

# Figuras e Factos da Acta Reumatológica Portuguesa\* 1973 - 2012

## UMA VISÃO PESSOAL

*\*Este texto resulta da conferência dada por Mário Viana de Queiroz no âmbito da celebração dos 40 anos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, a 6 de Janeiro de 2012, a convite do presidente da Direcção desta Sociedade, Luís Maurício.*

A 6 de Janeiro de 1972, ano em que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) foi fundada, já eu trabalhava com Assunção Teixeira, Robert Martins e João Figueirinhas, no Instituto Português de Reumatologia.

Porque era muito difícil e subjectivo historiar a Acta Reumatológica Portuguesa (ARP), optei por analisar algumas figuras e factos que se distinguiram ao longo dos últimos quase 40 anos de publicação desta revista.

A metodologia seguida neste trabalho incluiu as seguintes opções:

1. citar, pelo menos, um artigo por cada ano civil (escrutinámos milhares de trabalhos e seleccionámos, por condicionalismos relacionados com o tempo de exposição, apenas 52);
2. privilegiámos os estudos epidemiológicos, as adaptações para a língua portuguesa de diversos questionários, as grandes séries de diversas doenças reumáticas e os trabalhos de investigação premiados;
3. a selecção dos trabalhos obedeceu a uma visão pessoal, seleccionando-se aqueles que mais despertaram a nossa atenção e interesse, podendo assim terem sido excluídos outros trabalhos de valor científico idêntico ou superior aos trabalhos seleccionados.

### O início

O primeiro número da ARP surgiu no terceiro trimestre de 1973, na primeira Direcção da SPR, sendo Manuel Assunção Teixeira o presidente e o editor da ARP Robert Pereira Martins.

A primeira Direcção da SPR, no biénio de 1972 - 1973, era constituída por Assunção Teixeira, presidente como já referimos, José Mendonça da Cruz, vice-presidente; Robert Martins, secretário-geral; Yolanda Guerra, secretária-geral adjunta; João Aires Figueirinhas,

tesoureiro; Neiva Vieira, delegado à EULAR (European League Against Rheumatism); e Luís de Pap, delegado à ILAR (International League Against Rheumatism). O presidente da Assembleia Geral era Fernando da Fonseca.

Assunção Teixeira foi o pioneiro da reumatologia portuguesa. Conjuntamente com Olímpio Dias (cirurgião) e com uma Bolsa de Estudo do governo português, efectuou diversos estágios em serviços europeus de Reumatologia de grande qualidade, tendo depois regressado a Portugal e fundado o Instituto Português de Reumatologia, berço da reumatologia nacional.

Assunção Teixeira viria a ser líder a nível mundial da Reumatologia Preventiva, o que lhe valeu, entre outras distinções, a honra de encerrar em Lisboa, em Dezembro de 1977, o Ano Mundial do Reumatismo, uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde e da ILAR. No nosso entendimento, o Instituto Português de Reumatologia deveria denominar-se Instituto Português de Reumatologia Dr. Assunção Teixeira, preservando, assim, a sua memória.

Mendonça da Cruz fez a sua formação reumatológica em Nova Iorque, no Hospital for Special Joint Surgery. No seu regresso a Portugal, trabalhou no Hospital de Santa Marta, no Serviço do Dr. Carlos George, e depois foi consultor do Serviço do Prof. Eduardo Coelho, no Hospital de Santa Maria.

Robert Martins foi a alma da fundação da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, em 6 de Janeiro de 1972. Mais tarde desempenhou um papel fundamental na criação da especialidade de Reumatologia em 1977 e do internato médico desta especialidade em 1980. Robert Martins foi, também, o fundador da Liga Portuguesa contra o Reumatismo. Como já dissemos e escrevemos em ocasiões anteriores, por tudo o que fez pela reumatologia portuguesa, foi o maior presidente da SPR.

Yolanda Guerra distinguiu-se pela sua grande dedicação aos doentes.



**Mário Viana de Queiroz**

Reumatologista



Primeiro número da Acta Reumatológica Portuguesa (Terceiro Trimestre de 1973)

## RESULTADOS POSITIVOS



## RESULTADOS POSITIVOS



**MabThera®: mais eficaz que um 2º anti-TNF\*\* após resposta inadequada ao 1º anti-TNF<sup>3,4</sup> e mais eficaz na AR seropositiva<sup>1,2</sup>**

Jan 2012 - 2294

**MabThera 100 mg ou 500 mg concentrado para solução para perfusão.** Frasco para injectáveis para administração única com 10mg/ml de rituximab. Excipientes: citrato de sódio, polissorbato 80, cloreto de sódio, hidróxido de sódio, ácido clorídrico, água para preparações injectáveis. **Indicação terapêutica:** MabThera em associação com o metotrexato é indicado no tratamento dos doentes adultos com artrite reumatóide activa, grave, que tiveram resposta inadequada ou foram intolerantes a outros fármacos anti-reumáticos modificadores da doença, incluindo uma ou mais terapêuticas inibidoras do factor de necrose tumoral. MabThera demonstrou reduzir a taxa de progressão das lesões articulares medida por raios x e melhorar a função física, quando administrado em associação com o metotrexato. **Posologia:** 1000 mg por perfusão intravenosa (IV), seguida de uma 2ª de 1000 mg, 2 semanas depois (um ciclo). A necessidade de ciclos adicionais deve ser avaliada 24 semanas após o ciclo anterior. O re-tratamento deve ser realizado nessa altura se a actividade residual da doença permanecer. De outro modo, o re-tratamento deve ser adiado até que a actividade da doença regresse. Deve ser dado aos doentes tratados com MabThera o cartão de alerta do doente em cada perfusão. A segurança e eficácia de MabThera em crianças ainda não foram estabelecidas. Para informação sobre a velocidade de perfusão e outras populações especiais, consultar o RCM. **Administração:** A solução preparada de MabThera deve ser administrada por perfusão IV, num ambiente que tenha disponíveis de imediato todos os meios de ressuscitação, e sob a estrita supervisão de um médico experiente. Não administrar por injecção IV rápida ou bólus. Antes de cada perfusão de MabThera, administrar um antipirético, um anti histamínico e 100 mg de metilprednisolona por via IV (30 minutos antes da perfusão de MabThera), para reduzir a incidência e gravidade de reacções à perfusão. Os doentes devem ser monitorizados quanto ao desenvolvimento da síndrome de libertação de citoquinas. Os doentes que desenvolvam evidência de reacções graves, em especial dispneia grave, broncospasma ou hipóxia devem, de imediato, interromper a perfusão. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade ao medicamento ou às proteínas murinas, infecções activas graves, doentes gravemente imunocomprometidos, insuficiência cardíaca grave ou cardiopatia não controlada grave. **Advertências e precauções:** A utilização de MabThera não é recomendada em doentes não tratados previamente com metotrexato. MabThera está associado a reacções relacionadas com a perfusão (RRP), que poderão estar relacionadas com a libertação de citoquinas e/ou outros mediadores químicos. Foram notificadas RRP graves com desenlace fatal. Devem estar disponíveis, para utilização imediata, os medicamentos necessários ao tratamento destas reacções. A presença de anticorpos anti-quiméricos humanos pode estar associada ao agravamento das reacções alérgicas ou à perfusão, após a 2ª perfusão em ciclos de tratamento subsequentes. Monitorizar os doentes com cardiopatias e os que desenvolveram anteriormente reacções adversas cardiopulmonares. Deve considerar-se o risco de complicações cardiovasculares. Podem ocorrer infecções graves, incluindo fatais. Os níveis de imunoglobulinas devem ser determinados antes de se iniciar o tratamento com MabThera. Aumento do risco de Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva (LMP). Monitorizar o doente; a terapêutica poderá ter que ser suspensa/interrompida. Muito raramente foram notificados casos de LMP. A vacinação deve ser finalizada pelo menos 4 semanas antes da 1ª administração. Não se recomendam vacinas com agentes virais vivos durante o tratamento com MabThera e período de depleção das células B. Deve ser sempre realizado o rastreio do VHB nos doentes em risco de infecção pelo VHB antes do tratamento com MabThera. Monitorizar cuidadosamente os doentes portadores de hepatite B e com história de hepatite B durante e por vários meses após a terapêutica com MabThera. Não é recomendada a utilização concomitante de outras terapêuticas anti-reumáticas, para além das especificadas na indicação e posologia. O risco potencial de desenvolvimento de tumores sólidos não pode ser excluído. **Efeitos indesejáveis:** Infecção do tracto respiratório superior, infecções do tracto urinário, reacções relacionadas com a perfusão (hipertensão, náuseas, erupção cutânea, piroxia, prurido, urticária, irritação da garganta, afrontamentos, hipotensão, rinite, arrepios, taquicardia, fadiga, dor orofaríngea, edema periférico, eritema, edema generalizado, broncoespasmo, sibilos, edema da laringe, edema angioneurótico, prurido generalizado, anafilaxia, reacção anafilactóide) incluindo casos graves com desenlace fatal, cefaleia, bronquite, sinusite, gastroenterite, tinha do pé, hipercolesterolemia, parestesia, enxaqueca, tonturas, ciática, alopecia, depressão, ansiedade, dispepsia, diarreia, refluxo gastroesofágico, ulceração da boca, dor abdominal superior, artralgia, dor musculoesquelética, osteoartrite, bursite, LMP, reacção da hepatite B e reacção tipo doença do soro, angina de peito, fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio e flutter auricular. **Representado em Portugal por Roche Farmacêutica Química, Lda., Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda. Dezembro 2011**

1. Chatzidionysiou K. et al., Efficacy of Rituximab retreatment in clinical practice: data from the CERERRA collaboration, Ann Rheum Dis, 2010, 69, Suppl. III. 2. Haraoui B. et al., The efficacy of Rituximab in RA patients after an inadequate response to one TNF inhibitor-final results from the RESET study, Ann Rheum Dis 2010; 69 (Suppl 13): 682. 3. A. Finckh et al., Which subgroup of patients with rheumatoid arthritis benefits from switching to rituximab versus alternative anti-tumour necrosis factor (TNF) agents after previous failure of an anti-TNF agent?. Ann Rheum Dis: 2010; 69:387-393. 4. Gomez-Reino et al., Rituximab compared with further tumor necrosis factor (TNF) antagonist therapy in rheumatoid arthritis (RA) patients who had previously failed TNF antagonist therapy: results of a prospective, observational study. Ann Rheum Dis 2009;68(Suppl3):442.

# nome fictício; \* Artrite reumatóide activa e grave; \*\* Na redução da actividade da artrite reumatóide activa e grave; FR+: Factor Reumatóide positivo; Anti-CCP+: Anticorpo Anti-Péptido Citrilinado positivo; RI: Resposta Inadequada; MTX = Metotrexato.



Reumatologistas e internos da especialidade de Reumatologia da Unidade de Reumatologia do Serviço de Medicina IV do Hospital de Sta. Maria, em Outubro de 1983. Da direita para a esquerda: Melo Gomes, José Pimentão, Espírito Santo, Canas da Silva, Jaime Branco, José Alberto Pereira da Silva, Viana de Queiroz, Guilherme Figueiredo, Viviana Tavares, Teixeira da Costa, Alves de Matos, Estêvão Pape (interno do internato Geral) e Miranda Rosa

João Figueirinhas foi o braço direito de Robert Martins nas diversas iniciativas deste. Efectuou o primeiro estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal, em 1976, a que nos referiremos oportunamente.

Neiva Vieira fez a sua formação reumatológica em Londres, com o Prof. Copeman, e em Aix-les-Bains, com o Prof. Jacques Forestier. Neiva Vieira era, também, hidrologista e foi directora clínica nas Termas dos Cucos.

Luís de Pap foi professor de Reumatologia da Faculdade de Medicina de Budapeste, tendo sido, mais tarde, refugiado em Portugal, fugindo ao comunismo que assolava então os países da Europa de Leste e Central.

Fernando da Fonseca foi um dos médicos mais distintos da Medicina portuguesa de todos os tempos.

### O primeiro trabalho publicado na ARP

O primeiro trabalho publicado na ARP foi “Radiofotografia Osteoarticular e a Prevenção das Artroses”, da autoria de Assunção Teixeira, Moura Relvas e João Milheiro<sup>1</sup>. A radiofotografia usada com êxito no rastreio da tuberculose pulmonar foi adaptada por Assunção Teixeira e colaboradores, em 1970, para o estudo dos defeitos de posição, forma, estrutura e constituição osteoarticulares das crianças, com vista à prevenção de algumas artropatias crónicas do adulto.

Nesse mesmo número da ARP, Assunção Teixeira, Luís Faleiro, J. Palminha e M. Viana de Queiroz publicaram o estudo “Reumatismos da Infância e Juventude em Algumas Escolas Portuguesas”<sup>2</sup>. Nesse trabalho foram observadas 8082 crianças de 14 cidades do continente e ilhas, detectando-se doença reumática em 145 crianças (1,7%),

tendo 59 (0,9%) apresentado sintomas e sinais de cardiopatia valvular reumática; 7 (0,08%) artrite crónica juvenil e 79 (0,9%) afecções reumáticas diversas. A febre reumática, grande flagelo em Portugal nos anos 40, 50 e 60 do século XX, estava em vias de extinção, tendo Assunção Teixeira e colaboradores verificado uma significativa diminuição das cardiopatias valvulares reumáticas. Este trabalho, ou estudo idêntico a este, não voltou a ser efectuado, o que representa uma lacuna importante no que concerne à epidemiologia das doenças reumáticas da infância e da juventude em Portugal.

No biénio 1973-1975, a editora da ARP foi Yolanda Guerra e o presidente da SPR Mendonça da Cruz.

Em 1974, os estudos apresentados no I Congresso Português de Reumatologia, efectuado em Coimbra e dedicado à gota úrica, foram publicados nos números da ARP referentes ao 2º, 3º e 4º trimestres. Destacaram-se as conferências e os trabalhos de Pedro Barceló, então presidente da ILAR, Florian Delbarre, secretário-geral da ILAR, Calabro, Klinenberg, Dixon, Bacon, Schiavetti, Pipitone e outros grandes nomes da Reumatologia do tempo<sup>3</sup>.

Entre 1975 e 1977, a editora da ARP foi Georgette Banet e o presidente da SPR Loução Martins.

Em 1975, ano do PREC (Processo Revolucionário em Curso), Carlos Oliveira, ao tempo secretário de estado da Saúde, escreveu em editorial da ARP “Reumatologia, Democracia, Paz e MFA” o que agora e, já então, era no mínimo, curioso.<sup>4</sup>

Nesse mesmo ano, a lendária Nana Swartz e colaboradores escreveram sobre factores reumatóides num editorial da revista.<sup>5</sup>

## O primeiro trabalho publicado na ARP foi “Radiofotografia Osteoarticular e a Prevenção das Artroses”

1. Teixeira MA, Moura Relvas P, Milheiro J - A Radiofotografia Osteo-Articular e a Prevenção das Artroses. Acta Reuma. Port. 1 (1):7-20,1973
2. Teixeira MA, Faleiro L, Palminha J, Viana Queiroz M - Reumatismos da Infância e Juventude em Algumas Escolas Portuguesas. Acta Reuma Port. 1 (2):7-24, 1973
3. 1º Congresso Português de Reumatologia. Acta Reuma. Port.II (2)nos 4,5,6,1974
4. Carlos Oliveira - Reumatologia, Democracia, Paz e Movimento das Forças Armadas. Acta Reuma. Port. III(3):117-119, 1975
5. Svartz N, Hedman S, Lundmark K, Söderberg D - Acta Reuma. Port. III(3):79-83,1975

Em 1976, João Figueirinhas apresentou o primeiro estudo epidemiológico dos reumatismos em Portugal, incidindo sobre 24.803 utentes do Serviço Nacional de Saúde, observados por 432 clínicos gerais de todo o país. Sofriam de reumatismo 22,8% dos utentes.

As doenças reumáticas mais prevalentes foram a osteoartrose, a gota úrica e as sequelas da febre reumática.<sup>6</sup> Tratou-se de um trabalho notável e ainda não reproduzido na literatura médica portuguesa.

No período 1977-1979, o editor da ARP foi Galvão de Figueiredo e o presidente da SPR Robert Martins.

Em 1977, Loução Martins publicou o trabalho “Afeções Reumáticas, Invalidez e Absentismo da Segurança Social Portuguesa”, com três milhões de beneficiários, tendo concluído que as doenças reumáticas foram responsáveis por 17,8% de baixas, 9,26% do total das incapacidades permanentes e 41,2% das reformas antecipadas por invalidez.<sup>7</sup>

Em 1978, em editorial da ARP, Robert Martins escreveu “Um Plano de Educação Médica em Reumatologia.”<sup>8</sup> Este plano, a ser implementado, assentaria em cinco pontos fundamentais: 1) ensino da Reumatologia (pré-graduado, pós-graduado e permanente); 2) o exercício da especialidade (exame à Ordem dos Médicos para obtenção do título de especialista); 3) prática clínica da reumatologia, visando assegurar a cobertura reumatológica do país; 4) planificação científica fundamentalmente a cargo da SPR e 5) educação sanitária (prevenção das doenças reumáticas e diagnóstico precoce das mesmas). Como se constata este plano é flagrantemente actual e, felizmente, vem-se concretizando.

No biénio 1979-1981, o editor da ARP foi Luís Araújo Rego e o presidente da SPR Lopes Vaz.

Em 1979, Assunção Teixeira e colaboradores publicaram o trabalho “Defeitos Osteoarticulares Encontrados em 12.341 Crianças e Jovens Escolares e a Prevenção das Artroses” usando como instrumento de trabalho a radiografia do aparelho locomotor, a que já nos referimos. Os autores verificaram que os pequenos e médios defeitos de posição, forma e estrutura osteoarticulares, eram frequentes e semelhantes aos que os mesmos autores encontraram nos adultos já a sofrer de artroses secundárias.<sup>9</sup>

De 1980 a 1982, durante 3 anos, a ARP deixou de ser publicada por falta de material científico. Foi posta a circular de novo no 1º trimestre de 1983 por Robert Martins, que, a propósito, escreveu um editorial denominado “*Ressurrecta Est*”<sup>10</sup>

Se Robert Martins ressuscitou a ARP, a sua continuidade nos anos seguintes esteve quase

inteiramente nas mãos dos reumatologistas e dos internos da especialidade de reumatologia do Hospital de S. Maria que chegaram a preencher números completos com os seus trabalhos (fig. 5)<sup>11-21</sup> e outros quase completos.<sup>21-29</sup>

No biénio 1981-1983, o editor da ARP foi Araújo Rego e o presidente da SPR João Figueirinhas.

Em 1983, Mendes de Magalhães publicou “A Posição da Medicina Nuclear na Patologia Osteoarticular, designadamente em Reumatologia” e contribuiu para a difusão desta técnica na especialidade.<sup>30</sup>

Nos anos 1983-1985, o editor da ARP foi Viana de Queiroz e o presidente da SPR Galvão de Figueiredo.

Em 1984, Melo Gomes e colaboradores publicaram “Uma Casuística de 85 Doentes com Artrite Crónica Juvenil”<sup>31</sup>, e venceram o prémio Ciba Geigy de Reumatologia Luís de Pap 1983. Nesse estudo, dos 85 doentes observados, 9 (11%) tinham a forma de início poliarticular seropositiva; 21 (25%) a forma poliarticular seronegativa; 13 (15%) a forma sistémica e 42 (49%) a forma oligoarticular.

Em 1985, Teixeira da Costa e colaboradores publicaram uma casuística exaustiva de doentes com Síndrome de Sjögren Primário<sup>32</sup>, e venceram o prémio Ciba Geigy de Reumatologia Luís de Pap 1985. Foram objecto de estudo 22 doentes surgindo as manifestações articulares em 18 casos (82%). O envolvimento foi sempre poliarticular e geralmente simétrico, intermitente e bem controlado pelos anti-inflamatórios não esteróides. A biopsia das glândulas salivares minor do lábio, realizada em 21 doentes e a da parótida em 1, revelou um infiltrado linfo-plasmocitário sendo em 18 doentes das classes 2, 3 ou 4 de Tarpley.

No biénio 1983-1985, o editor da ARP foi Robert Martins e o presidente da SPR foi Luís Araújo Rego.

Robert Martins havia voltado à Direcção da SPR em 1983.

Em 1986, Miranda Rosa e colaboradores publicaram “Estudo da Articulação Atlóido-Odontoideia em 160 doentes com Artrite Reumatóide”, revelando que a lesão desta articulação surgiu em 20% dos doentes.<sup>33</sup>

O número de Junho de 1987 da ARP foi inteiramente dedicado à reumatologia pediátrica, e nele publicaram Barbara Ansell, pioneira da reumatologia pediátrica a nível mundial, Anne Marie Prieur, Malcolm Swann, Maria de Lurdes Levy, Evaristo Ferreira, Viana de Queiroz, José Alberto Pereira da Silva e Melo Gomes.<sup>34</sup>

Entre 1987 e 1989 o editor da ARP foi José Alberto Pereira da Silva e o presidente da SPR Georgette Banet.



Número 72 da Acta Reumatológica Portuguesa (Janeiro-Março de 1995)

6. Figueirinhas J – Estudo Epidemiológico dos Reumatismos em Portugal. Acta Reuma. Port. IV(1-2):23-56,1976
7. Martins ML – Afeções Reumáticas. Absentismo e Invalidez. Acta Reuma. Port. 5(3)1977
8. Martins R – Editorial. Acta Reuma. Port. 14(4):163-168, 1978
9. Teixeira MA – Defeitos Osteo-Articulares Encontrados em 12.341 Crianças e Jovens Escolares e a Prevenção das Artroses. Acta Reuma. Port. VII(3):117-136,1979
10. Martins R – Editorial. Resurrecta Est. Acta Reuma. Port. VIII (1):1-2, 1983
11. Acta Reuma. Port. XI(4),nº41,1986
12. Acta Reuma. Port. XI (4),nº42,1987
13. Acta Reuma. Port. XIII(4),nº49,1988
14. Acta Reuma. Port. XIV(1),nº50,1989
15. Acta Reuma. Port. XIV (2),nº51,1989
16. Acta Reuma. Port. XV(2),nº55,1990
17. Acta Reuma. Port. XV(4),nº57,1990
18. Acta Reuma. Port. XVI(2),nº59,1991
19. Acta Reuma. Port. XVII(1),nº62,1992
20. Acta Reuma. Port. XVII(2),nº63,1992
21. Acta Reuma. Port. XVII,nº64,1993
22. Acta reuma. Port. X(4),nº37,1985
23. Acta Reuma. Port. XIII(1),nº46,1988
24. Acta Reuma. Port. XIV(3),nº52,1989
25. Acta Reuma. Port. XV(1),nº54,1990
26. Acta Reuma. Port. XV(3),nº56,1990
27. Acta Reuma. Port. XVI(5),nº58,1991
28. Acta Reuma. Port. XVI(3),nº 6,1991
29. Acta Reuma. Port. XIX(1),nº70,1994
30. Mendes Magalhães E – A Posição da Medicina Nuclear na Patologia Osteo-Articular, Designadamente em Reumatologia. Acta Reuma. Port. VIII(4):196-206,1983
31. Melo Gomes J, Viana Queiroz M – Artrite Crónica Juvenil. Análise de uma Casuística de 85 Doentes. Acta Reuma. Port. IX(2):65-108,1984
32. Teixeira da Costa J, Sousa MC, Costa e Silva M, Gomes da Costa J, Odete Almeida M, Prudêncio AM, Couto A, Lopes MG, Sousa Ramalho P, Viana Queiroz M – Síndrome de Sjögren Primário. Acta Reuma. Port. X(4):185-232,1985
33. Miranda Rosa C, Rodrigues M, Viana Queiroz M – Estudo a Articulação Atlóido-Odontoideia em 160 Doentes com Artrite Reumatóide do Adulto. Acta Reuma. Port. XI(4):197-203,1986
34. Número Alusivo à Reumatologia Pediátrica. Acta Reuma. Port. XII(2),nº43,1987



Direção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia no biénio 1987-1989. Da esquerda para a direita: Gouveia de Almeida, José Alberto Pereira da Silva, Viana de Queiroz, Georgette Banet (presidente), Licínio Poças, Manuel Raposo e Ribeiro da Silva.

Em 1987, Alves de Matos e colaboradores publicaram “As Manifestações Reumáticas em Doentes com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise Iterativa”<sup>35</sup>, e venceram o prémio Ciba-Geigy de Reumatologia Luís de Pap 1987.

Foram estudados sob o ponto de vista reumatológico 60 doentes em hemodiálise iterativa, tendo-se verificado que as queixas músculo-esqueléticas mais frequentes foram as raquialgias (63%), as artralguas periféricas (55%), a fraqueza muscular (37%), a dor muscular (33%), a síndrome do túnel de tarso (23%), a dor óssea (22%) e a síndrome do túnel do carpo (18%). As artrites atingiram 5 doentes (8%), as tenosinovites 3 (5%) e as bursites 2 (3%). Verificou-se que os doentes que apresentavam maiores níveis de paratormona referiam mais artralguas, e que dos 5 doentes com artrites 4 tinham critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos de hiperparatiroidismo.

Em 1988, Jaime Branco e colaboradores publicaram “Estudo da Função Testicular em 26 Doentes com Artrite Reumatóide”<sup>36</sup> e ganharam um dos prémios das Jornadas de Atualização e Avanços em Reumatologia, 1988. O trabalho abrangeu 26 doentes do sexo masculino com artrite reumatóide, sendo as alterações sexuais mais frequentes nos doentes com a doença mais activa, nos indivíduos mais idosos e nos que estavam a tomar corticosteróides. A artrite reumatóide não inibiu a função testicular e o estudo dos valores das gonadotropinas pareceu indicar a existência de uma disfunção hipotalâmica.

Em 1989, foi criado o prémio Acta Reumatológica Portuguesa, de periodicidade bianual, para distinguir o melhor trabalho científico publicado na revista nos últimos 2 anos. O prémio foi atribuído pela primeira vez em 1988 a Miranda Rosa e colaboradores,

com o trabalho “Uma Casuística sobre Doença de Behcet”<sup>37</sup>. Os autores estudaram 22 doentes com doença de Behcet, verificando que as úlceras orais e as artrites foram as manifestações clínicas mais frequentes estando presentes em 21 doentes (96%).

As lesões oculares e as lesões cutâneas polimórficas ocorreram respectivamente em 13 (59%) e em 11 doentes (50%) e o sinal da picada foi registado em 8 (36%). O envolvimento do sistema nervoso central afectou 4 doentes (23%). O antígeno HLA-B5 surgiu em 8 doentes (47%) e o HLA-B27 em 4 (23%).

No biénio 1989-1991, o editor foi novamente José Alberto Pereira da Silva, sendo presidente da SPR Licínio Poças.

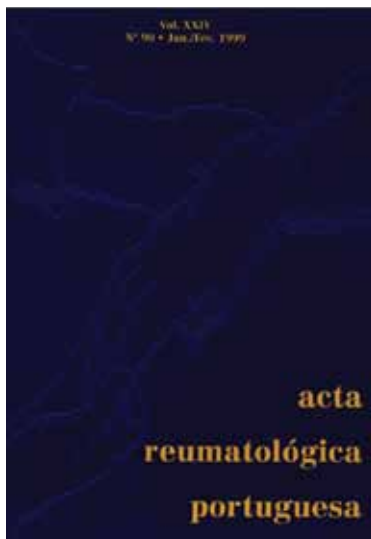
Em 1989, Jaime Branco e colaboradores publicaram o trabalho “Arterite Temporal de Células Gigantes e Polimialgia Reumática”<sup>38</sup> e venceram o prémio Acta Reumatológica Portuguesa 1990. O estudo envolveu 15 doentes com arterite temporal de células gigantes e 19 com polimialgia reumática. Em ambas as doenças foram colocados diagnósticos prévios incorrectos ou incompletos em cerca de metade dos casos. A amaurose surgiu em 40% dos doentes com arterite temporal de células gigantes. A biopsia da artéria temporal realizada em todos os doentes com arterite temporal foi contributiva em 80% dos casos.

Em 1990, Viviana Tavares e colaboradores publicaram “Artrite Reumatóide no Sexo Masculino”<sup>39</sup>, verificando que ao contrário do que habitualmente está escrito, a artrite reumatóide nos homens não apresenta maior gravidade. Com este estudo venceram o prémio Ciba-Geigy de Reumatologia Luís de Pap, 1989.

Em 1991, Henriqueta Martins e colaboradores adaptaram e validaram para a língua

Em 1989, foi criado o prémio Acta Reumatológica Portuguesa, de carácter bianual para distinguir o melhor trabalho científico

35. Alves Matos A, Branco JC, Neves FC, Sousa FT, Santos JP, Canas da Silva J, Mil-Homens C, Barbas JV, Viana Queiroz M – Manifestações Reumáticas em Doentes com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise Iterativa. Acta Reuma. Port XII(4):203-225,1987
36. Branco JC, Tavares V, Alvoeiro L, Rodrigues A, Mascarenhas MR, Galvão Teles A, Viana Queiroz M – Estudo da Função Testicular em Doentes com Artrite Reumatóide. Acta Reuma. Port. XIII(3):135-148,1988
37. Miranda Rosa C, Viana Queiroz M – Doença de Behcet. Revisão da Consulta de Reumatologia do Hospital de Sta. Maria. Acta Reuma. Port. XIII,(1):15-27,1988
38. Branco JC, Tavares V, Canas da Silva J, Viana Queiroz M – Arterite de Células Gigantes e Polimialgia Reumática. Acta Reuma. Port. XIV(3):125-151,1989
39. Tavares V, Branco JC, Viana Queiroz M – Artrite Reumatóide no Sexo Masculino. Acta Reuma. Port. XV(2):69-115,1990



Número 90 da Acta Reumatológica Portuguesa (Janeiro-Fevereiro de 1999)

portuguesa o Questionário de Mc Gill /Melzak para a Dor.<sup>40</sup>

No triénio 1991-1994, a editora da ARP foi Aurora Marques e o presidente da SPR Viana de Queiroz.

No contexto do Programa CINDI/OMS, Alves de Matos e colaboradores relataram a prevalência das doenças reumáticas observada numa população de 1381 indivíduos supostamente saudáveis do distrito de Setúbal.<sup>41</sup> Neste trabalho, a prevalência das doenças reumáticas foi de 15,7%. A doença reumática mais prevalente foi a osteoartrose (10,3%), seguindo-se-lhe o ombro doloroso e limitado (3%), a gota úrica (1,5%), a artrite reumatóide (0,4%), as espondilartroses seronegativas (0,45%) e a artrite idiopática juvenil (0,07%). Este trabalho foi o primeiro e, até agora único, a estudar a prevalência das doenças reumáticas numa população de indivíduos supostamente saudáveis.

Nesse mesmo ano, José Carlos Romeu e colaboradores publicaram “As Manifestações Reumáticas da Cirrose Biliar Primária”<sup>42</sup>, e venceram o prémio Ciba-Geigy de Reumatologia Luís de Pap 1991. Os autores estudaram prospectivamente as manifestações reumáticas em 17 doentes com cirrose biliar primária, verificando que as artralguas e/ou artrites periféricas surgiram em 7 doentes (41%) e o síndrome de Sjögren em 10 (59%), sendo comuns as manifestações clínicas extra-hepáticas e as alterações imunológicas que surgem frequentemente associadas às conectivites.

Em 1992, Fernando Saraiva e colaboradores efectuaram o trabalho “O Envolvimento Renal na Artrite Reumatóide. Estudo Retrospectivo de 530 casos e Revisão da Literatura”<sup>43</sup>. Os autores verificaram envolvimento renal em 96 dos 530 doentes estudados (18,1%), sendo as manifestações mais frequentes a proteinúria detetada em 60 doentes (62,5%) e a leucocitúria em 41 doentes (42,7%). Todos os 96 doentes estudados haviam feito tratamento com anti-inflamatórios não esteróides e/ou fármacos imunomoduladores potencialmente nefrotóxicos (sais de ouro e d-penicilamina).

No mesmo ano, Luís Gaião e colaboradores estudaram uma casuística de 135 doentes com espondilite anquilosante, tendo 28 doentes (20,7%) início juvenil da doença (<16 anos) e 107 (79,3%) início na idade adulta. O início precoce da doença pareceu predispor a maior gravidade.<sup>44</sup>

Em 1993, Viviana Tavares e colaboradores estudaram a “Aplicabilidade à População Portuguesa de Instrumentos Multidimensionais para a Avaliação da Saúde em Reumatologia”<sup>45</sup>.

No biénio 1994-1996, a editora foi Viviana Tavares e o presidente da SPR José Alberto Pereira da Silva.

Em 1994, Maria José Santos e colaboradores publicaram “Estudo Comparativo do LES em Doentes do Sexo Masculino e do Sexo Feminino”<sup>46</sup>. Foram estudados 125 doentes, sendo 100 do sexo feminino e 25 do sexo masculino. Os autores verificaram que nos doentes com lúpus do sexo masculino os envoltimentos pulmonar e cardíaco eram mais frequentes do que nos doentes do sexo feminino. Verificaram, também, que o LES entre os homens teve um comportamento mais agressivo e pior prognóstico.

Ainda em 1994, Luís Rebelo publicou “Factores Psicossociais da Artrite Reumatóide”<sup>47</sup>, tema que serviu de base à sua tese de doutoramento.

Em 1995 Jaime Branco e Alves de Matos efectuaram o trabalho “Custos Hospitalares das Fracturas Osteoporóticas do Colo do Fémur”, bem assim os custos hospitalares do enfarte agudo do miocárdio, da doença hepática alcoólica crónica e da doença pulmonar crónica obstrutiva. Os autores verificaram que os custos das fracturas osteoporóticas eram 42% do total dos custos das 4 doenças, e eram muito superiores aos custos do enfarte agudo do miocárdio, da doença hepática alcoólica crónica e da doença pulmonar crónica obstrutiva, quando consideradas isoladamente.<sup>48</sup>

Em 1996, Rui André Santos e colaboradores adaptaram e validaram para a língua portuguesa a versão curta do “Health Assessment Questionnaire”<sup>49</sup> vencendo o prémio Acta Reumatológica Portuguesa, 1993. Os autores seleccionaram 81 doentes com artrite reumatóide, sendo 71 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, concluindo que a aplicação desta versão do HAQ-c na população portuguesa é limitada pela elevada percentagem de doentes que não conseguiu preencher o questionário (33,3%).

Nos anos 1996-1998, a editora da ARP foi Viviana Tavares e o presidente da SPR Melo Gomes.

Ainda em 1996, Maria Odete Hilário e colaboradores publicaram “Febre Reumática. Manifestações Articulares Atípicas” em 93 crianças (117 surtos) observadas no Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina. Os autores verificaram um predomínio das grandes articulações dos membros inferiores e da coluna cervical. Em 36% dos doentes o envolvimento articular teve características aditivas.<sup>50</sup>

Em 1997, Cláudia Sousa e colaboradores, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, publicaram “Doença de Kawasaki: Relato de 52 Casos”<sup>51</sup>. Comparando a sua série de 52 casos com os dados da literatura, os autores constataram uma incidência menor de alterações coronárias na sua casuística.

Ainda nesse ano, Breno Pereira e colaboradores, da Universidade Federal de Goiás, efectuaram

40. Martins H, Teixeira J, Canas da Silva J, Teixeira da Costa J, Viana Queiroz M. - Questionário de Mc Gill/Melzak para a Dor. Acta Reuma. Port. XVI(6):83-91,1991
41. Alves de Matos A, Branco J, Canas da Silva J, Viana Queiroz M, Pádua F - Inquérito Epidemiológico de Doenças Reumáticas. Uma Amostra da População Portuguesa. Acta Reuma. Port. XVI(1):98,1991
42. Romeu JC, Freitas J, Teixeira da Costa J, Rodrigues M, Vieira RM, Novais M, Cravo I, Freitas JB, Campos P, Gama Afonso, Viana Queiroz M, Monteiro E.- Manifestações Reumáticas da Cirrose Biliar Primária. Acta reuma. Port. XVI(4):169-186,1991
43. Saraiva F, Canas da Silva J, Nogueira A, Branco j, Viana Queiroz M - O Envolvimento Renal na Artrite Reumatóide - Estudo Retrospectivo de 530 Casos e Revisão da Literatura. Acta Reuma. Port. XVII(3):95-113,1992
44. Gaião L, Rosa CM, Silva J, Teixeira da Costa J, Viana Queiroz M - Espondilartrose Anquilosante - Início Juvenil e Início Adulto. Acta Reuma. Port. XVII(2):69-81,1992
45. Tavares V, Matos AC, Branco JC, Canas da Silva J - Instrumentos Multidimensionais para Avaliação da Saúde em Reumatologia. Estudo da sua Aplicabilidade à População Portuguesa. Acta Reuma. Port. XVIII(4):135-163,1993
46. Santos MJ, Silva JP, Viana Queiroz M - Estudo Comparativo do Lúpus Eritematoso Sistémico em Doentes do Sexo Masculino e Feminino - Acta Reuma. Port. XIX(1):5-22,1994
47. Rebelo L - Factores Psicossociais na Artrite Reumatóide. Os Conhecimentos dos Reumatologistas - Acta Reuma. Port XIX(1):23-42,1994
48. Branco JC, Alves de Matos A - Custos Hospitalares das Fracturas Osteoporóticas do Colo do Femur. Acta Reuma. Port. 72:7-22,1995
49. Santos RA, Reis P, Rebelo L, Costa Dias F, Miranda Rosa C, Viana Queiroz M - Health Assessment Questionnaire (versão curta). Adaptação para a Língua Portuguesa e Estudo da sua Aplicabilidade. Acta Reuma. Port. 76:15-20,1996
50. Hilário MO, Len C, Naspitz C - Febre Reumática. Manifestações Articulares Atípicas. Acta Reuma. Port. 77:51-54,1996
51. Sousa C, Goldenzon A, Dinis C, Sztajnbok F, Bica B, Oliveira F - Doença de Kawasaki: Relato de 52 Casos. Acta Reuma. Port. 80:29-32,1997

Formação de anticorpos  
neutralizantes<sup>7</sup>

Perda de eficácia devido  
à formação de anticorpos  
neutralizantes<sup>7</sup>

Aumento de dose<sup>1</sup>



## SIGA ESTE CAMINHO:

- PARA NÍVEIS SÉRICOS CONSISTENTEMENTE DETETÁVEIS E RESPOSTAS CLÍNICAS SUSTENTADAS<sup>1-4, 7-10</sup>
- PARA UM SUCESSO DURADOURO DO TRATAMENTO<sup>1-3, 11-15</sup>
- PARA EFICÁCIA E SEGURANÇA A LONGO PRAZO<sup>1-6, 16</sup>

Artrite Reumatóide  
Espondilite Anquilosante  
Artrite Psoriática



**Referências Bibliográficas:** 1. Virkki LM, Sumathiurty BC, Aarnio M, et al. Biological therapy for psoriatic arthritis in clinical practice: outcomes up to 2 years. *J Rheumatol.* 2010;37:2362-2368. 2. Saad AA, Ashcroft DM, Watson KD, et al, for the British Society of Rheumatology Biologics Register. Persistence with anti-tumour necrosis factor therapies in patients with psoriatic arthritis: observational study from the British Society of Rheumatology Biologics Register. *Arthritis Res Ther.* 2009;11:R52. 3. Saougou I, Markatseli TE, Papagoras C, et al. Sustained clinical response in psoriatic arthritis patients treated with anti-TNF agents: A 5-year open-label observational cohort study. *Semin Arthritis Rheum.* 2011;40:398-406. 4. Mease PJ, Kvitz AJ, Burch FX, et al. Continued inhibition of radiographic progression in patients with psoriatic arthritis following 2 years of treatment with etanercept. *J Rheumatol.* 2006;33:712-721. 5. Gladman DD, Bombardier C, Thorne C, et al. Effectiveness and safety of etanercept in patients with psoriatic arthritis in a Canadian clinical practice setting: The REPAIR trial. *J Rheumatol.* 2011;38:1355-1362. 6. Storry W, Ortonne J-P, Kirkham B, et al. Comparison of two etanercept regimens for treatment of psoriasis and psoriatic arthritis: PRESTA randomised double blind multicentre trial. *BMJ.* 2010;340:c147. 7. PCM Etanercept. 8. Dore RK, Matthews S, Schechtman J, et al. The immunogenicity, safety, and efficacy of etanercept liquid administered once weekly in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2007;25:40-46. 9. Klareskog L, Gaubitz M, Rodríguez-Vázquez V, et al for The Etanercept Study 301 Investigators. Assessment of long-term safety and efficacy of etanercept in a 5-year extension study in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2011;29:238-247. 10. Arends S, Lebbink HR, Spooenberg A, et al. The formation of autoantibodies and antibodies to TNF $\alpha$  blocking agents in relation to clinical response in patients with ankylosing spondylitis. 11. Marchesoni A, Zaccara E, Gorla R, et al. TNF $\alpha$  antagonist survival rate in a cohort of rheumatoid arthritis patients observed under conditions of standard clinical practice. *Ann NY Acad Sci.* 2009;1173:837-846. 12. Strangfeld A, Hiese F, Kekov J, et al. Comparative effectiveness of TNF $\alpha$  inhibitors in combination with either methotrexate or leflunomide. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1856-1862. 13. Kristensen LE, Saxe T, Geborek P, The LUNDEX, a new index of drug efficacy in clinical practice: results of a five-year observational study of treatment with infliximab and etanercept among rheumatoid arthritis patients in southern Sweden. *Arthritis Rheum.* 2006;54:600-606. 14. Hetland ML, Christensen U, Tarp U, et al. Direct comparison of treatment responses, remission rates, and drug adherence in patients with rheumatoid arthritis treated with adalimumab, etanercept, or infliximab: results from eight years of surveillance of clinical practice in the nationwide Danish DANBIO registry. *Arthritis Rheum.* 2010;62:22-32. 15. Martín-Mola E, Sieper J, Leirisalo-Repo M, et al. Sustained efficacy and safety, including patient-reported outcomes, with etanercept treatment over 5 years in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol.* 2010;28:238-245. 16. Weinblatt ME, Bathon JM, Kremer JM, et al. Safety and efficacy of etanercept beyond 10 years of therapy in North American patients with early and longstanding rheumatoid arthritis. *Arth Care Res.* 2011;63:373-382.



**COMPOSIÇÃO** 225 mg pó e solvente para solução injetável e 25 mg solução injetável em seringa pré cheia contém 25 mg de etanercept 25 mg/ml pó e solvente para solução injetável para uso pediátrico contém 25 mg de etanercept, após reconstituição, a solução contém 25 mg/ml de etanercept e álcool benzílico 9 mg/ml como conservante 50 mg solução injetável em seringa pré cheia e 50 mg solução injetável em caneta pré-cheia contém 50 mg de etanercept 10 mg pó e solvente para solução injetável para uso pediátrico contém 10 mg de etanercept, após reconstituição, a solução contém 10 mg/ml de etanercept. A actividade específica do etanercept é de 1,7 x 10<sup>6</sup> unidades/mg. **INDICAÇÕES** 25 mg pó e solvente para solução injetável, 25 mg solução injetável em seringa pré cheia, 50 mg solução injetável em seringa pré cheia e 50 mg solução injetável em caneta pré-cheia: Artrite Reumatóide Em associação com o metotrexato está indicado no tratamento da artrite reumatóide activa moderada a grave, em adultos, quando a resposta a fármacos antirreumáticos modificadores da doença, incluindo o metotrexato (excepto se for contra-indicado), foi inadequada. Pode ser administrado em monoterapia em caso de intolerância ao metotrexato ou quando o tratamento continuado com metotrexato for inadequado. Está também indicado no tratamento da artrite reumatóide grave, activa e progressiva em adultos não tratados previamente com metotrexato. Isolado ou em associação

com o metotrexato demonstrou atrasar a taxa de progressão das lesões das articulações, avaliadas por raio-X e melhorar a função física. **Artrite psoriática** Tratamento da artrite psoriática activa e progressiva em adultos quando a resposta ao tratamento prévio com fármacos antirreumáticos modificadores da doença foi inadequada. Demonstrou melhorar a função física em doentes com artrite psoriática e atrasar a taxa de progressão das lesões das articulações periféricas, avaliadas por raio-X, em doentes com sub tipos poliarticulares simétricos da doença. **Espondilite anquilosante** Tratamento de adultos com espondilite anquilosante activa grave que tenham tido uma resposta inadequada à terapêutica convencional. **Psoríase em placas** Tratamento de adultos com psoríase em placas moderada a grave refractária ou com contra indicação ou intolerância a outras terapêuticas sistémicas incluindo a ciclosporina, o metotrexato ou psoraleno e raios ultravioleta-A (PUVA). **25 mg pó e solvente para solução injectável, 25 mg solução injectável em seringa pré cheia, 25 mg/ml pó e solvente para solução injectável para uso pediátrico, 50 mg solução injectável em seringa pré cheia e 50 mg solução injectável em caneta pré-cheia, 10 mg pó e solvente para solução injectável para uso pediátrico: Psoríase em placas em pediatria** pediatria Tratamento da psoríase em placas grave crónica em crianças e adolescentes a partir dos 6 anos de idade que estão inadequadamente controladas, ou que são intolerantes, a outras terapêuticas sistémicas ou fototerapias. **25 mg pó e solvente para solução injectável, 25 mg/ml pó e solvente para solução injectável para uso pediátrico e 25 mg solução injectável em seringa pré cheia, 10 mg pó e solvente para solução injectável para uso pediátrico: Artrite idiopática juvenil** Tratamento da poliartrite (fator reumatóide positivo ou negativo) e oligoartrite alargada em crianças e adolescentes a partir dos 2 anos de idade que tiveram uma resposta inadequada ou intolerância ao metotrexato. Tratamento da artrite psoriática em adolescentes a partir dos 12 anos de idade que tiveram uma resposta inadequada ou intolerância ao metotrexato. Tratamento da artrite relacionada com entesite em adolescentes a partir dos 12 anos de idade que tiveram uma resposta inadequada ou intolerância à terapêutica convencional. O Enbrel não foi estudado em crianças com menos de 2 anos. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** O tratamento deve ser iniciado e acompanhado por médicos especialistas com experiência no diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide, artrite idiopática juvenil, artrite psoriática, espondilite anquilosante, psoríase em placas ou psoríase em placas em pediatria. Os doentes tratados com Enbrel devem receber o Cartão de Alerta do Doente. Está disponível nas dosagens de 10, 25 e 50 mg. **Artrite reumatóide** 25 mg duas vezes por semana, em alternativa, a administração de 50 mg uma vez por semana demonstrou ser segura e eficaz. **Artrite psoriática e espondilite anquilosante** 25 mg duas vezes por semana ou 50 mg uma vez por semana. **Psoríase em placas** 25 mg duas vezes por semana ou 50 mg uma vez por semana, em alternativa pode utilizar-se uma dose de 50 mg duas vezes por semana até 12 semanas, seguida de uma dose de 25 mg duas vezes por semana ou 50 mg uma vez por semana, se necessário. O tratamento deverá manter-se até ser alcançada a remissão, até 24 semanas. Para alguns doentes adultos poderá ser apropriada a continuação da terapêutica para além das 24 semanas. O tratamento deve ser interrompido nos doentes que não apresentem resposta após 12 semanas. Se estiver indicado reiniciar o tratamento, devem ser seguidas as mesmas recomendações relativamente à duração do tratamento. A dose deverá ser de 25 mg duas vezes por semana ou 50 mg uma vez por semana. **Populações especiais** *Compromisso renal e hepático e Idosos (> 65 anos)* Não é necessário ajuste posológico. *População pediátrica* A apresentação de 10 mg é para doentes pediátricos a quem foi prescrita uma dose de 10 mg ou inferior. Cada frasco para injectáveis de Enbrel 10 mg deve ser utilizado apenas para uma dose num doente, e qualquer solução remanescente deve ser descartada. **Artrite idiopática juvenil** 0,4 mg/kg (até 25 mg por dose, no máximo) administrados 2 vezes por semana, por injeção por via subcutânea, com um intervalo de 3-4 dias entre as doses ou 0,8 mg/kg (até um máximo de 50 mg por dose) administrados uma vez por semana. Deve ser considerada a descontinuação do tratamento nos doentes que não mostram resposta após 4 meses. Não foram realizados ensaios clínicos formais em crianças com 2 a 3 anos de idade. No entanto, dados de segurança limitados de registo de doentes, sugerem que o perfil de segurança em crianças de 2 a 3 anos de idade, com a dose semanal de 0,8 mg/kg por via subcutânea, é semelhante ao observado nos adultos e crianças com idade igual ou superior a 4 anos. Geralmente não é aplicável a sua utilização em crianças com idades inferior a 2 anos na indicação artrite idiopática juvenil. **Psoríase em placas em pediatria (idade ≥ 6 anos)** 0,8 mg/kg (até 50 mg por dose, no máximo) uma vez por semana até 24 semanas. O tratamento deve ser interrompido nos doentes que não apresentem resposta após 12 semanas. Se estiver indicado reiniciar o tratamento, devem ser seguidas as recomendações anteriores relativamente à duração do tratamento. A dose deverá ser de 0,8 mg/kg (até 50 mg por dose, no máximo) uma vez por semana. Geralmente não é aplicável a utilização em crianças com idades inferior a 6 anos na indicação psoríase em placas. É administrado por injeção subcutânea. Enbrel pó para solução deve ser reconstituído em 1 ml de solvente antes da administração. **CONTRA-INDICAÇÕES** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. Septicemia ou risco de septicemia. O tratamento não deve ser iniciado em doentes com infecções activas, incluindo infecções crónicas ou localizadas. **25 mg/ml para uso pediátrico:** não deve ser administrado a bebés prematuros ou recém-nascidos uma vez que o solvente contém álcool benzílico. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** Infecções (incluindo infecções do tracto respiratório superior, bronquite, cistite e infecções cutâneas), infecções graves (incluindo pneumonia, celulite, artrite séptica, septicemia e infecção parasitária), tuberculose, infecções oportunistas (incluindo infecções invasivas por fungos, protozoários, bactérias e micobactérias atípicas e legionella), listeria, cancro da pele não-melanoma, linfoma, melanoma, leucemia, carcinoma de células de Merkel, trombocitopenia, anemia, leucopenia, neutropenia, pancitopenia, anemia aplástica, reacções alérgicas, formação de auto-anticorpos, vasculite sistémica (incluindo vasculite positiva para anticorpos citoplásmicos anti-neutrófilos), reacções alérgicas/anafiláticas graves (incluindo angioedema e broncoespasmo), sarcoidose, síndrome de activação dos macrófagos, vasculite positiva para anticorpos citoplásmicos anti-neutrófilos, convulsões, casos de desmielinização do SNC que sugerem esclerose múltipla ou desmielinização localizada tal como nevrite óptica e mielite transversal, acontecimentos desmielinizantes periféricos, incluindo síndrome de Guillain-Barré, polineuropatia desmielinizante inflamatória crónica, polineuropatia desmielinizante, e neuropatia motora multifocal, uveíte, agravamento da insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar intersticial (incluindo pneumonite e fibrose pulmonar), enzimas hepáticas elevadas, hepatite auto-imune, prurido, angioedema, urticária, erupção cutânea, erupção de tipo psoriático,

psoríase (incluindo novo aparecimento ou agravamento e pustular, principalmente palmar e plantar), vasculite cutânea (incluindo vasculite leucocitoclástica), síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, necrólise epidérmica tóxica, lúpus eritematoso cutâneo subagudo, lúpus eritematoso discóide, síndrome tipo lúpus, reacções no local de injeção (incluindo hemorragia, equimose, eritema, prurido, dor e edema), febre. Em doentes pediátricos com psoríase em placas. Os acontecimentos adversos notificados foram semelhantes aos observados em estudos anteriores realizados em adultos com psoríase em placas e com artrite idiopática juvenil. Foram notificados casos, pós-comercialização de doença inflamatória do intestino e uveíte em doentes com AJ em tratamento com Enbrel, incluindo um número muito reduzido de casos indicativos do reaparecimento da reacção adversa após o recomeço da terapêutica.

**DATA DA REVISÃO** 08/2012

Medicamento sujeito a receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da autorização de introdução no mercado.

Laboratórios Pfizer Lda.

Lagoas Park - Edifício 10 - 2740-271 Porto Salvo

NIPC 500 162 166 - CRC Cascais nº16.685

Capital Social: € 78.645.850,00



uma “Análise Retrospectiva de 21 Casos de Esclerodermia Infanto-juvenil”.<sup>52</sup> A análise desta casuística em crianças e jovens com menos de 16 anos demonstrou a boa evolução desta patologia e a ausência de envolvimento visceral importante.

Luís Inês e colaboradores, em 1998, publicaram “Epidemiologia e Custos Hospitalares das Fracturas Osteoporóticas do Colo do Fémur nos Hospitais da Universidade de Coimbra” (HUC). O trabalho de Luís Inês incidiu sobre 1573 casos de fracturas do colo do fémur observados durante 5 anos (1991-1995) nos H.U.C. Usando valores dos G.D.H., o custo da totalidade das fraturas foi de 1,1 milhões de contos (5.500.000 euros).<sup>53</sup>

Entre 1998 e 2000, o editor da ARP foi José António Pereira da Silva e o presidente da SPR Mário Rodrigues.

Em 1999, João Eurico Fonseca e colaboradores publicaram “Estudo Histopatológico da Sinóvia: Determinação dos Factores de Prognóstico de Tendência Erosiva na Artrite Reumatóide”<sup>54</sup>, e venceram o prémio Novartis de Reumatologia Luís de Pap, 1999. Este tema serviu de base à tese de doutoramento de João Eurico Fonseca.

Ainda em 1999, Fernando Saraiva e colaboradores publicaram o trabalho “Ultrasonografia do Aparelho Locomotor, uma Casuística de 342 Doentes e 429 Ecografias”.<sup>55</sup> Os autores verificaram uma grande dissociação entre os diagnósticos clínico e ecográfico e, mesmo quando coincidentes, a ecografia frequentemente adicionou outros dados diagnósticos relevantes. Este estudo veio abrir as portas da reumatologia portuguesa a esta técnica imagiológica.

José António Pereira da Silva e colaboradores, neste mesmo ano, efectuaram o estudo “Diagnóstico Densitométrico da Osteoporose: Critérios de Referência na População Portuguesa”, divulgando um padrão nacional que pode ser testado em diversas regiões do país.<sup>56</sup>

Em 2000-2002, o editor foi José António Pereira da Silva e o presidente da SPR Aroso Dias.

Neste mandato, a ARP surgiu com um novo visual, comemorando simbolicamente a sua centésima edição. O editor, José António Pereira da Silva, muito contribuiu para a melhoria qualitativa da revista, que se reforçou nos anos seguintes.

Em 2000, Daniel McCarty, num artigo de opinião, escreveu “Joint Infections With Adrenal Corticosteroid Ester Crystals – When and Why?”<sup>57</sup>

Em 2001, Maria João Salvador apresentou o caso de um doente com um factor reumatóide de 36.600 u/ml, que sofria de uma

gamapatia monoclonal IgM de significado indeterminado.<sup>58</sup>

Manuela Costa e colaboradores, em 2002, publicaram “Dor Músculo-esquelética na Criança e no Adolescente” observando 767 crianças de 4 escolas públicas de Lisboa, tendo a sua prevalência sido de 28,4%.<sup>59</sup>

No biénio 2002-2004, o editor da ARP foi Paulo Coelho e o presidente da SPR Jaime Branco.

Em 2002, Herberto de Jesus e colaboradores publicaram “Manifestações Reumáticas da Infecção VIH” em 37 doentes da região autónoma da Madeira.<sup>60</sup> Neste estudo, a patologia reumática surgiu em 53% dos casos, sendo a fibromialgia o quadro clínico mais frequente com 23% dos doentes. Não se detectaram síndromas reumatológicas clássicas porque a maioria dos doentes (68%) encontravam-se na fase precoce da doença e porque as novas terapêuticas com anti-retrovirais podem ter diminuído a sua incidência.

Em 2003, no número comemorativo do Congresso EULAR 2003, Viana de Queiroz e Jaime Branco fizeram uma história breve da reumatologia portuguesa, João Rego escreveu sobre a rainha D. Leonor, patrona da reumatologia em Portugal e Telo Morais sobre a reumatologia nas artes plásticas.<sup>61</sup>

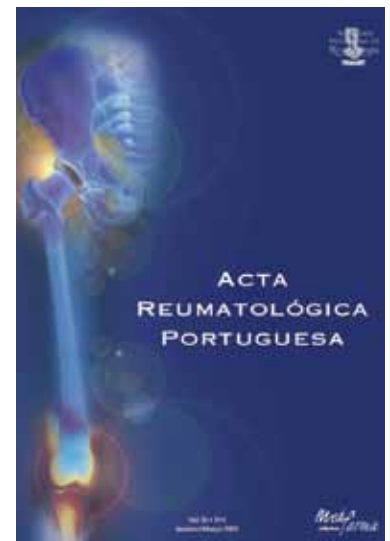
Lúcia Costa e colaboradores, em 2004, estudaram a “Prevalência Autodeclarada de Doenças Reumáticas numa População Portuguesa”. Foram inquiridos 1238 indivíduos, concluindo-se que 25% deles referiu sofrer de uma doença reumática.<sup>62</sup> Tanto quanto sabemos foi o 1º trabalho do género na literatura reumatológica portuguesa.

No período compreendido entre 2004 e 2006, o editor da ARP foi João Eurico Fonseca e o presidente da SPR Domingos Araújo.

Em 200, o GEAR (Grupo de Estudo de Artrite Reumatóide), publicou uma “Análise de 376 doentes com Artrite Reumatóide submetidos a Terapêutica Biológica”.<sup>63</sup> No mesmo ano Melo Gomes e colaboradores adaptaram e validaram o Childhood Assessment Questionnaire (CHAQ) um instrumento de saúde específico que mede a capacidade funcional nas actividades de vida diária de crianças.<sup>64</sup>

Maria do Rosado e colaboradores publicaram, em 2006, a adaptação e validação para a língua portuguesa do “Questionário de Impacto da Fibromialgia”.<sup>65</sup>

No mesmo ano, João Eurico Fonseca e colaboradores publicaram “Tuberculose em Doentes Reumáticos Tratados com Antagonistas do Factor de Necrose Tumoral: A Experiência Portuguesa” tendo contabilizado e analisado 13 doentes com tuberculose.<sup>66</sup>



Número 1 do Volume 26 da Acta Reumatológica Portuguesa (Janeiro-Março de 2001)

52. Pereira B, Fernandez R, Ximenes AC, Attux C, Pitaluga R, Oliveira M, Silva NA – Esclerodermia Infanto-Juvenil: Análise Retrospectiva de 21 Casos. Acta Reuma. Port. 83:9-12,1997
53. Inês LS, Pereira da Silva JA, Cunha N, Porto A – Epidemiologia e Custos Hospitalares das Fracturas Osteoporóticas do Colo do Fémur nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Acta Reuma. Port. 84:7-17,1998
54. Fonseca JE, Canhão H, Resende C, Saraiva F, Teixeira da Costa J, Pimentão J, Fonseca MC, Pereira da Silva J, Viana Queiroz M – Estudo da Correlação entre a Histopatologia da Sinóvia Reumatóide e a Evolução Clínica da Doença: Diagnóstico Precoce e Factores de Prognóstico. Acta Reuma. Port. 92:11-25,1999
55. Saraiva F, Rosa A, Canhão H, Pimentão J, Viana Queiroz – Ecografia do Aparelho Locomotor: Experiência de uma Unidade de Reumatologia. Acta Reuma. Port. 94:7-13,1999
56. Pereira da Silva JA, Campito H, Reis P – Diagnóstico Densitométrico: Critérios de Referência na População Portuguesa. Acta Reuma Port 93:9-18, 1999
57. Mc Carty DJ – Joint Injections with Adrenal Corticosteroid Ester Crystals – When and Why? Acta Reuma. Port 99:9-11,2000
58. Salvador MJ, Silva C, Silva JAP, Malcata A, Porto A – Factor Reumatóide de 36000 u/ml. Acta Reuma. Port. 26:279-284,2001
59. Costa MM, Nero P, Branco E, Branco JC – Dor Músculo-Esquelética na Criança e no Adolescente. Acta Reuma. Port. 27:165-174,2002
60. Jesus H, Reis AP, Quintal A, Araújo NB – Manifestações Reumatológicas na Infecção VIH. Estudo Prospectivo na Região Autónoma da Madeira. Acta Reuma Port 27:225-230,2002
61. Número Comemorativo do Congresso EULAR 2003. Edição Especial – Acta Reuma. Port. – EULAR 2003
62. Costa L, Gal D, Barros H – Prevalência Auto-Declarada de Doenças Reumáticas numa População Portuguesa. Acta Reuma. Port 29:169-174,2004
63. Grupo de Estudo de Artrite Reumatóide da Sociedade Portuguesa de Reumatologia – GEAR – Análise de 376 Doentes com Artrite Reumatóide Submetidos a Terapêutica Biológica Registrados na Base de Dados de Agentes Biológicos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Acta Reuma. Port. 30:63-71,2005
64. Melo Gomes J, Ruperto N, Canhão H, Fonseca JE, Quintal M, Salgado M, Santos MJ – Versão Portuguesa do Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ). Acta Reuma. Port. 30:145-153,2005
65. Rosado ML, Pascoalinho J, Fonseca JP, Branco JC – Adaptação Cultural e Validação do Fibromyalgia Impact. Acta Reuma. Port. 31:157-165,2006



(pausa)

Há coisas na vida pelas  
quais *vale a pena esperar*

em breve os seus doentes  
*vão sentir que valeu a pena*

Coroando um período de grande qualidade e rigor, no número de Julho a Setembro, a ARP, tendo como editor João Eurico Fonseca, foi indexada no Medline/Pub.Med.<sup>67</sup>

Depois de indexada a ARP passou a ser mais procurada por reumatologistas estrangeiros, nomeadamente brasileiros.

Seguindo a metodologia adoptada pela SPR (artigos publicados preferencialmente em inglês), nos anos seguintes foram indexadas a Revista Brasileira de Reumatologia e a Reumatologia Clínica, órgão oficial das Sociedades Espanhola e Mexicana de Reumatologia.

No biénio 2006-2008, a editora da ARP foi Maria José Santos e o presidente da SPR Augusto Faustino.

Maria José Santos e colaboradores, em 2007, publicaram “Caracterização de uma População Portuguesa de 544 doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico”.<sup>68</sup> Os Autores estudaram retrospectivamente 544 doentes com lúpus eritematoso sistémico oriundos de 5 Serviços de Reumatologia portugueses (Hospitais de S.Maria, Hospital Egas Moniz, Instituto Português de Reumatologia, Hospital Garcia de Horta e Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro) e seguidos desde 1976 até 2006. A maior parte dos doentes (505 – 93%) eram do sexo feminino, caucásicos (483 – 89%), com uma idade média à data do diagnóstico de 35 anos.

As manifestações clínicas mais frequentes foram as músculo-esqueléticas (91%); cutâneo-mucosas (90%) e hematológicas (58%). Os anticorpos antinucleares foram detectados em 99% dos doentes, o anti-DNA em 76%, o anti-Sm em 33%, o anti-SSB em 20%, o anti-RNP em 26%, o anti-Sm em 22%, o anti-cardiolipina em 31% e o anti-coagulante lúpico em 21%. Concluíram referindo que as características dos doentes com lúpus eritematoso sistémico em Portugal são semelhantes às descritas noutras populações predominantemente caucásicas.

Em 2008, Catarina Ambrósio, Jorge Garcia, Maria João Salvador e Armando Malcata, publicaram pela primeira vez em Portugal, o relato de um caso de condrocalcinose familiar ocorrida em dois irmãos.<sup>69</sup>

Helena Canhão foi a editora da ARP entre 2008 e 2010 e Rui André Santos o presidente.

Em 2009, são publicados “Primary Antiphospholipid Syndrome Pregnancy Outcome in Portuguese Population” (67 gestações em 51 doentes), por Fátima Serrano e colaboradores e “Gravidez e Anticorpos Antifosfolípidos em Doentes com Lúpus (136 gestações) por Alexandra Cordeiro e colaboradores, ambos médicos da Maternidade Alfredo da Costa.<sup>70,71</sup>

No trabalho de Fátima Serrano, a despeito da alta incidência de complicações obstétricas, o tratamento precoce com aspirina em doses baixas e heparina de baixo peso molecular, combinado com uma monitorização materno-fetal rigorosa, associou-se a um aumento da percentagem de filhos vivos.

No trabalho de Alexandra Cordeiro a avaliação da gravidez em doentes com lúpus e anticorpos antifosfolípidos apresentou maior percentagem de insucessos do que nos doentes sem estes anticorpos (8,1% vs 2,1%)

Em Junho de 2010, a ARP recebeu um factor de impacto no Science Citation Index.<sup>72</sup> A editora era Helena Canhão.

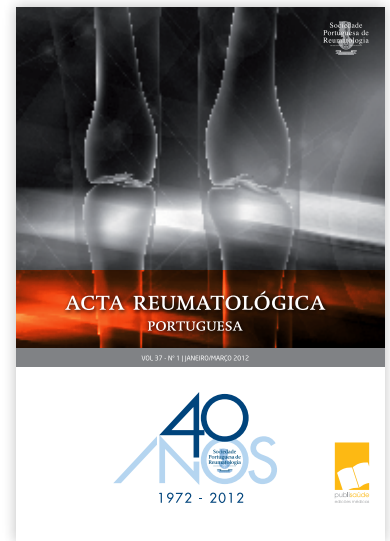
No biénio 2010-2012 a editora da ARP é Lúcia Costa e o presidente da SPR Luís Maurício dos Santos.

Maria José Santos e colaboradores, em 2010, publicou “Cardiovascular Risk Profile in Systemic Lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis tendo realizado este estudo em 100 doentes com LES, 98 com Artrite Reumatoide e 102 Controlos.<sup>73</sup> Os autores verificaram que os riscos cardiovasculares são muito mais prevalentes entre os doentes com A.R. e L.E.S. do que nos controlos. Verificaram, também, que o risco cardiovascular é diferente entre as 2 populações de doentes, sendo a hipertensão mais frequente no lúpus e a hipercolesterolemia mais frequente na artrite reumatóide.

Em 2011, Helena Canhão e colaboradores publicaram “Reuma – PT – The Rheumatic Diseases Portuguese Register” que incluiu 3438 doentes, estando submetidos a terapêutica biológica 700 e a terapêutica com fármacos modificadores da doença 1462.<sup>74</sup>

Ainda em 2011, T. Santiago e colaboradores publicaram “Brucelose Osteoarticular: Um Retrato dos Últimos 10 anos”, onde se analisaram 90 doentes com esta patologia.<sup>75</sup> A manifestação mais frequente foi a espondilodiscite (57%) com envolvimento lombo-sagrado em 40%.

E nesse mesmo ano Inês Gonçalves e colaboradores efectuaram a “Caracterização de uma População de 125 doentes com Esclerose Sistémica”, tendo verificado que 20% eram formas cutâneas difusas da doença e 80% formas cutâneas localizadas. A Capilaroscopia apresentou alterações em todos os doentes.<sup>76</sup> ■



Número 1 do Volume 37 da Acta Reumatológica Portuguesa (Janeiro-Março de 2012)

66. Fonseca JE e Colaboradores – Tuberculose em Doentes Reumáticos Tratados com Antagonistas do TNF alfa: Experiência Portuguesa. Acta Reuma. Port. 31:247-53,2006
67. Indexação da Acta Reumatológica Portuguesa no Medline/Pubmed. Acta Reuma. Port. 31:197-198,2006
68. Santos MJ, Capela S, Figueira A, Nero P, Matos AC, Silva C, Miranda L, Barcelos A, Marques A, Teixeira A, Branco JC, Silva JC, Viana Queiroz M – Caracterização de uma População Portuguesa com Lúpus Eritematoso Sistémico. Acta Reuma. Port.32:153-161,2007
69. Ambrósio C, Garcia J, Salvador MJ, Malcata A – Condrocalcinose Familiar: Uma História para Dois Irmãos. Acta Reuma. Port. 33:352-356,2008
70. Serrano F, Nogueira I, Borges A, Branco J – Primary Antiphospholipid Syndrome: Frequency Outcome in a Portuguese Population. Acta Reuma. Port. 34:492-497,2009
71. Cordeiro A, Lermann R, Ambrósio P, Nogueira I, Serrano F – Gravidez e Anticorpos Antifosfolípidos em Doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico: Uma Avaliação do Prognóstico. Acta Reuma. Port. 34:485-491,2009
72. Fonseca JE e Colaboradores – Acta Reumatológica Portuguesa: Atribuição do Factor de Impacto em Junho 2010. Acta Reuma. Port. 35:129-130, 2010
73. Santos MJ, Vinagre F, Silva JC, Gil V, Fonseca JE – Cardiovascular Risk Profile in Systemic Lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis: A Comparative Study of Female Patients. Acta Reuma. Port. 35:325-332,2010
74. Canhão H, Faustino A, Martins F, Fonseca JE e Colaboradores – Reuma-pt-The Rheumatic Diseases Portuguese Register. Acta Reuma. Port. 36:45-56,2011
75. Santiago T, Rovisco J, Silva J, Pereira da Silva JA – Brucelose Osteo-Articular: Um Retrato dos Últimos 10 Anos. Acta Reuma. Port. 36:120-125,2011
76. Gonçalves I, Miguel C, Cortes S, Coelho PC – Caracterização de uma População de 125 Doentes com Esclerose Sistémica. Acta Reuma. Port. 36:38-39,2011 (Sup)