes consequências clínicas. Contudo, poder identificar aqueles pacientes de alto risco antes que fraturas graves ocorram depende da capacidade de identificar fraturas leves a moderadas.

Para o diagnóstico de fraturas vertebrais existem três métodos de avaliação: qualitativo (apenas visual), quantitativo (morfometria) e semiquantitativo (combina a morfometria com avaliação visual). Métodos morfométricos são geralmente utilizados em estudos clínicos e populacionais, mas demandam bastante tempo na prática clínica e podem resultar tanto em falso-positivos quanto em falso-negativos. Utilizar apenas o método visual (qualitativo), mesmo que realizado por profissional experiente, é extremamente subjetivo e está associado à elevada variabilidade inter-observador. Atualmente, a ISCD orienta a avaliação visual combinada à morfometria, quando indicada como método preferencial na identificação de fraturas vertebrais.

IV. INTERPRETAÇÃO DA IMAGEM DENSITOMÉTRICA

- 1 Avaliação visual, para a identificação de vértebras alteradas.
- 2 Avaliação da presença de fraturas e vértebras anormais:
 - 2.1 avaliação visual: requer conhecimento de variantes anatômicas normais e de deformidades que não são fraturas (exemplo: doença de Scheuermann, doença degenerativa, doença de Paget);
 - 2.2 avaliação quantitativa:
 - determinação dos seis pontos de medida das alturas anterior, média e posterior (Figura 3);
 - comparação das diferenças entre as três alturas, e quando houver fratura por compressão das diferenças da vértebra adjacente;
 - a avaliação morfométrica pode ser manual ou automática. No último caso, a correção dos pontos e a avaliação de deformidades “não-fraturas” devem ser confirmadas visualmente;
 - 2.3 avaliação semiquantitativa (SQ): combina a avaliação visual e quantitativa, comparando a padrões descritos, método de Genant.

Figura 3 – Demarcação dos seis pontos vertebrais de referência das alturas anterior, média e posterior.



V. UTILIZANDO O MÉTODO SEMIQUANTITATIVO DE GENANT (FIGURA 4):

- 1 As vértebras alteradas devem ser identificadas visualmente.
- 2 As fraturas vertebrais devem ser diferenciadas de outras deformidades.
- 3 Com esta análise, as fraturas são descritas como o porcentual de deformação e classificadas como:
 - 3.1 grau 1 ou leve: alteração de 20-25% (Figura 5);
 - 3.2 grau 2 ou moderada: alteração de 25-40% (Figura 6);
 - 3.3 grau 3: alteração > 40% (Figura 7).

VI. COMPARAÇÃO DE VFA E RADIOGRAFIAS SIMPLES

Vários estudos têm demonstrado que o VFA é equivalente ao método semiquantitativo de Genant, utilizando a radiografia simples de coluna. No entanto, Schousboe e DeBold (2006) evidenciaram que o VFA possui sensibilidade de 87-93%, com especificidade de 93-95% para o diagnóstico de fraturas vertebrais moderadas (grau 2) e graves (grau 3), quando compara-

das ao método de Genant por radiografia. Contudo, a densitometria óssea não parece ser o método mais adequado para a identificação de fraturas leves (grau 1), na presença de escoliose ou discopatia. Outros estudos também demonstraram dificuldades no diagnóstico de fraturas vertebrais leves pelo VFA. Nos casos suspeitos de deformidades vertebrais, sugere-se realização de radiografias após o VFA.

No entanto, as radiografias de coluna também apresentam limitações, principalmente na identificação de fraturas grau 1. No estudo *Improving Measurements of Persistence on Actonel Treatment* (Impact), 2.451 radiografias de coluna torácica e lombar (posição lateral) de mulheres na pós-menopausa foram avaliadas por radiologistas, por meio do método SQ de Genant. Os resultados foram comparados com laudos de radiologistas reconhecidos mundialmente. O índice de falso-negativos foi de 34%, variando de 29,5-46,5%, dependendo da região geográfica, com maior taxa nos laudos de fraturas grau 1, 56%, comparado com 36% para grau 2 e 9% para grau 3.

Figura 4 – Identificação e quantificação das deformidades/fraturas vertebrais pela análise semiquantitativa de Genant.

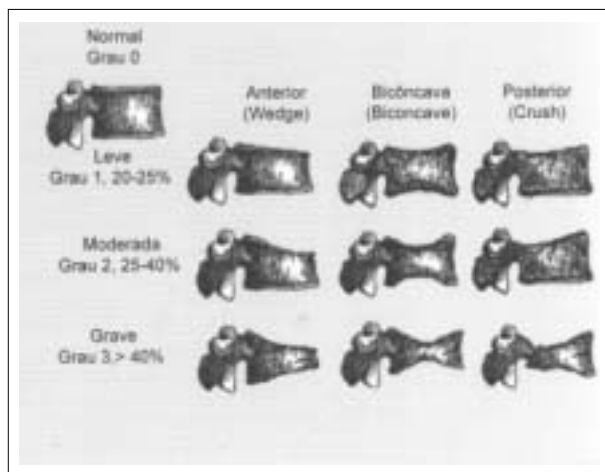


Figura 5 – Imagem densitométrica pelo VFA mostrando deformidade/fratura leve ou grau 1 (20-25%). Aparelho Hologic-Discovery.

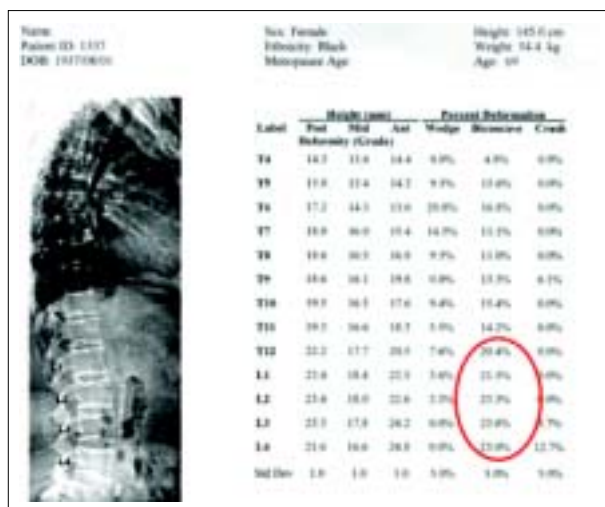


Figura 6 – Imagem densitométrica pelo VFA mostrando fratura moderada ou Grau 2 (25-40%). Aparelho Hologic-Discovery.

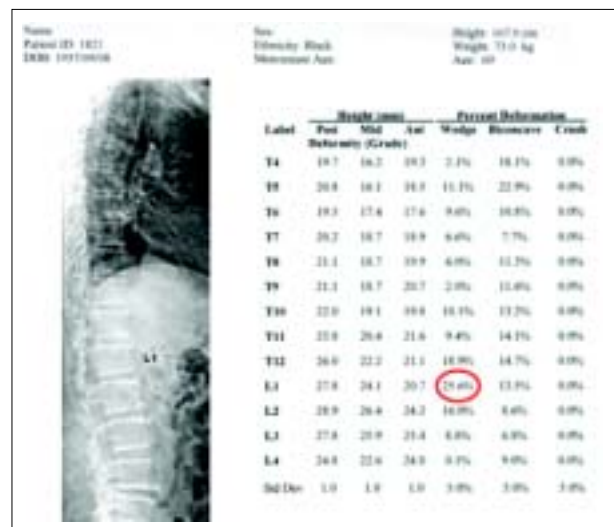
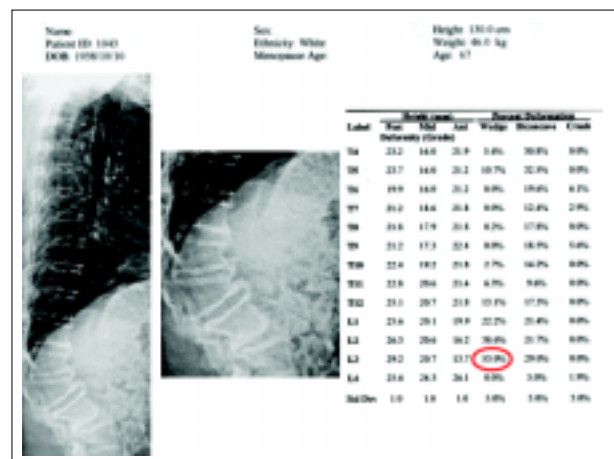


Figura 7 – Imagem densitométrica pelo VFA mostrando fratura grave ou grau 3 (> 40%). Aparelho Hologic-Discovery.



VII. INDICAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE VFA (SEGUNDO AS POSIÇÕES OFICIAIS DA ISCD)

- 1 Realizar VFA quando os resultados puderem influenciar a conduta clínica.
- 2 Quando a medida da DMO for indicada, a realização de estudo de VFA deve ser considerada em situações clínicas que possam estar associadas a fraturas vertebrais. Citam-se como exemplos:
 - 2.1 perda de estatura documentada superior a 2 cm ou perda histórica superior a 4 cm desde a idade adulta jovem;

- 2.2 História de fraturas após os 50 anos de idade;
- 2.3 Uso prolongado de glicocorticóides orais ou parenterais;
- 2.4 História e/ou achados sugestivos de fratura vertebral não documentada por estudo radiológico prévio.

Se o diagnóstico de fratura vertebral pelo VFA não alterar a decisão de tratar ou não tratar, se não alterar o tipo de medicação utilizada ou modificar o seguimento do paciente, então o VFA não deverá ser realizado.

NOVOS RECURSOS NA AVALIAÇÃO DENSITOMÉTRICA DO FÊMUR PROXIMAL

ELAINE DE AZEVEDO⁽¹⁾, JOSÉ RICARDO ANIJAR⁽²⁾

1. Médica assistente do Serviço de Reumatologia e responsável pelo Ambulatório de Doenças Ósteo-Metabólicas do Hospital do Servidor Público Estadual "FMO" de São Paulo

2. Médico reumatologista e radiologista. Responsável pelo Setor de Densitometria Óssea do Hospital do Servidor Público Estadual "FMO" de São Paulo

A osteoporose é um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, que afeta cerca de 200 milhões de indivíduos. A fratura de quadril é reconhecida como a fratura osteoporótica mais séria em virtude da associação com altos custos médicos, maior morbidade, incapacidade funcional e mortalidade.

Os fatores de maior risco desse tipo de fratura, como mecanismos de quedas, mobilidade prejudicada, menor densidade óssea e uma variedade de fatores relacionados à idade, têm sido extensivamente investigados. A densidade óssea apresenta elevada correlação com a resistência do tecido ósseo, correspondendo a 80-90% da resistência à compressão do osso compacto e trabecular quando testados *in vitro*. As fraturas ocorrem quando o estresse mecânico excede a resistência local do osso.

Assim, a medida da densidade mineral óssea (DMO), por meio da densitometria de dupla emissão com fontes de raios X (DXA), é considerada o padrão-ouro para a quantificação da massa óssea, monitoração terapêutica e avaliação do risco de fratura.

A geometria óssea é, também, importante para a avaliação do risco de fratura. Propriedades biomecânicas e a resistência do osso, em nível tecidual, são determinadas tanto pela qualidade do material quanto pela estrutura. Dessa forma, o estudo das propriedades geométricas do tecido é fundamental para a adequada avaliação da integridade estrutural do osso. Sabe-se que a resistência do fêmur proximal é a resultante da densidade e distribuição espacial de propriedades estruturais intrínsecas do osso como diâmetro, área, comprimento e ângulo do colo femoral.

Recentes avanços nos equipamentos comerciais para a medida da densidade óssea incluem programas que podem automaticamente calcular algumas variáveis estruturais do fêmur e, assim, melhorar o desempenho dessa metodologia na avaliação do risco de fratura na prática diária.

Abordaremos, aqui, algumas novidades na análise densitométrica do quadril que, pouco a pouco, estarão presentes na prática clínica diária e deverão ser consideradas na avaliação final do risco de fratura de fêmur:

- **Recorte da região do ísquio** – a caixa de análise (*Region of Interest* – ROI) do fêmur proximal deve estar perpendicular ao eixo do colo, sem incluir qualquer área do ísquio em continuidade. Em algumas situações, parte do ísquio deve ser considerada neutra para possibilitar a colocação da ROI. O recurso de recortar parte dessa região foi facilitado com os programas atuais, bastando marcar a região como neutra. Na maioria dos casos, porém, o recorte já está presente na análise automática, melhorando a reprodutibilidade do exame (Figura 1).
- **Comprimento do eixo do quadril** – corresponde ao eixo do fêmur que vai da base do trocânter maior até a porção interna da pelve (Figura 2). O incremento de um centímetro ou de um desvio-padrão (10%) do comprimento do eixo do quadril contribui para o aumento do risco de fratura do fêmur em 50% a 80%, independentemente da densidade óssea.

- **Avaliação da região superior do colo** – compreendida pela metade superior da região padrão do colo (Figura 3), que é altamente sensível à perda óssea e pode ser usada como preditor inicial para fraturas trocântéricas e de colo.
- **Análise “ortopédica”** – a avaliação da densidade óssea da região próxima à haste femoral permite quantificar o grau de preenchimento ósseo, o espaço entre o osso e a haste (interface do crescimento do osso) e a dinâmica do processo de reabsorção, aposição e transformação, envolvidos em todo segmento do osso que contém o implante. Por meio de novos programas, próteses de quadril, fixadores metálicos ou outros tipos de artefatos, podem ser facilmente excluídos da região de análise, permitindo resultados mais acurados (Figura 4). Pode-se, também, criar regiões de interesse de formas e tamanhos variados.
- **Índice de resistência do fêmur** – programas para a análise da resistência do quadril podem, automaticamente, fornecer variáveis estruturais tais como o “momento de inércia” da secção transversal do colo femoral (CMSI), área transversal do colo (CSA), ângulo do colo femoral e o comprimento do eixo do quadril (HAL ou CEQ). A combinação destes parâmetros estruturais (Figura 5) com a idade, altura e peso é utilizada para o cálculo do “índice de resistência do

fêmur” (FSI). Este índice pode ser considerado como a resistência estimada do colo femoral contra o estresse compressivo numa queda sobre o trocânter maior ajustado para a idade, peso e altura do paciente. Assim, quanto maior o FSI, menor o risco de fratura por uma queda.

Figura 3 – Análise individualizada da porção superior do colo.



Figura 4 – Avaliação densitométrica do quadril com prótese metálica.



Figura 1 – Análise automática do quadril com exclusão do ísquio.



Figura 2 – Comprimento do eixo do quadril.



Figura 5 – Variáveis utilizadas no cálculo do índice de resistência do fêmur.



ESTUDO COMPARATIVO ENTRE INFILTRAÇÃO INTRA-ARTICULAR E PUNHO ÀS CEGAS E GUIADA POR ULTRA-SOM EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

ALUNA: KARINE RODRIGUES LUZ

Orientador: Prof. Dr. Jamil Natour

Co-orientadora: Profa. Dra. Rita Nely Vilar Furtado

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção de título de mestre em Ciências

Objetivos: 1. comparar a efetividade em médio prazo de duas intervenções: infiltração intra-articular (IIA) de punho realizada às “cegas” e guiada por ultra-som (US) em pacientes com artrite reumatóide (AR); 2. comparar esses dois procedimentos quanto à precisão da introdução intra-articular do fármaco infiltrado no punho; 3. avaliar a reprodutibilidade inter-observador para a mensuração da sinóvia de punho em pacientes com AR por meio do US. **Paciente e métodos:** foram estudados pacientes com AR e sinovite de punho em estudo prospectivo, controlado, randômico, duplo-cego. Intervenção – grupo 1: (IIAAC): pacientes submetidos à IIA às cegas em punho com 1,5ml (30mg) de hexacetonide triancinolona + 0,5ml de contraste + 1,0ml de lidocaína às cegas; grupo 2 (IIAUS): pacientes submetidos à IIA guiada por US com 1,5ml (30mg) de hexacetonide triancinolona + 0,5ml de contraste + 1,0ml de lidocaína guiada por US. Após a IAA, foi realizado o registro da imagem do punho infiltrado com radiografia simples de punho. Foram realizadas cinco avaliações por avaliadores “cegos”, nos seguintes tempos: antes do procedimento (T0), após 1 semana (T1), 4 semanas (T4), 8 semanas (T8) e 12 semanas (T12). Em cada avaliação foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: escala visual analógica (EVA) para dor em repouso e em movimento, EVA para edema articular, escala visual de melhora (EVAM) segundo o médico e o paciente, força de preensão palmar, goniometria de punho

em flexão e extensão, porcentagem de melhora, versão brasileira da subescala funcional do *Stanford Health Assessment Questionnaire* (HAQ), versão brasileira da *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire* (DASH), mensuração dos recessos articulares do punho com o auxílio de US; presença de efeitos adversos. Considerou-se uma significância estatística de 5%.

Resultados: foram estudados 60 pacientes, 93% do sexo feminino, com média de idade 48,8 anos ($\pm 9,2$) e tempo médio de doença de 11,28 anos ($\pm 9,5$). A presença intra-articular do contraste foi observada em 90% dos punhos infiltrados em ambos os grupos ($p=1,000$). Ambos os grupos apresentaram melhora estatisticamente significativa em todos os parâmetros clínicos e ultra-sonográficos em relação ao T0, porém, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à efetividade das intervenções. Ocorreu boa a ótima ($\kappa > 0,21$; $r > 0,40$) correlação inter-observador na mensuração semiquantitativa e quantitativa nos recessos radiocárpico e mediocárpico, porém pobre ($\kappa < 0,20$; $r < 0,4$) reprodutibilidade inter-observador para as medidas no recesso radioulnar distal.

Conclusões: o auxílio do US não aumentou a efetividade da IIA de punho em pacientes com AR. A IIAAC e a IIAUS apresentaram a mesma precisão em atingir o espaço articular do punho. As mensurações ultra-sonográficas da sinóvia do punho apresentaram melhor reprodutibilidade nos recessos radiocárpico e mediocárpico.

EXPRESSÃO DAS PROTEÍNAS FAS E BCL-2 EM CÉLULAS MONONUCLEARES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

ALUNA: BERNADETE DE LOURDES LIPHAUS

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Bitencourt Kiss

Co-orientadora: Profa. Dra. Claudia Goldenstein-Schainberg

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor em Ciências

Introdução: Fas e Bcl-2 são as principais proteínas envolvidas no controle do processo de apoptose em células imunocompetentes. Alterações no processo de apoptose durante a seleção tímica podem resultar na presença de linfócitos T e B periféricos auto-reativos. Ainda durante o processo de apoptose ocorre exposição de auto-antígenos lúpicos na superfície das células.

Portanto, alterações da apoptose podem estar envolvidas na patogênese de doenças auto-imunes como o lúpus eritematoso sistêmico (LES). **Objetivos:** verificar a expressão das proteínas Fas e Bcl-2 em linfócitos T e B de pacientes com LES de início na infância e suas correlações com a atividade da doença. **Pacientes e métodos:** trinta e oito pacientes com LES (média de idade

de início da doença 10,0 anos; 32 do sexo feminino) e 25 indivíduos sem doença auto-imune (grupo controle) pareados por sexo e idade foram incluídos no estudo. Dezenove pacientes com artrite reumatóide juvenil (ARJ) e 10 pacientes com dermatomiosite juvenil (DMJ) também foram avaliados. Vinte e sete pacientes lúpicos com SLEDAI ± 8 foram considerados com doença ativa. Linfócitos isolados de sangue periférico foram identificados com os anticorpos monoclonais anti-CD3, anti-CD4, anti-CD8, anti-CD19, anti-CD95 (Fas) e anti-Bcl-2. A expressão destas moléculas foi medida por citometria de fluxo. A análise estatística utilizou o teste de Kruskal-Wallis e o coeficiente de correlação de Spearman. **Resultados:** as médias das porcentagens de linfócitos que expressavam a proteína Fas foram significativamente maiores ($p < 0,05$) nos pacientes com LES comparadas às do grupo controle nas células T CD3+ ($43,7 \pm 10,3$ vs. $31,2 \pm 9,1$), CD8+ ($21,5 \pm 9,6$ vs. $12,5 \pm 5,9$) e nas células B CD19+ ($2,1 \pm 1,4$ vs. $1,2 \pm 0,5$). A densidade de receptores Fas expressos na membrana dos linfócitos T e B, medida por meio da intensidade média de fluorescência (IMF), foi semelhante nos pacientes com LES e no grupo controle. As médias das porcentagens de linfócitos que expressavam a proteína Bcl-2 não foram diferentes nos pacientes com LES e nos controles. A IMF da proteína Bcl-2 nos pacientes com LES foi significativamente maior ($p < 0,05$) comparada ao grupo controle nos linfócitos T CD3+ ($28,8 \pm 8,4$ vs. $26,0 \pm 7,2$), CD4+ ($28,6 \pm 8,2$ vs. $25,9 \pm 7,2$) e CD8+ ($29,4 \pm 9,4$ vs.

$25,5 \pm 6,7$). Os pacientes com ARJ e DM apresentaram expressões das proteínas Fas e Bcl-2 nos linfócitos T e B semelhantes ao grupo controle. Pacientes lúpicos com doença ativa apresentavam porcentagens de linfócitos B que expressavam a proteína Fas significativamente maiores ($p < 0,05$) ($3,2 \pm 1,7$) que os pacientes com doença inativa ($1,7 \pm 1,0$) e os controles ($1,2 \pm 0,5$) e houve correlação direta entre a porcentagem de linfócitos B que expressavam a proteína Fas e o SLEDAI ($p = 0,02$, $r = 0,38$). Pacientes lúpicos com doença ativa apresentaram porcentagens de linfócitos T CD4+ que expressavam a proteína Fas significativamente maiores ($23,9 \pm 7,8$) em relação ao grupo controle ($17,9 \pm 6,3$). Pacientes lúpicos com doença ativa apresentavam IMF da proteína Bcl-2 significativamente maiores ($p < 0,05$) nos linfócitos T CD3+, CD4+ e CD8+ comparadas ao grupo controle. Fato não observado nos pacientes com doença inativa. Houve correlação direta entre a porcentagem de linfócitos B CD19+ que expressavam a proteína Bcl-2 e o SLEDAI ($p = 0,04$, $r = 0,47$). **Conclusões:** a presença de linfócitos T e B com aumento da expressão das proteínas Fas e Bcl-2 nos pacientes com LES é evidência de alteração na regulação do processo de apoptose nesta doença auto-imune. Este estudo mostra correlação entre a expressão das proteínas Fas e Bcl-2 e a atividade da doença e sugere que os pacientes lúpicos com doença ativa e com doença inativa apresentam perfis diferentes de expressão destas proteínas nos linfócitos T e B.

PUBLICAÇÕES

MARCELO PINHEIRO

TOP 10

1. EFEITOS DA TERAPIA COM ALENDRONATO DE SÓDIO SOBRE O ESPESSAMENTO MÉDIO-INTIMAL DE CARÓTIDAS EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA COM OSTEOPOROSE

Effects of alendronate sodium therapy on carotid intima media thickness in postmenopausal women with osteoporosis. Delibasi T, Emral R, Erdogan MF, Kamel N. Adv Ther 2007; 24 (2): 319-25

Osteoporose e doença cardiovascular são importantes problemas de saúde pública com elevada taxa de morbidade e mortalidade. Recentemente, muitos autores têm demonstrado associação inversa entre menor densidade óssea e maior risco para mortalidade por doenças coronarianas. Esse estudo avaliou se o uso de alendronato de sódio (70 mg/semana) para o tratamento da osteoporose em 71 mulheres na pós-menopausa poderia reduzir o espessamento médio-intimal de ambas as carótidas (EMIC) por meio da ultra-sonografia (modo B), após 12 meses de intervalo. Antes e após o tratamento, não houve modificação significativa do EMIC (a média foi de $0,73 \pm 0,121$ mm e $0,712 \pm 0,111$ mm, respectivamente). Dessa forma, o uso de alendronato por 12 meses não teve efeito sobre o EMIC de mulheres na pós-menopausa com osteoporose.

2. SUPLEMENTAÇÃO DE CÁLCIO E VITAMINA D E OS EVENTOS CARDIOVASCULARES

Calcium/Vitamin D supplementation and cardiovascular events. Hsia J, Heiss G, Ren H, et al. Circulation 2007; 115: 846-54.

Indivíduos com calcificação vascular e valvular são de maior risco para eventos coronarianos, mas a relação entre o consumo alimentar de cálcio e os eventos coronarianos ainda é incerto. Os autores avaliaram o risco de eventos coronarianos e cerebrovasculares em 36.282 mulheres na pós-menopausa de 50 a 79 anos de idade, participantes do WHI (*Women's Health Initiative*), por meio de ensaio clínico randômico e placebo-controlado de suplementação diária de carbonato de cálcio (1.000 mg) e vitamina D (400 UI), com sete anos de duração. Infarto agudo do miocárdio ou morte por doença coronariana foram observados em 499 e 475 mulheres que suplementavam e que não suplementavam cálcio e vitamina D, respectivamente (HR = 1,04; 95% CI 0,92-1,18). Acidente vascular cerebral foi confirmado em 362 e 377 mulheres do grupo suplementação e placebo, respectivamente (HR = 0,95; 95% CI 0,82-1,1). Na análise de subgrupos, as mulheres que apresentavam maior ingestão total de cálcio (dieta e suplementos), na primeira avaliação, não tiveram maior risco de eventos coronarianos ou acidente vascular cerebral. Assim, a suplementação de cálcio e vitamina D em mulheres na pós-menopausa nem aumentou nem diminuiu o risco de eventos cardiovasculares (coronarianos e cerebrais) e morte após sete anos de seguimento.

3. OSTEONECROSE DE MANDÍBULA INDUZIDA POR BISFOSFONATOS ORAIS: INCIDÊNCIA, ACHADOS CLÍNICOS, FATORES PREDISPONENTES E TRATAMENTO

Osteonecrosis of the jaw induced by orally administered bisphosphonates: incidence, clinical features, predisposing factors and treatment outcome. Yarom N, Yahalom R, Shoshani Y, Hamed W, Regev E, Elad S. *Osteoporos Int* 2007; Epub

A osteonecrose de mandíbula é uma complicação grave e rara relacionada ao uso de bisfosfonatos em neoplasias. Os autores revisam as características dessa reação adversa em 11 pacientes não oncológicos que usaram bisfosfonatos orais, por meio de estudo retrospectivo de 98 casos de osteonecrose de mandíbula. Observaram que a média de duração do alendronato foi de 4 anos e a osteonecrose foi relacionada a procedimentos odontológicos recentes em todos os pacientes, bem como ao hábito de fumar. Dos 9 pacientes com seguimento de 6 meses, a recuperação foi completa em 3, parcial em 4 e incompleta em outros 2. Assim, os médicos devem estar atentos a essa complicação em usuários de bisfosfonatos e os procedimentos dentários deveriam ser realizados antes e evitados durante o uso da medicação.

4. SUPLEMENTOS DE CREATINA EM PACIENTES COM MIOPATIA INFLAMATÓRIA CRÔNICA COM FRAQUEZA CLÍNICA APÓS TRATAMENTO FARMACOLÓGICO CONVENCIONAL: ESTUDO CLÍNICO RANDÔMICO, DUPLO-CEGO, PLACEBO-CONTROLADO COM SEIS MESES DE DURAÇÃO

Creatine supplements in patients with idiopathic inflammatory myopathies who are clinically weak after conventional pharmacologic treatment: six-month, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Chung YL, Alexanderson H, Pipitone N, et al. *Arthritis Rheum* 2007; 57 (4): 694-702

Os autores testaram a hipótese de que a suplementação oral com creatina associada ao exercício é mais efetiva que exercícios isoladamente para melhorar função muscular em 37 pacientes com polimiosite ou dermatomiosite em atividade clínica (fraqueza muscular e tratamento médico estável, com imunossuppressores e/ou corticosteróides), por meio de ensaio clínico duplo-cego, randômico, placebo-controlado com seis meses de duração. Os pacientes foram randomizados para receber suplementação com creatina (8 dias, 20 g/dia e depois 3 g/dia; N=19) ou placebo (N=18). Todos os pacientes realizaram um programa de exercícios domiciliares. A medida primária foi o *Aggregate Functional Performance Time* (AFPT), que agrega quatro avaliações funcionais objetivas, medidas em segundos, e que reflete a capacidade de realizar os exercícios de alta intensidade. As medidas secundárias incluíram o índice funcional de *endurance* e a bioenergética muscular avaliadas pela ressonância magnética espectroscópica com P^{31} (P^{31} MRS). Vinte e nove pacientes completaram os seis meses de estudo. A análise *intention-to-treat* demonstrou que o AFPT melhorou significativamente aos seis meses no grupo que recebeu creatina, embora o índice funcional tenha melhorado nos dois grupos. As relações fosfocreatina/ β -nucleosídeo-trifosfato utilizando MRS tiveram aumento significativo no grupo com creatina, mas não no grupo controle. Nenhum efeito adverso clinicamente relevante foi associado com o uso da creatina. Assim, a suplementa-

ção oral com creatina combinada com exercícios domiciliares melhoram o desempenho funcional, sem eventos adversos, em pacientes com PM ou DM. Ambas as intervenções parecem ser seguras, efetivas e de baixo custo.

5. BENEFÍCIOS DE UM TREINO INTENSO DE RESISTÊNCIA EM PACIENTES COM POLIMIOSITE OU DERMATOMIOSITE CRÔNICAS

Benefits of intensive resistance training in patients with chronic polymyositis or dermatomyositis. Alexanderson H, Dastmalchi M, Esbjörnsson-Liljedahl M, Opava CH, Lundberg IE. *Arthritis Rheum* 2007; 57 (5): 768-77

O estudo teve como objetivo investigar os benefícios e a segurança de um treinamento muscular intenso em pacientes com polimiosite (PM) ou dermatomiosite (DM). Foram selecionados nove pacientes com PM ou DM crônica estável, com média de idade de 53 (44-61) anos e doença há pelo menos um ano e medicação estável há pelo menos três meses. Avaliaram a incapacidade (resistência muscular por meio de 10-15 repetições voluntárias máximas; índice funcional FI-2, força de preensão – Grippit, dor – escala de Borg CR-10, limitação de atividades – questionário *Myositis Activities Profile*) e restrição de participação (impacto da doença no bem-estar do paciente) quatro semanas antes, imediatamente antes do início do treinamento e sete semanas após o início do programa de exercícios. A atividade de doença foi medida por meio de seis itens (avaliação global pelo médico e paciente, força muscular, HAQ, níveis de CPK e atividade extramuscular) e biópsia muscular do vasto lateral imediatamente antes e sete semanas após o início do treinamento muscular. Os pacientes realizavam os exercícios três vezes por semana por sete semanas com cargas permitindo dez repetições voluntárias máximas. O programa consistia de dez minutos de aquecimento em bicicleta ergométrica ou esteira, 45 minutos de treinamento de resistência e cinco minutos de alongamento. Os grupos musculares exercitados eram deltóide (flexão/abdução com pesos livres), quadríceps (extensão de joelho com pesos nos tornozelos), grande dorsal, bíceps e gastrocnêmios (em equipamentos) e abdominais. Os exercícios eram realizados em três séries com 90 segundos de intervalo. Quando avaliado o grupo, não houve diferença significativa entre as medidas realizadas quatro semanas antes do programa e imediatamente após o programa. O grupo melhorou significativamente nas medidas de 10-15 RVM e FI-2 após sete semanas quando comparados com os valores iniciais. Todos os pacientes melhoraram nos quesitos de incapacidade, e dois, no que diz respeito às limitações. Dois pacientes melhoraram a atividade de doença e nenhum paciente teve sinais de piora da inflamação muscular na biópsia realizada após sete semanas de exercícios. Os autores concluem que pacientes com PM ou DM crônica estável podem realizar um programa intenso de resistência muscular com efeitos benéficos sobre a incapacidade e limitação de atividades sem piorar a inflamação muscular.

6. DOENÇA INTERSTICIAL NA SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMÁRIA

Interstitial lung disease in primary Sjögren Syndrome. Parambil JG, Myers JL, Lindell RM, Matteson EL, Ryu JH. *Chest* 2006; 130 (5): 1489-95

Os autores revisaram, retrospectivamente, 18 pacientes com síndrome de Sjögren primária (SSJP), com doença intersticial

pulmonar, que realizaram biópsia pulmonar durante 13 anos de seguimento na instituição do estudo. Catorze biópsias foram a céu aberto e nove tinham sido obtidas por procedimento transbrônquico. Os resultados histológicos foram analisados e correlacionados com características radiológicas e com evolução do paciente. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (83%), com média de idade de 62 anos e queixas de dispnéia ou tosse com infiltrado intersticial bilateral pela radiografia de tórax. A tomografia de tórax de alta resolução evidenciou vários padrões pulmonares, como vidro-fosco, consolidação, reticulação e opacidades nodulares. O padrão histológico mais comum foi o da pneumonia intersticial não-específica (NSIP) em 5 pacientes, pneumonia em organização em 4 pacientes, padrão usual e pneumonia intersticial linfocítica em 3 casos cada, linfoma pulmonar primário em 2 pacientes e apenas 1 caso de amiloidose intersticial difusa. O tratamento mais frequentemente utilizado foi a prednisona associada ou não com algum imunossupressor. Durante o seguimento de 38 meses, em média, a maioria dos pacientes melhorou ou permaneceu estável, exceto os três casos de padrão usual, um caso de NSIP e o caso de amiloidose. Verificaram sete óbitos ao final da análise, dos quais três ocorreram por exacerbação aguda do quadro pulmonar, especialmente em pacientes com o padrão usual. Dessa forma, o padrão de lesão intersticial na SSjP é muito variado e pacientes com padrão usual tendem a ter uma doença mais agressiva.

7. MEDIDAS DE RESULTADOS EM PACIENTES COM ESCLERODERMIA: RESULTADOS DO EXERCÍCIO DELPHI

Outcome measurements in scleroderma: results from a delphi exercise. Gazi H, Pope JE, Clements P et al. J Rheumatol 2007; 34 (3): 501-9

O objetivo desse estudo foi obter consenso dos efeitos mínimos e clinicamente relevantes para o tratamento de várias medidas de evolução da doença para serem utilizadas em ensaios clínicos futuros. Foi realizada pesquisa com todos os membros do Conselho de Ensaios Clínicos em Esclerodermia (SCTC). Os 65 membros foram divididos em dois grupos. O primeiro utilizou o ACR 20% (da artrite reumatóide) para analisar os ensaios, e o segundo, não. Após a análise de 95 questões clínicas divididas em oito categorias, o programa Delphi obteve média, mediana e taxa de resposta para cada uma das 95 questões. As respostas obtidas foram novamente enviadas para os que responderam ao questionário e o médico poderia mudar sua opinião na segunda avaliação. A análise das respostas mostrou porcentagem maior de boas concordâncias e a indicação de consenso para o segundo questionário, com poucas mudanças nas respostas. Para o escore de Rodnan modificado, a mudança clinicamente significativa escolhida variou de 3 a 7,5 pontos. O HAQ-DI obteve valores entre 0,2 a 0,25 unidades como relevante. O HAQ-dor e a escala visual analógica global variou entre 0,2 e 0,3 unidades e entre 8-13 pontos, respectivamente. A mudança da capacidade de difusão de CO variou de 9% a 10% do valor esperado. Assim, esse estudo mostrou alguns valores que podem ser considerados apropriados e mais relevantes para a avaliação de pacientes com esclerose sistêmica.

8. ENVOLVIMENTO RENAL NA ARTERITE DE TAKAYASU

Kidney involvement in Takayasu arteritis. De Pablo P, García-Torres R, Uribe N, et al. Clin Exp Rheumatol 2007; 25 (Suppl 44): S10-S14

Foi realizado estudo retrospectivo em 25 amostras de tecido renal e de grandes artérias de pacientes com arterite de Takayasu (AT) submetidos à autópsia para avaliar se há relação entre a presença de glomerulonefrite e maior extensão de infiltrado inflamatório da parede arterial na AT. Alterações glomerulares específicas foram observadas em 14 amostras, entre elas, 10 (40%) foram classificadas como glomerulonefrite proliferativa mesangial difusa (GPMD) (grupo A) e em 4 amostras (16%), alterações sugestivas de outras glomerulopatias (grupo B). Alterações inespecíficas foram encontradas em 11 (44%) amostras. A proporção de infiltrado inflamatório da parede arterial foi de 9,4% no grupo A, 1,4% no grupo B e 2,7% no grupo C ($p < 0,05$). Além disso, os pacientes do grupo A eram mais jovens ($p < 0,005$) e apresentavam menor tempo de duração de doença, mas esta última variável não foi significativa. Os autores concluíram que a presença de GPMD se associou com maior extensão do infiltrado inflamatório da parede arterial em pacientes com AT, sugerindo haver relação entre ambos os fenômenos.

9. VASCULITES DE PEQUENOS VASOS ASSOCIADAS AO ANCA

Antineutrophil cytoplasmic autoantibody-associated small-vessel vasculitis. Kallenberg CGM. Curr Opin Rheumatol 2007; 19:17-24

Este artigo revisa os recentes avanços da patogênese, diagnóstico e tratamento de vasculites de pequenos vasos associadas ao Anca. Anticorpos antimieloperoxidase estão diretamente relacionados à patogenia de vasculites necrotizantes, o que não está bem claro para os anticorpos antiproteínase-3 na granulomatose de Wegener. A proteína-3 complementar é um peptídeo que tem semelhança com diferentes peptídeos bacterianos e pode estar envolvido na indução de Anca tipo antiproteínase-3. Diferentes ensaios clínicos estão em andamento para avaliar o tratamento de pacientes com vasculites associadas ao Anca. Para se obter indução da remissão, a pulso-terapia com ciclofosfamida poderá ser uma alternativa ao uso da mesma por via oral. Os resultados do estudo Cyclops, que comparou ambas as modalidades de tratamento, deverão ser publicados em breve. O estudo Cycarem demonstrou que após a indução da remissão, a ciclofosfamida pode ser substituída pela azatioprina com segurança e sem perda da eficácia. Pacientes com forma localizada de granulomatose de Wegener em vias aéreas superiores podem beneficiar-se com o tratamento de indução com metotrexato (20-25mg/semana). Tratamentos alternativos para pacientes com manifestações graves de vasculites associadas ao Anca têm sido avaliados, como a plasmáfereze e o uso de rituximabe, na busca de terapias com eficácia semelhante à associação de corticosteróides e ciclofosfamida, porém, com menos efeitos colaterais.

10. EFICÁCIA DOS ANTI-TNF NA ARTRITE REUMATÓIDE: COMPARAÇÃO ENTRE ENSAIOS RANDOMIZADOS E CONTROLADOS E A PRÁTICA CLÍNICA

The efficacy of anti-TNF in rheumatoid arthritis, a comparison between randomized controlled trials and clinical practice. Kievit W, Fransen J, Oerlemans AJ, et al. Ann Rheum Dis 2007; Epub

Este estudo comparou a eficácia dos agentes anti-TNF, observada em ensaios controlados e randômicos, com a eficácia encontrada em um estudo de coorte realizado na Holanda, que

refletiria a prática clínica diária. Inicialmente, foi realizada revisão sistemática para a seleção de ensaios clínicos randômicos e placebo-controlados, escritos em inglês, na qual os artigos mais relevantes foram selecionados. Foram utilizados para comparação os dados do estudo *Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring* (Dream), que é um registro prospectivo de 11 hospitais da Holanda, no qual são incluídos todos os pacientes que iniciaram o tratamento com agentes anti-TNF pela primeira vez. As características dos pacientes, doses das medicações utilizadas e taxa de resposta ACR20 foram comparadas e estratificadas para a elegibilidade do paciente participar ou não do ensaio clínico controlado. Em relação aos ensaios clínicos, foram selecionados 12 artigos que avaliaram o tratamento da AR com infliximabe (n=2), etanercepte (n=5) ou adalimumabe (n=5) *versus* placebo. Entre o grupo de pacientes do estudo Dream, 546 pacientes foram incluídos para a análise. Cinco grupos de diferentes tratamentos foram observados: (1) adalimumabe com metotrexato (MTX); (2) monoterapia com adalimumabe; (3) etanercepte com MTX; (4) monoterapia com etanercepte; e (5) infliximabe com MTX. Apenas pequenas diferenças foram observadas em relação às características clínicas dos pacientes do estudo Dream em comparação com os ensaios clínicos na avaliação inicial. As doses de anti-TNF e MTX, assim como as doses

de antiinflamatórios não hormonais utilizadas foram comparáveis. De 29% a 54% dos pacientes do estudo Dream estavam em uso de corticosteróides, no início do estudo, contra 44% a 69% nos ensaios clínicos. Em 10 de 11 comparações realizadas, a taxa de resposta ACR20 foi menor no estudo Dream do que nos ensaios clínicos controlados e essa diferença foi estatisticamente significativa em cinco das comparações. Apenas 34% a 79% dos pacientes do estudo Dream preencheram os critérios de inclusão para doença ativa utilizados nos diferentes ensaios clínicos. Os pacientes do estudo Dream elegíveis para os ensaios clínicos obtiveram maior taxa de resposta ACR20 do que os pacientes considerados inelegíveis. A taxa de resposta ACR20 dos pacientes elegíveis foi semelhante à porcentagem de resposta dos grupos de pacientes em uso de droga ativa nos ensaios clínicos em 10 das 11 comparações realizadas. Os autores concluem que a eficácia dos agentes anti-TNF foi superior nos ensaios clínicos controlados e randômicos. Entretanto, enfatizam que os pacientes tratados com agentes anti-TNF no estudo Dream possuíam, em geral, doença menos ativa quando comparados com os pacientes incluídos nos outros estudos, e quando os pacientes do estudo Dream eram elegíveis para inclusão nos diferentes ensaios clínicos, a resposta ao tratamento passa a ser semelhante.

Artrófilo

REUMATOLOGIA PAULISTA NO EULAR



É com grande orgulho que o *Artrófilo* reproduz os trabalhos de reumatologistas de todo o Estado de São Paulo apresentados no último Congresso Europeu de Reumatologia (Eular), realizado na belíssima cidade de Barcelona. Parabéns a todos pelo excelente trabalho!

O *Artrófilo* resumiu os *abstracts* para que todos fiquem atualizados nas mais recentes pesquisas paulistas.

1. WRIST INTRA-ARTICULAR GLUCOCORTICOID INJECTION USING "BLIND" TECHNIQUE AND ULTRASOUND GUIDED APPROACH: A COMPARATIVE STUDY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Luz KR, Nunes C, Rosenfeld A, Fernandes ACN, Furtado RNV, Natour J

O objetivo do estudo foi comparar o procedimento de infiltração intra-articular convencional (cego) com a infiltração guiada por ultra-som (US) em punhos de pacientes com artrite reumatóide (AR). **Métodos:** foram estudados 60 pacientes com AR e sinovite de punhos, divididos em dois grupos: infiltração convencional e infiltração guiada por US. Todos foram infiltrados com 1,5 ml de triancinolona hexacetona + 1 ml de xilo-

caína + 0,5 ml de contraste. Os pacientes foram analisados nas semanas 0, 4, 8 e 12 com escala visual analógica (VAS), HAQ e outros escores. **Resultados:** os grupos eram similares no tempo zero para todas as análises. Após 12 semanas, os pacientes melhoraram quando comparados ao tempo zero e sem diferenças entre os grupos. **Conclusão:** não houve diferença entre a infiltração intra-articular com ou sem US, sendo as duas técnicas consideradas igualmente eficientes.

2. ANALYZING WHITE AND GRAY MATTER ATROPHY IN JUVENILE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS BY Voxel-BASED MORPHOMETRY: A FOLLOW-UP STUDY

Appenzeller S, Rio P, Li LM, Costallat LTL, Cendes F

Os autores investigaram a presença, progressão e anormalidades do parênquima cerebral de pacientes com lúpus juvenil sistêmico (LESj) utilizando “voxel-based” morfometria (VBM) pela ressonância nuclear magnética (RNM). **Métodos:** dez pacientes com LESj e história de envolvimento do sistema nervoso central (SNC) realizaram o VBM, repetindo as imagens após dois anos de inatividade da doença. **Resultados:** foi observada redução importante da substância branca e cinzenta cerebral. Além disso, encontrou-se associação entre a atrofia e dose total de corticosteróides, duração da doença e SLICC/ACR-DI. Após tratamento e estabilização do LESj, houve aumento significativo tanto da substância branca quanto da cinzenta. **Conclusão:** a recuperação cerebral encontrada nos pacientes com LESj sugere que os jovens respondem a um insulto cerebral de maneira diferente a de adultos.

3. ASSESSMENT ON THE EFFECTIVE USE OF LOW-LEVEL LASER TO TREAT PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS OF THE HANDS: A DOUBLE-BLIND RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Meireles S, Martinez AJ, Simões MFJ, Suda AL, Parizotto NA, Natour J

O uso de *laser* “low-level” (LLL) na analgesia e capacidade funcional foi testado em mãos de pacientes com AR por meio de estudo duplo-cego, randômico e placebo-controlado. **Métodos:** 82 pacientes com a doença e com grau de dor pelo VAS entre 4-8 cm foram estudados e divididos em dois grupos: LLL e placebo, seguidos por dois meses de tratamento. **Resultados:** duas medidas foram diferentes entre os grupos: inflamação da primeira articulação interfalângica das mãos. Várias medidas melhoraram em ambos os grupos. **Conclusão:** houve melhora de vários parâmetros analisados nos dois grupos. O LLL parece ser seguro, entretanto, com pouca contribuição para o tratamento das mãos de pacientes com AR.

4. ATHEROSCLEROSIS IN RHEUMATOID ARTHRITIS IS NOT ASSOCIATED WITH DISEASE ACTIVITY

Pereira IA, Borba Neto EF, Mello FM, Zimmermann AF, Laurindo IMM

O objetivo do estudo foi investigar a associação entre atividade inflamatória da AR com aterosclerose de carótida observada por US modo-B. **Métodos:** foram estudados 71 pacientes com AR e os resultados comparados com 53 pessoas saudáveis. **Resultados:** pacientes com AR apresentavam mais placas ateroscleróticas em carótidas quando comparadas ao grupo controle. Não houve associação entre VHS, proteína C-reativa, fibrinogênio e DAS com as placas ateroscleróticas. Também não encontraram nenhuma relação entre o HAQ e a presença de placas. **Conclusão:** a aterosclerose é mais prevalente em AR. A despeito do reconhecido papel da inflamação na lesão endotelial, não foram encontradas associações entre parâmetros de inflamação sistêmica e a presença subclínica de aterosclerose.

5. ATORVASTATIN THERAPY IMPROVES ENDOTHELIAL-DEPENDENT VASODILATION IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS

Ferreira GA, Sato EI, Andrade LC, Telles RW, Navarro TP

Os autores avaliaram a eficácia da atorvastatina sobre a vasodilatação endotelial-dependente de pacientes com LES com e sem a presença de fatores de risco convencionais para doença coronariana. **Métodos:** 64 mulheres com LES foram estudadas e receberam 20 mg de atorvastatina diariamente por 8 semanas e comparadas com 24 pacientes com LES, mas que não receberam o tratamento. Metade destas pacientes apresentava algum fator de risco coronariano. Medidas do diâmetro da artéria braquial por US foram realizadas no início e final do tratamento. **Resultados:** as pacientes em uso de atorvastatina tiveram aumento do fluxo mediado por dilatação (FMD). O mesmo efeito foi observado nas pacientes com e sem os fatores de risco coronarianos. Não houve diferenças no fluxo nas pacientes controles, sem uso da droga. Além disso, a atorvastatina diminuiu os valores de colesterol séricos. **Conclusão:** oito semanas de atorvastatina melhoram a vasodilatação dependente de endotélio, independentemente da presença de fatores de risco para doença coronariana.

6. CENTRAL NERVOUS SYSTEM INVOLVEMENT IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: MAGNETIC RESONANCE IMAGING AND CEREBROSPINAL FLUID ANALYSIS

Appenzeller S, Ruocco H, Brandao CO, Costallat LTL, Santos LMB, Cendes F

O líquido cerebroespinal e imagens de RNM foram analisados em pacientes com LES e envolvimento de SNC. **Métodos:** foram estudados 30 pacientes com a doença e envolvimento cerebral. **Resultados:** 3 (15%) dos pacientes apresentaram lesões desmielinizantes e 12 (60%) lesões isquêmicas na RNM. Nenhum paciente apresentou sorologia para HTLV1 no líquido cerebral, mas tinham elevados níveis de TNF α , IFN γ e IL12. O volume cortical reduzido estava significativamente associado com IFN γ . **Conclusão:** alterações de imagens pela RNM em pacientes com LES são comuns e associadas com manifestações de SNC. Apesar de terem encontrado várias alterações imunológicas no líquido estudado, apenas o IFN γ se correlacionou com as alterações das imagens.

7. EFFECTIVENESS ASSESSMENT OF A FUNCTIONAL SPLINT FOR PATIENTS WITH TRAPEZIOMETACARPAL OSTEOARTHRITIS IN THE DOMINANT HAND

Carreira AG, Jones A, Natour J

O grupo avaliou a efetividade do *splint* para a articulação trapeziometacarpal com osteoartrite (OA) na mão dominante. **Métodos:** 40 participantes com dor na referida articulação foram randomizados em dois grupos: com e sem o uso do *splint*. Todos foram avaliados em vários tempos com diferentes métodos de mensuração da dor e função articular. **Resultados:** no grupo que usou o *splint* observou-se redução da dor no tempo de 45 dias até 180 dias, no grupo controle apenas no T180. A análise da força de preensão e pinça não mostrou diferenças entre os grupos. Nenhum outro parâmetro analisado foi diferente ao final do estudo entre os grupos. **Conclusão:** o *splint* é eficaz na diminuição da dor da OA trapeziometacarpal e não afeta a força, capacidade funcional ou destreza.

8. THE IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY IS ASSOCIATED WITH BETTER ENDOTHELIAL FUNCTION IN SLE PATIENTS

Ferreira GA, Sato EI, Andrade LC, Telles RW, Navarro TP

O objetivo do estudo foi verificar se há disfunção endotelial em pacientes com LES e se esta disfunção está relacionada a fatores de risco convencionais de doença coronariana, idade e fatores associados ao LES. **Métodos:** foram analisadas 80 mulheres com LES e 16 mulheres normais que realizaram US de alta resolução para medir o diâmetro da artéria braquial em condições de repouso e durante hiperemia (nitrato sublingual). **Resultados:** o fluxo mediado por dilatação (FMD) esteve mais alterado nas pacientes com LES e não houve diferenças entre os grupos quanto aos fatores de risco tradicionais para coronariopatia. O FMD em pacientes em uso de imunossuppressores foi maior e houve correlação negativa entre a duração da doença e o fluxo medido. Além disso, o uso de droga imunossupressora foi a única variável independente associada ao FMD. **Conclusão:** os dados sugerem que o tratamento mais agressivo com drogas imunossupressoras pode controlar melhor o processo inflamatório e, conseqüentemente, o dano vascular em pacientes com LES.

9. UNDIFFERENTIATED SPONDYLOARTHROPATHIES: A LONG-TERM FOLLOW-UP IN 111 BRAZILIAN PATIENTS

Sampaio-Barros PD, Bortoluzzo AB, Conde RA, Costallat LTL, Samara AM, Bértolo MB

Os autores analisaram 11 pacientes brasileiros com espondilopatia indiferenciada (EAI) com seguimento de 2 a 10 anos. **Resultados:** houve predominância do sexo masculino (81,1%), caucasianos e HLA-B27 positivos (61,3%). Quase um quarto dos pacientes evoluiu para espondilite anquilosante (EA) e três para artrite psoriásica, enquanto 24 pacientes evoluíram para remissão durante o seguimento. A análise de regressão multivariada revelou que raça e sacroilite classe I no começo do estudo foram as características associadas com a evolução para EA. **Conclusão:** raça e sacroilite prévia foram os preditores para a evolução para uma doença definida como EA.

10. HIGH PREVALENCE OF CAROTID PLAQUES IN RHEUMATOID ARTHRITIS AND THE LINK WITH AUTOANTIBODIES

Pereira IA, Borba EF, Burlingame R, Anjos LE, Viana VST, Leon EP, Vendramini M, Laurindo IMM

Foram investigadas a presença de anticorpos contra fosfolípidos, beta2-glicoproteína 1 (beta2-gp1) e "heat shock proteins" (Hsp) em pacientes com AR e analisadas possíveis correlações subclínicas de aterosclerose em carótidas. **Métodos:** 71 pacientes com AR e 53 controles foram estudados e todos realizaram US de alta resolução de carótidas. **Resultados:** não houve diferenças entre o espessamento médio-intimal de carótidas entre os grupos, porém a frequência de placas foi maior em pacientes com AR. Este espessamento não teve correlação com a presença de ACL IgG, IgM, anti-Hsp; IgG, IgM e IgA anti beta2-gp1. Na análise multivariada, ter AR, a idade e o colesterol total foram os fatores que mais se associaram com a presença de placas de aterosclerose em carótidas. **Conclusão:** pacientes com AR tem alta prevalência de aterosclerose em carótidas,

relacionada com a idade e colesterol total. Nenhum anticorpo estudado se correlacionou com esta manifestação.

11. HYPOXIA INDUCIBLE FACTOR-1 ALPHA EXPRESSION IN HUMAN OSTEOARTHRITIC CHONDROCYTES STIMULATED WITH INTERLEUKIN-1 BETA

Sartori AR, Mara CS, Rehder J, Samara AM, Coimbra IB

Os autores investigaram a expressão do fator 1 induzido por hipóxia (HIF-1 alfa) em cultura de condrócitos de pacientes com osteoartrite tratados com IL-1 beta. Além disso, investigaram se a função da fosfotidilinositolquinase 3 (PI-3K) é ativada nesta ação. **Métodos:** as culturas de condrócitos de pacientes com artrose foram divididas em quatro grupos: controle, tratado com IL-1 β , inibidor da PI-3K e logo após estimulados com IL-1 beta; e o último grupo, apenas com o inibidor da PI-3K. **Resultados:** a IL-1 β aumenta a expressão da HIF-1 α , porém na presença do inibidor da PI-3K e IL-1 β esta ação não foi observada. Nas células tratadas apenas com o inibidor da PI-3K, observou-se diminuição da HIF-1 α , porém na presença da IL-1 β esta diminuição foi ainda maior. **Conclusão:** a expressão da HIF- α é aumentada na presença de IL-1 β e provavelmente o PI-3K está envolvido nesta ação.

12. INTERACTION BETWEEN CD40/CD40L AND PPARS SIGNALING PATHWAYS

Teixeira DO, Borba E, Godoy LC, Ariga SK, Barbeiro DF, Bonfa E, Souza HP

O estudo procurou determinar se a ativação do receptor de peroxisoma ativador proliferativo (PPAR) modula a interação entre CD40/CD40L, que tem importante papel na interface entre imunidade inata e adquirida. **Métodos:** macrófagos da linhagem celular THP1, monócitos de pacientes com LES e monócitos de controles normais foram estimulados com CD40L humano para posterior dosagem do PPAR. **Resultados:** a dosagem do PPAR α , após estímulo com CD40L em células TH1, aumentou quando comparada aos valores basais. Nas células de LES, os valores basais de PPAR α estavam aumentados quando comparados aos controles e sua dosagem aumentou após estímulo. **Conclusão:** a estimulação da ligação CD40/CD40L aumenta o PPAR α tanto em cultura de células THP1 quanto em LES, podendo representar um novo mecanismo de controle desta via de sinalização.

13. INTRA-ARTICULAR GLUCOCORTICOID INJECTION: ACCURACY OF THE PROCEDURE PERFORMED UNDER BLIND TECHNIQUE IN PERIPHERAL JOINTS

Lopes RV, Parmigiani L, Rosenfeld A, Fernandes ARC, Furtado RNV, Natour J

Este trabalho foi realizado com intuito de avaliar a acurácia da posição da agulha dentro de articulações pequenas e grandes em injeções intra-articulares (IIA) em 232 pacientes com AR, de modo prospectivo. Foi utilizada uma mistura contendo triancilolona e contraste. Após a infiltração, o paciente era submetido à radiografia da articulação para confirmar a presença do contraste. **Resultados:** apenas 8,6% das infiltrações foram consideradas extra-articulares (EA). Na articulação de tornozelos, 22,64% (12/53) foram consideradas EA. **Conclusão:** a infiltração convencional cega é segura e eficaz quando realizada por um reumatologista experiente.

14. JOINT HYPERMOBILITY DIAGNOSIS AND PREVALENCE IN THE BRAZILIAN UNIVERSITY STUDENTS

Moraes DA, Louzada Junior P

Objetivou-se determinar a prevalência da hiper mobilidade articular, por meio de questionário de hiper mobilidade aplicado a 2.523 estudantes de universidades brasileiras. Depois, uma amostra de 394 estudantes foi avaliada pelo escore Beighton para diagnóstico da síndrome. **Resultados:** a hiper mobilidade articular foi observada em 37,01% dos estudantes no primeiro questionário e em 39,59% no escore Beighton, especialmente em mulheres. **Conclusão:** a hiper mobilidade articular é muito prevalente em estudantes brasileiros e mais comum em mulheres e o questionário de hiper mobilidade, traduzido para o português, é eficaz no diagnóstico quando comparado ao escore Beighton.

15. SELF-REPORTING INSTRUMENTS TO ASSESS PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: CONTRIBUTION OF GLOBAL HEALTH ASSESSMENT (VAS-GH) TO DISEASE ACTIVITY SCORE DAS 28

Torres SCR, Guedes LKN, Kochen JAL, Laurindo IMM

Os autores avaliaram a contribuição da avaliação global de saúde (VAS) no escore de atividade da doença (DAS28) em artrite precoce. **Métodos:** foram estudadas 28 pacientes com artrite precoce (≤ 12 meses). Foram calculados o DAS 28 3V (articulações dolorosas e edemaciadas + VHS), DAS 28 4V (DAS28 3V associado ao VAS) e o HAQ em três tempos durante 12 meses. Foram divididos em dois grupos: positivo quando o VAS aumentou o DAS 28 e negativo quando o VAS diminuiu o DAS 28. **Resultados:** observou-se que a correlação entre o HAQ e o DAS28 foi mais forte no grupo positivo tanto na avaliação inicial quanto na avaliação final. **Conclusão:** a avaliação do VAS pelo paciente leva a uma estimativa aumentada do DAS28 quando a doença está ativa e diminuída quando controlada. Assim, questiona-se se o paciente tem correta noção de quando a doença está em atividade ou não ou em remissão.

16. INFECTIOUS COMPLICATIONS IN ANKYLOSING SPONDYLITIS (AS) BRAZILIAN PATIENTS TREATED WITH INFlixIMAB

Gonçalves C, Neves FS, Gonçalves R, Goldeinstein-Schainberg C, Gonçalves CR

O objetivo foi descrever a ocorrência de infecções em 32 pacientes (30 homens e 2 mulheres) com espondilite anquilosante (EA) tratados com infliximabe. **Resultados:** 20 episódios de infecção afetaram 15 pacientes (42,9%) entre o 2.º e o 9.º mês de infusão. Infecções do trato respiratório foram as mais frequentes, e um paciente evoluiu com tuberculose pulmonar apesar do correto protocolo de rastreamento. **Conclusão:** as infecções do trato respiratório foram as mais frequentes e a tuberculose foi uma rara complicação.

17. EFFICACY OF RADIOISOTOPIC SYNOVECTOMY WITH SAMARIUM-153 HYDROXYAPATITE IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS WITH KNEE SYNOVITIS: A CONTROLLED RANDOMIZED DOUBLE-BLINDED TRIAL

Santos MF, Konai MS, Furtado RNV, Castiglioni MV, Silva CG, Natour J

Os autores avaliaram a eficácia da utilização da sinovectomia por radioisótopo de hidroxiapatita Samarium 153 em pacientes com sinovite crônica de joelhos por artrite reumatóide. **Métodos:** 58 pacientes realizaram o estudo e foram randomizados para receber infiltração com triancinolona sozinha ou triancinolona+radioisótopo (grupo Sm). **Resultados:** não houve diferenças nas características clínicas iniciais e nas semanas 1, 4 e 12 pós-procedimento entre os grupos. **Conclusão:** o procedimento de infiltração com o radioisótopo não foi superior a triancinolona, porém, mais estudos a longo prazo poderão diferenciar os efeitos antifibróticos do mesmo.

18. VISCERAL INVOLVEMENT IN SYSTEMIC SCLEROSIS: ANALYSIS OF 1.139 BRAZILIAN PATIENTS

Sampaio-Barros PD, Bortoluzzo AB, Bica BEG, Calderaro D, Kayser C, Keiserman MW, Borges CTL, Costa IP, Fontenele SM, Freire EAM, Levy RA, Radominski SC, Salgado MCF, Santiago MB, Sauma MFL, Skare TL, Szajubok JCM, Toledo RA, Zimmermann AF, Carneiro SCS, Costa GP, Duarte ALP, Loures MAL, Ribeiro JJN, Ribeiro SLE, Rocha OM, Silva NA, Valim V, Vieira CC, Vilar MJP, Ranzolin A, Santos FPT, Azevedo MNL, Marques-Neto JF, Andrade LEC

O estudo em larga escala dos pacientes brasileiros com esclerose sistêmica analisou as diferentes manifestações viscerais dos 1.139 pacientes. **Métodos:** um protocolo de investigação foi utilizado por todas as instituições envolvidas entre 2003 e 2005. **Resultados:** disfagia foi relatada por 62,2% dos pacientes, distilidade pelo esofagograma em 68,2% e refluxo gastroesofágico em 41,7%. Má-absorção intestinal em 4,8% e incontinência anal em 3,6%. Dispneia foi relatada em 55% dos pacientes e verificada em 45,2% e 52% pela tomografia de tórax e prova de função pulmonar, respectivamente. Hipertensão pulmonar em 13,3% e crise renal esclerodérmica em 3,4%. **Conclusão:** o envolvimento esofágico e pulmonar foram as manifestações clínicas dominantes.

19. IMMUNOLOGICAL PROFILE IN SYSTEMIC SCLEROSIS: ANALYSIS OF 1.139 BRAZILIAN PATIENTS

Andrade LEC, Bortoluzzo AB, Bica BEG, Calderaro D, Keiserman MW, Marques-Neto JF, Borges CTL, Costa IP, Fontenele SM, Freire EAM, Levy RA, Radominski SC, Salgado MCF, Santiago MB, Sauma MFL, Skare TL, Szajubok JCM, Toledo RA, Zimmermann AF, Carneiro SCS, Costa GP, Duarte ALP, Loures MAR, Ribeiro JJN, Ribeiro SLE, Rocha OM, Silva NA, Valim V, Vieira CC, Vilar MJP, Ranzolin A, Santos FPT, Azevedo MNL, Kayser C, Sampaio-Barros PD

O perfil de auto-anticorpos de 1.139 pacientes com esclerose sistêmica foi avaliado pelo mesmo estudo nacional. **Resultados:** o padrão de FAN mais frequente foi o pontilhado (41,8%), seguido pelo nucleolar (14,5%), centromérico (14,4%) e homogêneo (10,4%). O anticorpo anticentrômero foi correlacionado com a forma limitada, presença de calcinose, incontinência anal, envolvimento de sistema nervoso central e baixo escore de Rodnan (pele). O anticorpo anti-Scl 70 esteve associado à forma difusa, prurido, alterações da pigmentação, ulcerações digitais, artrite, fricção tendínea, contraturas em flexão, dispneia, envolvimento pulmonar e elevado escore de Rodnan. Anticorpo anti-Ro foi positivo em 5,7%, anti-RNP em 5,1% e anticardiolipina em 3,4%, sem nenhuma correlação específica. **Conclusão:** anticorpo anticentrômero e anti-Scl 70 foram os principais marcadores das manifestações clínicas destes pacientes.

Acesse o *site* da Sociedade Paulista de Reumatologia. Nele, você pode pesquisar assuntos atuais e relevantes, pode enviar sugestões e comentários.

Cadastre o seu e-mail e receba gratuitamente o *Informativo da SPR*. Para mais informações, consulte a seção Atualização, que dispõe de mais de 70 resumos de artigos de vários temas.

DESTAQUES DO SITE

■ Custos da medicação nos planos de saúde

Os custos com medicamentos prescritos aos pacientes dobrou na última década e, no momento, representa o terceiro maior componente de despesas da saúde, ficando logo após os custos com hospitais e consultas médicas. Numa tentativa de controlar custos, muitos empregadores e planos de saúde adotaram incentivos baseados em fórmulas nas quais os medicamentos são colocados em categorias diferentes (genéricos ou medicamentos de marca).

Muitos planos de saúde nos Estados Unidos incluem a medicação no atendimento de seus associados e, muitas vezes, desencorajam a utilização de produtos farmacêuticos mais caros, com o intuito de reduzir despesas. Aqueles que consentem em usar os genéricos, têm subsídios maiores. Recente estudo retrospectivo (1997-2000), conduzido por Dana P. Goldman, Califórnia, procurou determinar como essas mudanças do custo de subsídios poderiam afetar o uso racional de medicamentos mais comuns entre os mais de 500 mil associados portadores ou não de doenças crônicas de 52 planos de saúde. Os pagamentos para medicações eventuais, em indivíduos sem doenças crônicas, foram associados com redução significativa do uso de oito classes de medicações, em especial AINHS (45%), anti-histamínicos (44%), antilipemiantes (34%), anti-ulcerosos (33%), anti-hipertensivos (26%), antidepressivos (26%) e antidiabéticos orais (25%). Entre os pacientes com doenças crônicas e, assim, com medicação a longo prazo, a mudança do critério do pagamento não alterou muito o uso dos remédios. O uso de AINHS em pacientes com doenças reumáticas diminuiu 27%, assim como o de anti-histamínicos (31%) em asmáticos e antidiabéticos orais em diabéticos (23%); o uso de antidepressivos diminuiu 8% e o de anti-hipertensivos, 10%. Assim, medicações de uso prolongado não tiveram redução significativa com o aumento do preço; dividir os custos com os pacientes faz com que os consumidores usem menos medicamentos e remédios menos caros. No entanto, a redução dos custos é mais relevante para os planos de saúde do que para os pacientes [JAMA 2004; 291 (19): 2.344-50].

■ Revalidação do Título de Especialista

Em breve, todas as especialidades médicas deverão enfrentar o processo de recertificação do título de especialista, promovido pela Associação Médica Brasileira por meio do Conselho Federal de Medicina. Pensando nisso, a atual gestão da Sociedade Paulista de Reumatologia desenvolveu um moderno e eficiente sistema de Ensino Continuo à Distância, de atualização quinzenal, disponível em seu novo *site* institucional.

■ Fórum de Debates On-Line

Para o associado que não puder se deslocar até a Capital ou não pôde ir ao último Fórum de debates, a SPR disponibilizou a consulta *on-line* dos casos clínicos discutidos. Consulte.

O sistema Aula-Vox tem conectado reumatologistas de todo o Estado de São Paulo e também de outros Estados.

■ Revista Paulista de Reumatologia

Veja todos os números já publicados. Eles estão disponíveis para consulta em PDF. A leitura é feita por meio do programa Acrobat Reader. Caso não o tenha instalado em seu computador, há instruções no *site* de como obtê-lo gratuitamente.

Envie sugestões e críticas sobre o *site*, a revista e a programação. Dê sua opinião. Participe.

Envie resumos de artigos para o e-mail: reumatologiasp@reumatologiasp.com.br ou pelo fax: (0xx11) 3284-0507.



SISTEMA DE SAÚDE COMPLEMENTAR

Aquilo que pretendia ser apenas uma mudança de ordem administrativa na relação entre prestadores e operadoras de planos de saúde se transformou em uma enorme polêmica com grande destaque na imprensa, através de reportagens e editoriais nos principais jornais e revistas, pois trouxe à tona um importante aspecto da relação médico-paciente: o sigilo profissional.

Com objetivos interessantes, a Agência Nacional de Saúde implantou a Troca de Informações em Saúde Suplementar (Tiss), visando a desburocratizar todo o processo operacional da saúde suplementar. Ao uniformizar os formulários, pretende padronizar as informações, inclusive dados epidemiológicos, que podem orientar políticas públicas de controle e prevenção de moléstias. Esse novo documento de informações oferece também maior agilidade na obtenção de autorização para consultas e procedimentos, com possibilidade de redução das glosas. No entanto, tem provocado atritos entre a comunidade médica e as operadoras de planos de saúde.

Outro ponto que tem causado receio aos médicos é o preenchimento do campo referente ao Código Internacional de Doenças (CID) no documento Tiss em papel, pelo risco potencial de acesso a essas informações pelas seguradoras, criando obstáculos para a realização de procedimentos dispendiosos ou mesmo sanções, como o descredenciamento de médicos que os solicitam, além de estigmatizar o paciente no caso de doenças crônicas e/ou infectocontagiosas. Dessa forma, pode dificultar a adesão a novos planos de saúde ou troca de vínculos empregatícios.

As entidades médicas têm almejado um sistema que consiga simplificar a relação com as operadoras de saúde por meio da unificação dos formulários, mas sem comprometer outros importantes aspectos como a confiança do paciente em seu médico, em especial o sigilo – fator essencial para a adequada relação médico-paciente.

Assim, o Conselho Federal de Medicina, ao considerar que a prática fere o direito de sigilo sobre as condições de saúde do paciente, editou a Resolução n.º 1.819, que proíbe a divulgação e preenchimento do CID nas guias Tiss, bem como nas solicitações de exames. E alerta que os médicos devem acatá-la, sob pena de grave violação ética e passível de punições. Apenas com a ciência e concordância do paciente, é possível veicular o diagnóstico médico e código correspondente.

Diante disso, e como a resolução do CFM tem força de lei, na qual a classe médica pode apoiar-se, a ANS divulgou uma nota esclarecendo que o preenchimento do CID nos formulários de papel só pode ser feito com a autorização expressa do paciente, caso contrário, o médico está proibido de fornecer essa informação, sob o risco de infringir o Código de Ética Médica.

Segundo a ANS, num futuro próximo, programado para 2008, os consultórios deverão ser informatizados utilizando formulários eletrônicos, que serão criptografados, tendo condições de manter sigilo sobre a identidade dos pacientes, aspecto que ainda não é assegurado nas guias de papel.

Ao lado, uma página do *Livro da Cirurgia*, de Roger de Salerno, mostrando pacientes em fila para receber tratamento médico. No século XII, a primeira escola de medicina da Europa foi fundada na cidade italiana de Salerno.

Ivone Minhoto Meinão

A RPR tem veiculado em suas edições a formação, atividades e a importância dos grupos de apoio para pacientes reumáticos no Brasil. Nesta edição, decidimos trazer uma experiência diferente. Convidamos o psicólogo Greg Garavanian para fazer um relato sobre a abordagem psicoeducacional em grupo de pacientes com dor crônica nos Estados Unidos. Garavanian é especialista em tratamento de pacientes com dor crônica e coordenador de um programa de restauração funcional na Califórnia. O modelo descrito por Garavanian é uma das principais intervenções adotadas para o manejo de dor crônica nos EUA.

O PAPEL DOS PROGRAMAS PSICOEDUCACIONAIS NO TRATAMENTO DOS PACIENTES COM DOR CRÔNICA

Por Greg Garavanian, psicólogo, PhD

Muitos médicos, fisioterapeutas e psicólogos acham desesperador tratar pacientes com dor crônica. Frequentemente, esses pacientes entram num ciclo negativo de inatividade, isolamento social, depressão e tornam-se dependentes de medicamentos. Os efeitos de viver com dor crônica são médicos, físicos e psicológicos. Infelizmente, o tratamento é geralmente direcionado para o ponto de vista médico, falhando em abordar os outros importantes aspectos funcionais dos pacientes e contribuindo para o ciclo negativo que esses desenvolvem.

Nos centros *Bay Area Pain e Wellness Center* na cidade de Los Gatos (Califórnia), localizada 80 quilômetros ao sul de São Francisco, desenvolve-se uma abordagem multidisciplinar no tratamento de dor crônica. O tratamento mais intensivo ocorre no Programa de Restauração Funcional (PRF), que dura 200 horas. Os pacientes selecionados para este programa são aqueles refratários aos tratamentos convencionais. Desempregados e vivendo com aposentadorias miseráveis, fisicamente descondicionados, deprimidos, ansiosos e tomando altas doses de opióides, muitos deles desistem de ter uma vida “normal” novamente e vivem num estado crônico de desesperança e desamparo.

O PRF é basicamente educacional. Os pacientes aprendem sobre meios não-medicamentosos de manejar a dor enquanto se tornam fisicamente condicionados e reduzem ou eliminam o uso de medicamentos. Um graduando bem-sucedido do programa torna-se confiante de que pode manejar a dor e seguir sua vida apesar da doença. Essa confiança vem de encontro às atitudes do paciente antes de começar o PRF. O tratamento é multidisciplinar, com igual importância para a condição médica, física e psicológica. Este artigo tem ênfase nos componentes psicológicos.

Quando o médico acredita que o paciente pode beneficiar-se de um PRF, ele é avaliado por uma equipe multidisciplinar. A avaliação consiste em um dia inteiro de entrevistas com médicos, fisioterapeutas e psicólogos e, potencialmente, com outros pacientes que já estão realizando o programa. No final do dia, os profissionais de saúde, juntamente com o paciente, encontram-se para delinear o plano de tratamento. Assim, os pacientes são criteriosamente selecionados para o PRF. Os profissionais escolhem, apenas, os pacientes preparados para aceitar a condição de dor crônica e aptos a desempenhar papel prático nessa condição. O psicólogo tenta determinar se o paciente será capaz de ter bom relacionamento com os outros pacientes e de tentar uma abordagem diferente para sua dor, o que implica realizar exercícios e aprender técnicas não-medicamentosas.

Os pacientes no PRF assistem a aulas diárias com psicólogos que abordam diferentes tópicos em cada sessão. As duas semanas iniciais são uma introdução ao tema “Dor Crônica”, com informações sobre as diferenças entre dor aguda e crônica, assim como sobre o processo de pesar e depressão envolvidos na dor crônica. Uma semana é dedicada a como lidar com episódios de recaída da dor, utilizando ampla variedade de intervenções não-medicamentosas.

A semana subsequente foca nos estilos de pensar e dor crônica. Nessa semana, o psicólogo ensina aos pacientes como usar estratégias

cognitivas para evitar emoções negativas. Na quinta semana, os pacientes são ensinados a melhor se comunicar, tanto intencional como não-intencionalmente, sobre sua dor. Comunicação direta e assertiva é enfatizada com uma maneira de manter baixos os níveis de estresse e dor. Na sexta semana, é discutido sobre o sono e sobre técnicas não-medicamentosas para ter uma boa qualidade do sono. A sétima semana é centrada na relação entre estresse e dor e na tentativa de ajudar os pacientes a identificarem os principais fatores estressantes e como conduzi-los. Os pacientes também são encorajados a usar seus suportes espirituais e crenças para enfrentar os estressores não passíveis de mudança. A última semana tem por objetivo ajudar os pacientes a atingir o equilíbrio de vida por meio de ampla variedade de atividades e autocuidado. Durante essa semana, eles são encorajados a pensar sobre o que eles estão fazendo para atingir o significado de viver.

Além da educação, as aulas com os psicólogos representam um ambiente encorajador, no qual os pacientes se encontram e, juntos, pensam em como começar a lidar melhor com a dor. Todas as sessões do PRF são em grupo e ajudam a vencer o ciclo de isolamento social. As relações iniciadas entre os pacientes são o “gatilho” para que eles comecem a se relacionar melhor com a família, amigos e outras pessoas que participavam do convívio antes do processo doloroso. Como os pacientes iniciam o PRF em tempos diferentes, há também uma tendência para a formação dinâmica de liderança. Os pacientes seniores que resistiram à ansiedade inicial e estão realizando com êxito as medidas não-medicamentosas ensinadas pelo programa asseguram aos outros pacientes que o programa funciona e os encorajam a enfrentar o medo de reduzir as medicações, a exercitar e a usar as técnicas não-medicamentosas para manejar a dor. Quando os novos pacientes questionam os conceitos do programa, os instrutores geralmente pedem aos seniores que relatem suas experiências.

Há um ambiente encorajador e de suporte cultivado nos grupos. Pacientes que perturbam ou que não praticam os conceitos do PRF são excluídos do programa. Isto tem efeito tanto para manter os pacientes “na linha” como para transmitir aos outros membros que o grupo é reservado para aqueles que genuinamente querem aprender outros meios de abordar a dor. Os membros do grupo tipicamente formam relações e ganham perspectivas entre si. Esta perspectiva é, às vezes, a profunda realização de que ele ou ela não está sozinho(a) e sofrendo com dor crônica. Os pacientes enfatizam que estar em grupo ajuda a se sentirem gratos pelo que tem e não focar em suas perdas. Além disso, inspiram-se uns nos outros. É convincente ver um paciente com dor crônica significante conseguir eliminar as medicações, iniciar um programa de exercícios e enfrentar os antigos medos.

Há vários fatores que contribuem para o sucesso dos participantes do PRF. Embora cada um desses fatores tenha um papel crítico, pode-se argumentar que o componente crucial é a relação que os pacientes desenvolvem entre si. A oportunidade de aprender com o outro, confortar-se entre si, inspirar-se no outro e ainda alegrar-se. Isso tudo é o que continua trazendo os pacientes de volta ao programa todos os dias.

NACIONAIS

Jornada de São José do Rio Preto

Data: 10 e 11 de agosto de 2007

Local: São José do Rio Preto, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

Jornada de São Carlos

Data: 18 de agosto de 2007

Local: São Carlos, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

Jornada de Botucatu

Data: 23 de agosto de 2007

Local: Botucatu, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

Jornada de Marília

Data: 24 e 25 de agosto de 2007

Local: Marília, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

XVI Jornada Cone Sul de Reumatologia e XIX Jornada Brasileira de Reumatologia

Data: 6 a 8 de setembro de 2007

Local: Blumenau, SC

Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

Curso de Ultra-som da Sociedade Paulista de Reumatologia – Euler Certificated

Data: 21 a 23 de setembro de 2007

Local: São Paulo, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

Jornada de Santos

Data: 28 e 29 de setembro de 2007

Local: Santos, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

II Curso de Revisão em Reumatologia (para clínicos)

Data: 19 e 20 de outubro de 2007

Local: Associação Paulista de Medicina, São Paulo, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

Ação Reumato – Edição II

Data: 28 de outubro de 2007

Local: Parque Villa-Lobos, São Paulo, SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

XIX Jornada Paulista de Reumatologia

e XVII Encontro Rio-São Paulo de Reumatologia

Data: 6 a 8 de dezembro de 2007

Local: São Paulo – SP

Contato: www.reumatologiasp.com.br

INTERNACIONAIS

V Congresso do Colégio Ibero-Americano de Reumatologia (Ciar)

Data: 21 a 23 de agosto de 2007

Local: Buenos Aires, Argentina

X Congresso Internacional do Cone Sul

Data: 13 a 15 de setembro de 2007

Local: Buenos Aires, Argentina

29.º Encontro da American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR)

Data: 16 a 20 de setembro de 2007

Local: Honolulu, Havaí, EUA

Contato: www.asbmr.org

71.º Congresso do Colégio Americano de Reumatologia (ACR)

Data: 6 a 11 de novembro 2007

Local: Boston, EUA

Contato: www.rheumatology.org



2008

NACIONAIS

XVII Congresso Brasileiro de Reumatologia

Data: 17 a 20 de setembro de 2008

Local: Maceió, AL

Contato: www.reumatologia.com.br/eventos

INTERNACIONAIS

VII Congresso Europeu de Reumatologia (Eular)

Data: 11 a 14 de junho de 2008

Local: Paris, França

Contato: www.eular.org

XV Congresso Pan-Americano de Reumatologia (Panlar)

Data: 13 a 16 de agosto de 2008

Local: Cidade da Guatemala, Guatemala

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:

TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES (9 DE MAIO DE 2007)

Tema: "Miopatias Inflamatórias na Infância". O Terceiro Fórum ocorreu em dia muito frio e durante a visita do papa Bento XVI a São Paulo, entretanto, a discussão dos casos alcançou altas temperaturas em virtude da excelência de qualidade dos professores envolvidos

Coordenação: dra. Maria Odete E. Hilário (Unifesp-EPM)

Debatedores: dra. Maria Teresa R. A. Terreri (Unifesp-EPM), dra. Cláudia Goldenstein Schainberg (HC-FMUSP), dra. Adriana Maluf Elias Salum (Instituto da Criança-FMUSP) e dr. Cláudio A. Len (Unifesp-EPM)

QUARTO FÓRUM DE DEBATES (27 DE JUNHO DE 2007)

Tema: "Complicações Osteometabólicas Pós-Cirurgia Bariátrica". O Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE-FMO) realizou o último Fórum de Debates do primeiro semestre de 2007. O tema, de grande relevância nos dias atuais, foi debatido, de forma inusitada, pela família "Pinheiro". Os especialistas discutiram os principais tipos de cirurgias aprovadas para

o tratamento da obesidade, bem como as repercussões clínicas na absorção de micro e macronutrientes, com especial ênfase sobre o metabolismo de cálcio e vitamina D. Além disso, aspectos sobre a composição corporal, avaliada pela densitometria óssea, também foram lembrados. A participação de regionais do interior e litoral do Estado foi importante para o sucesso do evento.

Coordenação: dra. Elaine de Azevedo (HSPE-FMO) e dra. Nafice Costa Araújo (HSPE-FMO)

Apresentação: dra. Ana Maura (HSPE-FMO)

Debatedores: dr. Marcelo M. Pinheiro (Unifesp-EPM), dra. Keila Ariadne Vilela Paranaíba Pinheiro (endocrinologista do Grupo de Obesidade do HSPE-FMO) e dr. José Carlos da Silveira Pinheiro Filho (cirurgião bariátrico do HSPE-FMO)

Obtenha mais informações pelo telefone 0++11/3284-0507.

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.



TERCEIRO FÓRUM DE DEBATES: (1) a partir da esquerda, dra. Maria Teresa R. A. Terreri, dr. Cláudio A. Len, dra. Adriana Maluf Elias Sallum, dra. Cláudia Goldenstein Schainberg. QUARTO FÓRUM DE DEBATES: (2) a partir da esquerda, dra. Anna Maura F. Fernandes, dr. Marcelo de Medeiros Pinheiro, dra. Elaine de Azevedo, dra. Keila Ariadne Vilela Paranaíba Pinheiro, dr. José Carlos da Silveira Pinheiro Filho, dra. Nafice Costa Araújo; (3) visão geral da plateia.

XIII ENCONTRO DE REUMATOLOGIA AVANÇADA

Entre os dias 24 e 26 de maio ocorreu em São Paulo um dos eventos mais tradicionais da SPR e da reumatologia brasileira, ressaltando o que há de mais recente na produção científica nacional. Foi a décima terceira edição e contou com a presença de mais de 500 participantes. Dois convidados norte-americanos, John Reveille e John Bilezikian, foram uma das grandes atrações do evento. O primeiro apresentou os dados do Projeto Lumina e o Lúpus, bem como a genética das espondiloartropatias. O segundo abordou a temática da osteoporose em homens e os agentes anabólicos para o tratamento da osteoporose. O dr. Cláudio Luiz Lottenberg, do Hospital Albert Einstein, proferiu a palestra de abertura e discutiu, muito bem, o uso de medicações de alto custo e a política pública de saúde e a reumatologia. As pesquisas básicas (genotoxicidade do PTH, expressão anômala de auto-antígenos em órgãos alvos de doenças auto-imunes, alterações intestinais de camundongos relacionadas ao uso de AINHS) e clínicas (alterações cardiovasculares e mortalidade nas doenças auto-imunes, fatores de risco para aterosclerose na artrite reumatóide, avaliação de risco tradicional e não-tradicional em pacientes com SAF primária, avaliação não-invasiva da parede arterial no lúpus e a mortalidade no LES) foram ressaltadas, bem como temas musculoesqueléticos relacionados à infância e adolescência (avaliação ultrassonográfica do quadril em crianças com ALJ, prática de tênis e composição corporal em adolescentes, avaliação do metabolismo ósseo e composição corporal em pacientes com dermatomiosite juvenil). Os instrumentos de avaliação nas doenças reumáticas, com especial ênfase para a fibromialgia, doença de Behçet, LES e pé doloroso no idoso, também foram revisados pelos palestrantes. Além disso, é importante ressaltar as duas iniciativas, muito interessantes, da SPR para esse encontro. O debate de prós e contras sobre o "uso da glicosamina na osteoartrite" mobilizou a platéia e muito entusiasmou os dois palestrantes. O "dia-a-dia do consultório", com aspectos de como gerenciar o consultório, quais os principais aspectos jurídicos e como melhor se relacionar com convênios e promover o marketing pessoal, agregaram bastante e devem ser incorporados e utilizados pelos reumatologistas presentes. A comissão científica, liderada pela Cláudia Schainberg, está de parabéns.



XIII Encontro de Reumatologia Avançada: (1) Abertura do evento. A partir da esquerda, dr. Claudio Luiz Lottenberg, dr. Ari Stiel Radu Halpern e dr. Fernando Neubarth; (2) Abertura do evento. Visão geral da platéia; (3) dra. Eloisa Silva Dutra de Oliveira Bonfá, dr. John D. Reveille e dr. Ari Stiel Radu Halpern; (4) mesa-redonda: alterações cardiovasculares e mortalidade nas doenças auto-imunes. Dra. Deborah Colluci Cavalcanti de Souza, dr. Alexandre Wagner Silva de Souza, dr. Eduardo Ferreira Borba Neto, dr. Flávio Calil Petean, dr. Ivânio Alves Pereira e dr. Aleksander Snioka Prokopowitsch; (5) dr. John Bilezikian; (6) visão geral da platéia.

I FÓRUM DE NOVOS RECURSOS TERAPÊUTICOS EM REUMATOLOGIA: A SBR NA DÉCADA DO OSSO E DA ARTICULAÇÃO E NA ERA DOS BIOLÓGICOS

Nos dias 13 e 14 de julho, na cidade de São Paulo, foi realizado o grande fórum de debates sobre novos recursos em reumatologia. Um evento institucional e patrocinado pela SBR, isento de ônus para os associados. O objetivo do fórum foi compartilhar essa nova realidade do nosso arsenal terapêutico, especialmente as diferenças regionais e tentar definir ações conjuntas para fortalecer as estratégias de acesso.

A necessidade de melhor compreender aspectos de farmacoeconomia e o uso racional destes recursos, diante de novas tecnologias terapêuticas e em um país com graves e grandes diferenças socioeconômicas, foi trazida à baila pelos palestrantes. Além disso, discutiu-se também sobre os principais aspectos éticos envolvidos, bem como a defesa profissional, economia da saúde, questões judiciais, a infusão como procedimento médico, a criação desordenada de centros de infusão, qual a melhor forma de dispensação das medicações e a visão constitucional de todo o processo. Todos os imunobiológicos (infiximabe, etanercepte, adalimumabe, rituximabe e abatacepte) e os agentes que atuam sobre o tecido ósseo (ibandronato, teriparatida e ácido zoledrônico) foram discutidos com relação ao binômio custo-benefício. E, ao final, ocorreu o grande fórum de debates com a participação expressiva da platéia presente.



FÓRUM DE NOVOS RECURSOS TERAPÊUTICOS EM REUMATOLOGIA – A SBR NA DÉCADA DO OSSO E DA ARTICULAÇÃO E NA ERA DOS BIOLÓGICOS: (1) Abertura do Evento. Dr. Fernando Neubarth, presidente da Sociedade Brasileira de Reumatologia; (2) a partir da esquerda, dr. João Carlos Tavares Brenol, dr. José Goldenberg, dr. Fernando Neubarth, dr. Wiliam Habib Chahade; (3) visão geral da platéia.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

A CBHPM foi aprovada pela Câmara dos Deputados e tem grande chance de aprovação no Senado Federal. A CBHPM já é referência no Rol de Procedimentos e Serviços Médicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). No momento, a ANS realiza a Consulta Pública nº 27 sobre proposta de resolução normativa que atualiza o Rol de Procedimentos e Serviços Médicos (www.ans.gov.br). Colabore enviando seus comentários e sugestões sobre esse assunto para a SPR. No dia 21 de junho, em São Paulo, ocorreu o encontro com o presidente da Câmara dos Deputados, o médico e deputado federal Arlindo Chinaglia e as Entidades Médicas do Estado de São Paulo, para discutir esse assunto.

NOTA DE FALECIMENTO

É com grande pesar que comunicamos que o dr. Antônio Carlos Araújo de Souza, presidente da Sociedade Brasileira de Densitometria Clínica (SBDENS), faleceu no acidente aéreo (vôo da TAM 3054), em 17/7/2007, em São Paulo.

Sentimos a perda do colega, que muito contribuiu com a densitometria óssea brasileira e foi um dos fundadores da SBDENS.

II CAMINHADA PELO DIA MUNDIAL DA FIBROMIALGIA

A II Caminhada pelo Dia Mundial da Fibromialgia ocorreu no dia 20 de maio, no Parque Villa-Lobos, em São Paulo. Mais uma vez o evento cumpriu seu papel, informar a população a respeito dessa doença e salientar a importância do reumatologista para o diagnóstico e tratamento da enfermidade. Novamente, para celebrarmos essa data, a caminhada e a atividade física foram escolhidas, por serem instrumentos importantes no tratamento da fibromialgia. Embora o dia estivesse nublado, houve o comparecimento de grande público que se interessou pelo assunto “fibromialgia” e pôde tirar suas dúvidas com os médicos reumatologistas lá presentes. Esse evento foi a forma encontrada para lembrarmos o Dia Mundial da Fibromialgia, datado em 12 de maio em homenagem ao nascimento de Florence Nightengale, a enfermeira inglesa que ficou famosa por seu árduo trabalho durante a guerra da Criméia e que inspirou a fundação da Cruz Vermelha. Ela própria apresentava uma forma grave de síndrome da fadiga crônica e fibromialgia. O evento foi promovido pelo Comitê de Dor e Fibromialgia da SBR, com apoio da SPR, Grupasp e Apsen Farmacêutica. Parabéns ao dr. Roberto Heymann e a todo o grupo pelo sucesso do evento!



II CAMINHADA PELO DIA MUNDIAL DA FIBROMIALGIA: (1) dr. Roberto E. Heymann na abertura do evento; (2) sessão de alongamento/exercícios. (Até o Daniel entrou na dança. De quem será essa barriga?); (3) visão geral do público presente.



CAPA: Jean Desire Gustave Courbet nasceu em 10 de junho de 1819 em Ornans, pequena cidade francesa situada no vale do Rio Loue, próxima à Suíça. Descendente de tradicional família burguesa que facilitou sua formação artística e cultural, começou a pintar aos 14 anos de idade por influência de “Pere” Baud, herdeiro do pintor neoclássico Baron Gros. Mudou-se para Besançon e logo depois para Paris, centro europeu de arte, cultura, política e economia na metade do século XIX. Nos dez primeiros anos de sua vida profissional, não obteve o devido reconhecimento do público e permaneceu quase inteiramente desconhecido e dependente do dinheiro de sua família. Conheceu Virginia Binet e teve seu primeiro filho em 1847. Mas, somente em 1848, foi descoberto por um negociante holandês entusiasta de seu trabalho. Falante, boêmio e *bon vivant*, possuía um grande círculo de amigos em toda a Europa, conhecidos como “Templo do Realismo” (descrição do estilo de arte e literatura, filosofia e aspectos sociais). Muitas vezes, sentia solidão profunda e chegou a escrever: “*Behind this laughing mask of mine which you know, I conceal grief and bitterness, and a sadness which clings to my heart like a vampire. In the society in which we live, it doesn't take much to reach the void*”. Partidário do povo e da insurreição popular, foi vencedor da medalha de ouro com o quadro *After Dinner at Ornans*, após a queda da segunda República. Outras obras importantes foram *Burial at Ornans* (1850-1851, Salon). Diversas vezes recusou, com indignidade, qualquer participação em agremiações partidárias ou prêmios do governo, com a premissa de manter a liberdade intelectual de sua arte e pensamento, bem como não concordar com o sistema de governo vigente e a guerra franco-prussiana. Em 1855, mostrou uma seleção de obras do realismo, entre as quais *The Painter's Studio* (um monumental quadro de seu estúdio, com mistura de amigos e personagens simbólicos). Nessa época, muitos de seus amigos haviam sido presos ou exilados, durante a revolução, por sua posição e aprendizado socialista. Após 1855, foi reconhecido como celebridade fora de Paris. Começa a pintar com o jovem Monet. Em 1871, foi condenado à prisão por seis meses em Sainte-Pelagie, devido a seu envolvimento na destruição da coluna da Praça Vendome, um monumento em homenagem às vitórias de Napoleão. Mas, logo após, foi transferido para uma clínica em Neuilly, pois sofria de “forte” reumatismo (crises “terríveis” de gota) e problemas hepáticos. Morreu no último dia de 1877. Em 1919, seus restos mortais retornaram à França (Ornans), como último desejo do pintor.