

B-I-



10.000

No dia 11 de Dezembro de 2013,
o Reuma.pt atingiu os 10.000 doentes

Também nesta edição

Especial Balanço SPR 2013

XVII

CONGRESSO PORTUGUÊS
DE REUMATOLOGIA
INOVAÇÃO E REGENERAÇÃO
EM REUMATOLOGIA

Políticas de Saúde no Mundo Contemporâneo
Novos Conceitos e Orientações Terapêuticas
Desafios das Principais Patologias Reumáticas
Sinergias com Outras Especialidades

07|10 MAIO'14

<http://cpr2014.congressos-online.com>

CS Palácio de Congressos do Algarve

Editorial



Este boletim informativo faz um balanço de 2013 onde a atividade da Reumatologia Portuguesa foi de novo muito intensa. Atingiram-se metas simbólicas, como os 10.000 doentes na Reuma.pt, o final do trabalho de campo do EpiReumaPt, o progresso científico do grupo que se manifestou em prémios como o Prémio Hospital do Futuro e o Prémio Pfizer e um passo em frente importante na Acta Reumatológica Portuguesa com a total funcionalidade do *site*, permitindo a gestão completamente automática das revisões de artigos por parte dos Editores Associados.

Foi também muito relevante a manutenção do financiamento para investigação por parte da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, a modernização do *site*, os eventos formativos monotemáticos e a contínua atividade dos grupos de trabalho.

O progresso continuará seguramente em 2014, onde se perspetiva a divulgação científica e social dos importantíssimos

dados do EpiReumaPt, a publicação na literatura internacional de diversos estudos baseados no Reuma.pt que estão neste momento em redação, submetidos ou mesmo já aceites para publicação e um Congresso Português de Reumatologia que será de novo seguramente excelente.

Deveremos continuar exigentes e otimistas porque, apesar das vicissitudes envolventes, temos tido sucesso atuando em grupo e continuaremos a tê-lo se mantivermos a mesma atitude. É crítico continuarmos a entender a importância do trabalho de equipa e da colaboração para um bem comum que extravasa as fronteiras estritas da Sociedade Portuguesa de Reumatologia. ■

João Eurico da Fonseca
Presidente-Eleito da SPR

Tema de Capa 4 e 5

10.000 doentes registados
no Reuma.pt

Testemunho de Elsa Sousa

Especial Balanço SPR 2013 5 a 8

Viviana Tavares
Um balanço positivo

Armando Malcata
Apoios à investigação e formação

Lúcia Costa
Reuma.pt

Helena Santos
Balanço financeiro

Ana Roxo
Grupos de trabalho

Catarina Ambrósio
Site da SPR

Joaquim Polido Pereira
Formação e comunicação

Revisão 9 a 13

Mário Viana de Queiroz
Figuras e Factos da Reumatologia Moderna: da Cortisona às Terapêuticas Biotecnológicas (2.ª Parte)

Ficha Técnica



A SPR é membro da
EULAR-European League Against Rheumatism

Propriedade

Sociedade Portuguesa de Reumatologia
Av. de Berlim, nº 33 B
1800-033 Lisboa
info@spreumatologia.pt
www.spreumatologia.pt

Periodicidade

Semestral

Tiragem

3000 exemplares

Depósito legal

265378/07

Direção

Presidente
Viviana Tavares

Vice-Presidente
Armando Manuel
de Carvalho Boavida
Malcata

Vice-Presidente
Maria Lúcia Carvalho Dias
Costa

Secretário-Geral
Fernando Manuel Pimentel
dos Santos

Secretária-Geral Adjunta
Mónica Sofia Dias
Branco de Araújo Bogas

Tesoureira
Helena Cristina Fernandes
dos Santos

Vogal Região Norte
Ana Sofia Roxo Ribeiro

Vogal Região Centro
Ana Catarina de Almeida
Ambrósio Duarte Coelho

Vogal Região Sul
Joaquim Miguel Polido
Pereira

Vogal Região Ilhas
Ana Maria Ferreira
Rodrigues

Mesa da Assembleia Geral

Presidente
Luís Mauricio Mendonça
Santos

Secretário
Filipe Alexandre
Duarte Barcelos

Secretária
Cátia Cristina
Marques Duarte

Conselho Fiscal

Presidente
Maria Margarida Rodrigues
Marques da Silva

Relator
José António Tavares da
Costa

Vogal
Cláudia Cristiana Carvalho
Vaz

Presidente-Eleito
João Eurico da Fonseca

Sociedade Reumatológica 13 e 14

Reumatologista do Hospital Garcia de Orta
Sandra Garcês vence Prémio Pfizer de Investigação Clínica

Prémios Hospital do Futuro 2012/2013
Reuma.pt arrecadou segundo lugar

Registo Nacional dos Doentes Reumáticos

10.000 doentes registados no Reuma.pt

Às 17h25m31seg do dia 11 de Dezembro de 2013 foi registado o doente número 10.000, pela reumatologista Elsa Sousa, no Hospital de Santa Maria

Estes números são o culminar de um projeto que começou em 2007 e cujo objetivo é registar todos os doentes reumáticos que efetuam terapêuticas biológicas em Portugal Continental, Açores e Madeira.

O quadro disponibilizado, retirado da plataforma web do Reuma.pt, no dia 11 de

Dezembro, três minutos depois do registo do doente 10.000, apresenta os últimos dados referentes a doentes e a consultas, distribuídos pelas patologias reumáticas que o integram.

Leia, nesta edição, o testemunho de Elsa Sousa e os contributos de Lúcia Costa (pág. 6) e de Helena Canhão (pág. 14). ■

Totais de doentes e consultas registados no Reuma.pt

Diagnóstico	Terapêutica atual com agentes biológicos			Terapêutica atual com imunomoduladores clássicos			Totais		
	Doentes	Consultas	Média	Doentes	Consultas	Média	Doentes	Consultas	Média
Artrite Reumatoide	1.361	19.185	14,1	3.072	12.789	4,19	4.433	32.064	7,23
Espondilartrites	744	9.387	12,62	847	2.043	2,41	1.591	11.430	7,18
Artrite Psoriática	419	4.481	10,69	586	1.772	3,02	1.005	6.253	6,22
Artrite Idiopática Juvenil	216	2.276	10,54	644	3.315	5,15	860	5.591	6,5
Lúpus Eritematoso Sistémico	35	298	8,51	1.472	2.777	1,89	1.507	3.075	2,04
Artrites Iniciais	2	11	5,5	77	279	3,62	79	290	3,67
Síndromes autoinflamatórias	2	7	3,5	15	21	1,4	17	28	1,65
Outros diagnósticos juvenis	4	51	12,75	149	202	1,36	153	253	1,65
Outros diagnósticos adultos	37	361	9,76	318	806	2,53	355	1.167	3,29
Total	2.820	36.057	12,79	7.180	24.094	3,36	10.000	60.151	6,02



Elsa Sousa

Reumatologista

Testemunho

O Reuma.pt cresceu! Cresceu em número e em qualidade. Este progresso é também o espelho do que somos enquanto Sociedade Científica. Desconhecia que nos encontrávamos tão próximo deste patamar. O registo de doentes no Reuma.pt faz parte da minha atividade clínica diária e da grande maioria dos reumatologistas portugueses.

Considero que o Reuma.pt é a melhor ferramenta de que dispomos para uma monitorização sistematizada dos doentes que acompanhamos. Por este motivo, procuro inserir os doentes que observo no momento em que confirmo o diagnóstico.

Utilizo o Reuma.pt como processo clínico do doente, incluindo a informação não parametrizada no campo de observações.

Porque a gestão do tempo de consulta é difícil, para que este modelo seja aplicável é necessário restringir as variáveis clínicas a um “core set básico”. Assim, por exemplo, para as espondilartrites, isto significa

Este progresso é também o espelho do que somos enquanto Sociedade Científica

registar as articulações dolorosas e tumefactas, PCR e VS, as entesites dolorosas, as escalas visuais analógicas e a metrologia. Os questionários BASDAI, BASFI e de qualidade de vida são preenchidos pelo

doente em papel, estando também acessível a possibilidade de autopreenchimento para um subgrupo de doentes para os quais consideremos que esta opção é viável. Posteriormente são então registados os critérios de classificação, as características da doença, comorbilidades e terapêutica, frequentemente no âmbito de pequenos projetos de investigação. No âmbito da consulta de Artrite Psoriática, porque observamos os doentes em conjunto com os colegas de dermatologia, associamos a este “core set básico” o PASI e NAPS. Uma estratégia similar é aplicável a outras patologias como a artrite reumatoide e o lúpus eritematoso sistémico. É fundamental um equilíbrio entre o que é exequível na prática clínica e o que é pretendido quando aplicamos o Reuma.pt a um projeto de investigação. E essa versatilidade existe.

O Reuma.pt resulta do empenho de todos e a sua abrangência nacional é o reflexo

do reconhecimento da sua utilidade e importância. É necessário continuar a estimular a submissão de projetos que favoreçam o incremento do número de

É fundamental um equilíbrio entre o que é exequível na prática clínica e o que é pretendido quando aplicamos o Reuma.pt

doentes e do rigor da informação recolhida. Continuar a criar estratégias que garantam a sua aplicabilidade e acessibilidade, para a qual a disponibilização da versão web

do Reuma.pt foi claramente “um virar de página”. As potencialidades de um registo nacional são inquestionáveis e confirmamos isso pelo conhecimento que temos atualmente da realidade nacional dos doentes que seguimos.

O sucesso da Reuma.pt transpôs há muito as fronteiras da especialidade de reumatologia, existindo interesse e esforços por parte, por exemplo, da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, bem como da Associação para o Estudo do Fígado, para o desenvolvimento de registos similares. E atravessou o Atlântico criando motivações para parcerias em países como o Brasil.

Porque crescemos também com ele, estamos orgulhosos e sentimos que temos que continuar a crescer. A todos os reumatologistas portugueses muitos PARABÊNS! ■

Especial Balanço SPR 2013

Um balanço positivo

No final de mais um ano e em jeito de balanço pensamos que, apesar das dificuldades esperadas, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) tem motivos para se congratular com o ano de 2013.

De facto, em 2013 a SPR recebeu o estatuto de Instituição de Utilidade Pública, aspiração antiga de várias Direções, cujos esforços desenvolvidos deram finalmente resultado e que representa um prestigioso marco da vida da nossa Sociedade. Também durante este ano o Reuma.pt, importante ferramenta da SPR, atingiu os dez mil doentes e recebeu o segundo prémio “Hospital do Futuro” na área da e-saúde. Por último, terminou em Dezembro o trabalho de campo do EpiReumaPt, com perto de quatro mil consultas realizadas no Continente, Açores e Madeira por mais de noventa reumatologistas.

Estas verdadeiras conquistas só foram possíveis com a colaboração esforçada de todos os reumatologistas e restantes membros do Reuma.pt e do EpiReumaPt que “vestem a camisola” da SPR e da Reumatologia,

percebendo a importância clínica, investigacional e estratégica destes projetos para o desenvolvimento da especialidade.

Para manter a viabilidade destes projetos cruciais foi necessário fazer alguns cortes estratégicos, tendo sido as publicações não científicas da SPR (BI e Ligações) as mais atingidas, com prejuízos óbvios na comunicação interna e externa que terão de ser rapidamente resolvidos.

Apesar dos esforços da SPR e dos Reumatologistas e da alegria que sentimos por conseguir atingir alguns marcos de excelência, temos noção que muito está por fazer para termos uma rede de cuidados reumatológicos de qualidade em todo o país e que, nalguns casos, estes cuidados podem mesmo estar em perigo. Infelizmente, os entraves são externos à Reumatologia pelo que resolvê-los será mais complicado. Será necessário tomar posições difíceis, mas cruciais e inevitáveis, para as quais teremos, de certeza, o empenho de todos. ■



Viviana Tavares

Presidente da SPR

Em 2013 a SPR recebeu o estatuto de Instituição de Utilidade Pública



Armando Malcata
Vice-presidente da SPR

(...) a SPR concedeu apoios financeiros a cinco projetos e a dois estágios

Apoios à investigação e formação

A formação e a investigação constituem pilares da atividade da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR). Em 2013, a SPR concedeu apoios financeiros a cinco projetos e a dois estágios.

A bolsa SPR/MSD reconhece anualmente um projeto de investigação na área das doenças reumáticas inflamatórias. Nesta edição, os trabalhos foram submetidos à avaliação de um júri, constituído por três reumatologistas: Domingos Araújo, Carlos Vaz e Paulo Coelho.

A Bolsa SPR/MSD 2013, no valor de oito mil euros, foi atribuída ao projeto de investigação “The Roots of Arthritis”, da autoria de Joana Ferreira, Cátia Duarte, Sara Serra, Armando Malcata, Ricardo Ferreira, Andrea Marques e José António Pereira da Silva.

A apresentação pública das candidaturas decorreu no passado 23 de Abril de 2013 e o vencedor foi anunciado durante o Simpósio Dor & Inflamação. Juntamente com este, concorreram outros três trabalhos: “Envolvimento cardíaco na Esclerose Sistémica avaliado por imagiologia cardíaca e biomarcadores de fibrose. Estudo do impacto

clínico e dos preditores de risco” (Cristina Ponte e col.), “DNA Mitocondrial: um novo biomarcador serológico no Lúpus Eritematoso Sistémico?” (Luís Inês e col.) e “Mitochondrial Genetics of Rheumatoid Arthritis Susceptibility” (Helena Canhão e col.).

Ainda em 2013, o Fundo de Apoio à Investigação e Formação Reumatológicas, promovido pela SPR, contemplou três estudos e dois estágios: “A randomized placebo controlled trial to assess the long-term efficacy and structural effect of repeated intra-articular injections of hyaluronic acid in primary knee osteoarthritis”, de Alexandre Sepriano e col.; “Estudo DISARMA II: utilidade da ecografia na detecção de alterações preditivas de gravidade (dor e disfunção) em mulheres com osteoartrose erosiva das mãos”, de Margarida Cruz e col.; “Validating ACR / EULAR diagnostic and classification criteria for primary systemic vasculitis”, de Cristina Ponte; estágio de 3 meses de Cristina Ponte no Royal Free Hospital de Londres; e estágio de 3 meses de Daniel Peixoto, em Reumatologia Pediátrica, no Instituto Giannini Gaslini, Génova. ■



Lúcia Costa
Vice-presidente da SPR

(...) tem havido uma crescente adesão dos centros de Reumatologia

Reuma.pt

O Registo Nacional de Doentes Reumáticos – **Reuma.pt** – é, tal como definido no programa, um instrumento estratégico para a Direção da SPR.

Tal como era desejável, tem havido uma crescente adesão dos centros de Reumatologia à introdução dos doentes nesta importante plataforma, com avaliações sequenciais, permitindo a obtenção de dados de qualidade cada vez maior. Com contributos dos utilizadores e a supervisão da Comissão Coordenadora, tem sido possível melhorar algumas funcionalidades, tornando a utilização mais apelativa e com maior rentabilidade.

Sinal da qualidade no nosso registo, o número de pedidos de colaboração de outras Sociedades Científicas nacionais e estrangeiras tem igualmente vindo a aumentar com a criação de novas plataformas e alargamento das patologias com protocolos específicos. A

colaboração com a Direção-Geral de Saúde (DGS) tem sido também uma prioridade.

O reconhecimento da enorme importância do Reuma.pt e da sua extraordinária capacidade como base de dados tem levado ao crescente aparecimento de propostas de trabalhos multicêntricos, cumprindo também um dos objetivos deste projeto.

De acordo com as regras estabelecidas, estes projetos são submetidos à Comissão Coordenadora para apreciação.

Todas estas ações necessitam de um acompanhamento pela Direção da SPR, cabendo a um dos vice-presidentes este papel de ligação. ■

Balanço financeiro

A atual direção apresentou o relatório de contas referente à atividade desenvolvida durante o ano de 2012 na assembleia geral da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) que decorreu no final do Simpósio Inflamação & Dor (4 de Maio de 2013).

Apesar dos constrangimentos financeiros que havíamos antecipado, durante o ano de 2013 a SPR manteve o equilíbrio da sua contabilidade.

Continuámos a contar com o apoio financeiro da indústria farmacêutica para alguns dos nossos maiores projetos de atividade científica e de investigação como o Registo Nacional de Doentes Reumáticos (Reuma.pt), o EpiReumaPt e a biblioteca virtual, que mantiveram assim a sua atividade em pleno.

A estabilidade financeira permitiu ainda manter o apoio dos Cursos para Internos, a realização do Simpósio Inflamação & Dor, a atividade da Escola de Ecografia e as bolsas de apoio à investigação e formação reumatológicas.

Durante este ano foi efetuada a renovação do site da SPR e da Acta Reumatológica, que implicaram um investimento adicional.

No âmbito da BioDGS.pt foi criado um protocolo com a Sociedade Portuguesa de Dermatologia, para a elaboração dos registos desta especialidade, com um retorno financeiro mensal para a SPR.

A realização do Simpósio Inflamação & Dor permitiu obter um importante proveito para a SPR.

Na assembleia geral realizada no fim das Jornadas de Outono foi apresentado o orçamento previsional da SPR para 2014, em que se perspetiva a manutenção do equilíbrio financeiro e a capacidade para manter as principais atividades em curso. ■



Helena Santos

Tesoureira

Durante o ano de 2013 a SPR manteve o equilíbrio da sua contabilidade

Grupos de trabalho

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) tem nos seus órgãos especializados os grupos de trabalho. Cabe à SPR estimular a criação de grupos de trabalho nas diferentes vertentes da reumatologia, existindo atualmente seis grupos de trabalho bem definidos: Artrite Reumatoide (GEAR), Espondilartrites (GESPA), Doenças Reumáticas Sistémicas (GEDRESIS), Osteoporose e Doenças Ósseas Metabólicas (GEODOM), Reumatologia Pediátrica e Dor.

Atendendo ao contexto atual, onde as questões farmacoeconómicas e a medicina baseada na evidência assumem particular importância, promover e estabelecer *guidelines* ou recomendações para a abordagem diagnóstica ou para o tratamento a fim de uma uniformização de critérios de actuação, tem sido um dos objetivos dos diferentes grupos de trabalho, através da realização exaustiva de revisões sistematizadas da literatura. Em Janeiro de 2013 realizou-se a reunião do grupo de trabalho da dor sob a designação

de “Recomendações do Tratamento da Dor na Osteoartrose” e novas recomendações no diagnóstico e tratamento da osteoporose estarão também a ser desenvolvidas.

A estimulação para o registo de doentes das diferentes patologias reumáticas nas bases de dados da SPR (Reuma.pt), bem como o contributo para melhorá-las e adaptá-las às especificidades de cada patologia, é outro dos pontos comuns aos vários grupos de trabalho. A colaboração em outras bases internacionais, nomeadamente a colaboração com a Sociedade Espanhola de Reumatologia (SER), tem também sido promovida.

Em curso está também a elaboração de um manual de esclerodermia pelo grupo GEDRESIS. ■



Ana Roxo

Vogal da Região Norte

Existem atualmente seis grupos de trabalho bem definidos



Catarina Ambrósio

Vogal da Região Centro

**Convidamos
todos os sócios
a explorar esta
nova plataforma**

Site da SPR

Numa era de novas tecnologias de informação, as plataformas e *sites* informáticos têm vindo a ocupar um papel de destaque e a assumir-se como ferramentas fundamentais na transmissão e trocas de informação.

Foi com essa noção que a actual direcção da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) procurou a criação de um novo *site* da SPR, mais funcional e com maior potencialidade, procurando também a resolução de vários problemas que ao longo dos anos foram surgindo com o antigo.

Assim, o novo *site* apresenta vários perfis de utilização, com conteúdos dirigidos e distintos de acordo com o público-alvo. Todos os sócios, através do *login* e *password*, podem aceder à área de sócio, onde se manteve o acesso a documentos e publicações, bem como a possibilidade de solicitação de artigos à biblioteca da SPR. Das novas funcionalidades há a destacar a criação duma *network*, onde o nome de cada sócio corresponde a um *link*, através do qual é possível visualizar o perfil desse sócio e inclusive a troca de mensagens *online* entre os sócios. Por outro lado, cada sócio

pode agora editar o seu perfil, com componente pública e privada, e com a possibilidade de fazer *upload* de documentos que ache importante divulgar e/ou partilhar com os outros sócios.

Outra nova ferramenta do *site* que achamos importante divulgar é a criação de um sistema *e-learning* onde, futuramente, será possível fazer cursos *online*, modulares, permitindo uma atualização de conhecimentos e formação, sem a necessidade de deslocação dos formandos e formadores.

Convidamos pois todos os sócios a explorar esta nova plataforma, a actualizar os seus perfis e a colaborar no enriquecimento deste projeto, com a certeza de que esta ferramenta terá potencial para se transformar, no futuro, na rede de comunicação privilegiada entre os reumatologistas. ■



Joaquim Polido Pereira

Vogal da Região Sul

**É também importante
para a Reumatologia a
divulgação da sua atividade
junto da população**

Formação e comunicação

No âmbito dos principais objetivos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), consta a promoção da atualização dos conhecimentos reumatológicos e o fomento do ensino e a investigação em Reumatologia, em particular junto dos internos. Desta forma, e como tem sido apanágio nos últimos anos, a SPR tem promovido e apoiado a realização de reuniões de formação para os internos, abordando várias temáticas de interesse clínico e científico. A SPR pretende contribuir para a manutenção desta atividade.

Outro aspeto importante neste âmbito consiste na colaboração com o Colégio de Especialidade de Reumatologia e a UEMS (*Union Européenne des Médecins Spécialistes*) – EBR (*European Board of Rheumatology*), entidades que contribuem para a regulação da formação pós-graduada em reumatologia, fomentando cuidados reumatológicos de excelência e facilitando a acreditação da formação reumatológica entre

diferentes países europeus. A SPR entende ser relevante a participação ativa junto dos grupos de trabalho da UEMS, em colaboração com o Colégio de Especialidade.

É também importante para a Reumatologia a divulgação da sua atividade junto da população. Este objetivo deverá ser cumprido não só através da comunicação social, mas também através das redes sociais. Deste modo pretende-se não só continuar a envolver os seus sócios na divulgação da melhor informação às associações de doentes, colaborando diretamente com a Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas, mas também tentar que a mensagem chegue à população em geral, tendencialmente desconhecadora da mais-valia de um reumatologista para a sociedade. ■

A arte dela é representar.



A arte dela é tocar.



A arte dele é esculpir.



EXXIV
ETORICOXIB

Bial

A VIDA VEZES MAIS

A sua é aliviar a dor que os faz parar.

EXXIV, comprimidos revestidos por película contendo **30 mg, 60 mg, 90 mg ou 120 mg** de etoricoxib. **Indicações terapêuticas:** Alívio sintomático da osteoartrose (OA), artrite reumatoide (AR), espondilite anquilosante e da dor e sinais de inflamação associados a artrite gotosa aguda. Tratamento de curta duração da dor moderada associada à cirurgia dentária. **Posologia e modo de administração:** Exxiv é administrado por via oral e pode ser tomado com ou sem alimentos. **Osteoartrose** – 30 mg uma vez por dia. Em alguns doentes com alívio sintomático insuficiente, um aumento da dose para 60 mg, uma vez por dia, pode aumentar a eficácia. Na ausência de um aumento no benefício terapêutico devem ser consideradas outras opções terapêuticas. **Artrite reumatoide** – 90 mg uma vez por dia. **Espondilite anquilosante** – 90 mg uma vez por dia. Em situações de dor aguda, o etoricoxib deve ser usado apenas no período sintomático agudo. **Artrite gotosa aguda** - 120 mg uma vez por dia. Em estudos clínicos para a artrite gotosa aguda, o etoricoxib foi administrado durante 8 dias. A dose para a artrite gotosa aguda não deve exceder 120 mg por dia, limitada a um máximo de 8 dias de tratamento. **Dor pós-operatória na cirurgia dentária** - 90 mg uma vez por dia, limitado a um máximo de 3 dias. Alguns doentes podem precisar de analgesia pós-operatória adicional. Doses superiores às doses recomendadas para cada indicação não demonstraram eficácia adicional ou não foram estudadas. A dose para cada indicação não deve exceder a dose máxima recomendada. Uma vez que o risco cardiovascular relacionado com a utilização de etoricoxib pode aumentar com a dose e a duração da exposição, deverá usar-se a menor dose diária eficaz, na menor duração possível. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes. Úlcera péptica ativa ou hemorragia gastrointestinal (GI) ativa. Antecedentes de broncoespasmo, rinite aguda, pólipos nasais, edema angioneurótico, urticária ou reações do tipo alérgico após a administração de ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) incluindo os inibidores da COX-2 (ciclo-oxigenase-2). Gravidez e aleitamento. Disfunção hepática grave (albumina sérica <25 g/l ou pontuação ≥10 na escala de Child-Pugh). Depuração da creatinina estimada em <30 ml/min. Crianças e adolescentes com menos de 16 anos de idade. Doença intestinal inflamatória. Insuficiência cardíaca congestiva (NYHA II-IV). Doentes com hipertensão cuja pressão arterial esteja persistentemente acima de 140/90 mmHg e não tenha sido controlada de forma adequada. Cardiopatia isquémica, arteriopatia periférica e/ou doença cerebrovascular estabelecidas. **Efeitos indesejáveis:** As reações adversas listadas por frequência (*muito frequentes: ≥1/10, frequentes: ≥1/100 a <1/10, pouco frequentes: ≥1/1.000 a <1/100, raros: ≥1/1.000 a <1/1.000, muito raros: <1/10.000*) foram as seguintes: *Muito frequentes:* dor abdominal. *Frequentes:* osteíte alveolar, edema/retenção de líquidos, tonturas, cefaleias, palpitações, arritmias, hipertensão, broncoespasmo, obstrução, flatulência, gastrite, azia/refluxo ácido, diarreia, dispepsia/mal-estar epigástrico, náuseas, vômitos, esofagite, úlcera da boca, aumentos da AST e/ou da ALT, equimose, astenia/fadiga e doença gripal; *Pouco frequentes:* gastroenterite, infeções respiratórias superiores, infeção do trato urinário, anemia (principalmente associada a hemorragia gastrointestinal), leucopenia, trombocitopenia, hipersensibilidade, aumento ou diminuição do apetite, ganho de peso, ansiedade, depressão, acuidade mental diminuída, alucinações, disgeusia, insónias, parestesia/hipoestesia, sonolência, visão turva, conjuntivite, acúfenos, vertigens, fibrilhação auricular, taquicardia, insuficiência cardíaca congestiva, alterações não-específicas do ECG, angina de peito, enfarte do miocárdio, afrontamento, acidente cerebrovascular, acidente isquémico transitório, crise hipertensiva, vasculite, tosse, dispneia, epistaxe, distensão abdominal, alteração do motilidade intestinal normal, boca seca, úlcera gastroduodenal, úlceras pépticas incluindo perfuração gastrointestinal e hemorragias, síndrome de intestino irritável, pancreatite, edema facial, prurido, erupção cutânea, eritema, urticária, câibra/espasmo muscular, dor/ rigidez musculoesquelética, proteinúria, creatinina sérica aumentada, insuficiência renal/falência renal, dor torácica e azoto ureico no sangue aumentado, creatinafosfoquinase aumentada, hipercaliemia, ácido úrico aumentado. *Raros:* angioedema/reações anafiláticas /reações anafilactoides incluindo choque, confusão, irrequietude, hepatite, insuficiência hepática, icterícia, síndrome Stevens-Johnson, necrose epidérmica tóxica, erupção medicamentosa fixa e natremia diminuída. Foram notificados os seguintes efeitos indesejáveis graves associados à utilização de AINEs, que não podem ser excluídos para o etoricoxib: nefrotoxicidade incluindo nefrite intersticial e síndrome nefrótica. **Apresentação:** Exxiv 60 mg, cx. 7 e 28 comp. Exxiv 90 mg cx. 7 e 28 comp. Exxiv 120 mg, cx. 7 comp. Participação (excepto Exxiv 120 mg, cx. 7 comp.): 37% (Regime Geral) 52% (Regime Especial). *Sob licença de Merck & Co., Inc. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM: BIAL - Portela & Cª S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado - PORTUGAL Sociedade Anónima. Cons. Reg. Com. Trofa Matrícula n.º 500 220 913. NIPC 500 220 913. Capital Social €50.000.000 - www.bial.com - info@bial.com. Medicamento sujeito a receita médica. DIDSAM130705*



Mário Viana de Queiroz

Reumatologista

Figuras e Factos da Reumatologia Moderna

Da Cortisona às Terapêuticas Biotecnológicas

2.ª parte*

**Trata-se do segundo de quatro capítulos, que irão ocupar, além desta, as próximas duas edições do Boletim Informativo.*

Na 2ª parte deste trabalho abordamos os anti-inflamatórios não esteroides, as espondilites, os microcristais e a gota úrica.

A alusão ao primeiro anti-inflamatório não esteroide – o ácido acetilsalicílico – remonta a 1.500 anos A.C., quando no papiro de Ebers se aconselhava a casca de salgueiro, que continha uma quantidade apreciável de salicilatos, para o tratamento das doenças reumáticas, tendo tanto Hipócrates como Celso os usado no tratamento da podagra.²⁹

Foi em 1897 que o farmacêutico suíço Felix Hoffman redescobriu e melhorou o ácido acetilsalicílico para o tratamento das dores reumáticas que afligiam o seu pai, cujo estômago não tolerava o salicilato de sódio.³⁰

O ácido acetilsalicílico foi, posteriormente, patenteado pela Bayer com o nome de aspirina.

Em 1949 foi comercializada pelo laboratório Geigy a fenilbutazona, um anti-inflamatório não esteroide muito potente sobre as dores articulares, mas com efeitos adversos graves: hematológicos (agranulocitose, aplasia medular e outros), digestivos (úlceras pépticas, hemorragia digestiva e perfuração gástrica) e cardio-vasculares (retenção salina suscetível de provocar hipertensão e insuficiência cardíaca), o que levou ao seu abandono anos depois.

Nos anos seguintes foram sintetizados a indometacina, muito potente mas com efeitos adversos frequentes, como os digestivos e os do sistema nervoso central, o ibuprofeno, o naproxeno, o cetoprofeno, o diclofenac e muitos outros.³¹

Foi só em 1971 que Vane, Moncada e Ferreira descobriram que a aspirina e os outros anti-inflamatórios não esteroides, inibiam a 5-ciclo-oxigenase (COX 1), um dos enzimas chave na produção de prostaglandinas e o tromboxano, substâncias importantes em diversas funções fisiológicas, nomeadamente a nível do estômago e do rim.³²

As prostaglandinas têm, também, potentes atividades pró-inflamatórias pelo que a sua

inibição pela aspirina e outros anti-inflamatórios não esteroides é de tal modo importante que John Vane ganhou o prémio Nobel de Medicina e de Fisiologia, em 1982, tendo-lhe sido outorgado o título de Sir pela Rainha Isabel II de Inglaterra.

Outro avanço registou-se, em 1991, quando se verificou a existência de duas Cox, a Cox 1 constitutiva, que tem importantes funções fisiológicas como já referido, e a Cox 2 pró-inflamatória.³³

Esta descoberta levou à síntese de novos anti-inflamatórios não esteroides que inibiam especificamente a Cox 2, sem atuar sobre a Cox 1. Estas substâncias foram denominadas coxibes, sendo o rofecoxibe e o celocoxibe os primeiros a serem comercializados.

E quando parecia que a saga dos anti-inflamatórios não esteroides e da sua agressividade gástrica estava resolvida, verificou-se que a Cox2 também era constitutiva a nível do rim e outros tecidos, o que explicava a retenção hidro-salina que estes fármacos por vezes originavam com o aparecimento de edemas e de elevação da pressão arterial.³⁴

Um destes fármacos, o Rofecoxibe, revelou importantes propriedades trombóticas, levando ao desencadeamento de enfartes do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais, sendo por isso suspensa a sua utilização em 2004.

Esta ação protrombótica explica-se pela inibição da síntese da prostaciclina, um potente vasodilatador e pela não inibição de tromboxano que é um vasoconstritor e aumenta a agregação das plaquetas.³⁴

Desde a década de 50 do século passado que as espondilites eram consideradas variantes atípicas da artrite reumatoide.³⁵ Este conceito refletia-se nas designações porque eram então conhecidas: a espondilite anquilosante era a espondilite reumatoide, a síndrome de Reiter era a artrite reumatoide pós-gonocócica, a artrite psoriática era a artrite reumatoide com psoríase e as artrites e espondilites das doenças inflamatórias crónicas do intestino eram artrites reumatoides com doença de Crohn e colite ulcerosa.³⁵

Desde a década de 50 do século passado que as espondilites eram consideradas variantes atípicas da artrite reumatoide

Bibliografia (Continuação da 1.ª parte)

29. Viana Queiroz M, Hilton Seda – História da Descoberta da Aspirina e dos Anti-Inflamatórios Não Esteróides “in” História da Reumatologia Ed.kalligráfos. Porto Alegre, 2006
30. Bywaters EGL – The history of salicylates. An International Symposium. Ed. Little Brown, Boston, 1963.
31. Bach F, Baños JE – Farmacologia de los analgésicos, antitérmicos y de los AINE “in” Tratamiento de la Dolor. Editorial MRC, Barcelona, 1995
32. Vane JR – Inhibition of Prostaglandin Synthesis as a mechanism of Action for Aspirin – like drugs. Nature. New Biology. June 23, 1973
33. Needleman P, Isakson PS – The discovery and function of COX2. J. Rheumatology 1997;24 (suppl 49):6-8
34. Scheran CN – Eicosanoids and Related Compounds “in” Arthritis and Allied Conditions. Vol 1 – 15th edition. Ed.Lippincott Williams & Wilkins. Madrid, 2005
35. Viana de Queiroz M, Hilton Seda – História do Aparecimento do Grupo Nomenclógico das Espondilartroses Sero-Negativas “in” História da Reumatologia. Ed. Kalligráfos. Porto Alegre.2007

Em 1958, Mc Ewen e colaboradores num estudo serológico controlado, utilizando a detecção de factores reumatoides pela reação de Waaler-Rose em dois grupos de doentes e num grupo controlo, verificaram que a detecção deste teste na verdadeira artrite reumatoide era da ordem dos 96% dos casos, enquanto nas formas atípicas desta doença era da ordem dos 1% a 2% dos casos e idêntica à do grupo controlo³⁶. Depois deste estudo a artrite reumatoide foi considerada diferente das outras doenças referidas.

Já na década de 70 do século passado, mais precisamente em Abril de 1973, Brewerton e colaboradores, em Londres, num artigo publicado na *Lancet*³⁷ e Schlosstein e colaboradores, em Los Angeles, num artigo publicado no *New England Journal of Medicine*³⁸, verificaram que os doentes com espondilite anquilosante possuíam nos seus linfócitos o antígeno HLA-B27 em 90% dos casos, enquanto no grupo controlo era da ordem dos 4%.

A maior prevalência deste antígeno noutras doenças como a artrite psoriática, a síndrome de Reiter e as doenças inflamatórias crónicas intestinais levaram Moll e Wright, em 1974, num artigo publicado na *Medicine*³⁹, a introduzirem o conceito de espondilartrites sero-negativas.

Para além das espondilartrites sero-negativas clássicas, surgiu mais tarde na literatura médica, o termo “espondilartrites indiferenciadas” para caracterizar um elevado número de doentes com alterações clínicas e ou radiográficas sugestivas de espondilartrites não preenchendo, contudo, os critérios de classificação de Amor⁴⁰ ou os do Grupo Europeu de Espondilartrites.⁴¹

Em 1969, Ahvonen, Aho e Seevers introduziram o conceito de artrite reativa, ou seja uma artrite asséptica após infeções intestinais por *Yersinia Enterocolitica*.⁴¹

Posteriormente foram descritas artrites reativas a outros microorganismos intestinais e urinários.

Nas artrites reativas não há material microbiano nas articulações. Em 60% a 80%, estas artrites estão associadas ao antígeno HLA-B27, que parece ser o responsável pela apresentação do antígeno aos linfócitos T.⁴²

Alguns autores são de opinião que as artrites reativas à *Clamydia* respondem aos antibióticos⁴³, o mesmo não acontecendo com as de origem intestinal.

Não obstante os cristais de ácido úrico terem sido descritos por Leewenerk, o inventor do microscópio, a partir de um tofo gotoso⁴⁴; de Scheele, em 1776, ter descrito a mesma substância do tofo num cálculo renal⁴⁵ e Hollander, em 1959, ter descrito pela primeira vez cristais de ácido úrico no líquido articular,

usando um microscópio convencional⁴⁶, a história da identificação das artrites microcristalinas, excluindo a gota úrica, que é tão antiga na terra como o homem, iniciou-se, em 1961, com os trabalhos de Mc Carty.⁴⁷

Mc Carty distinguiu claramente os cristais de ácido úrico (acinares e com birefringência fortemente negativa), dos cristais de pseudo-gota (paralelipédicos com refração ligeiramente positiva).

A espectrofotometria infra-vermelho dos cristais do fluido sinovial permitiu confirmar que os cristais da pseudo-gota eram de pirofosfato⁴⁸, e a sua análise química permitiu caracterizá-los como sendo de pirofosfato de cálcio desidratado.

Mc Carty caracterizou, em seguida, sete doentes tendo como denominador comum a presença de cristais no fluido sinovial e constatou que a sua clínica era idêntica à de uma doença descrita por Zitnan e Sitaj como condrocalcinose poliarticular familiar⁴⁹, cuja confirmação diagnóstica era para estes autores a radiologia das cartilagens calcificadas.

A esta patologia Mc Carty chamou doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, e à calcificação radiológica das cartilagens e das fibrocartilagens, condrocalcinose.

Mc Carty estudou 600 indivíduos com doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio que observou durante 25 anos^{50,51}, e agrupou-as nas formas seguintes: Tipo A constituído por doentes com pseudo-gota, representando 20%; Tipo B representando 5%, semelhando a artrite reumatoide; Tipos C e D surgindo em 50% dos doentes e mimitizando osteoartrite; Tipo E, assintomática; Tipo F, pseudo artropatia neuropática; Tipo G constituído por doentes com monoartrite; Tipo H ocorrendo sobretudo em mulheres com hidrartrose do joelho ou do ombro e Tipo I constituída por uma massa da sinovial evoluindo para metaplasia condroide.⁵²⁻⁵⁶

A condrocalcinose familiar descrita inicialmente na Checoslováquia foi, posteriormente, descrita em vários países: França, Alemanha, Espanha, Suécia, Dinamarca, Canadá, México e outros, entre os quais Portugal.⁵⁷

A gota úrica que antes da descoberta da biosíntese das purinas e a descoberta dos uricosúricos e do alopurinol, era uma doença muito mais destrutiva do que a artrite reumatoide, é hoje graças às referidas descobertas uma doença compatível com uma vida normal.

A biosíntese das purinas ou purino-síntese de novo, em que a síntese do ácido úrico se faz a partir de nucleótidos purínicos e de substâncias simples como água, ácido carbónico e glicocola, foi descoberta na década de 50 por Seegmiller⁵⁸, Wingarden e Kelley.⁵⁹

Mc Carty distinguiu claramente os cristais de ácido úrico (...) dos cristais de pseudo-gota

36. Arnett FC – Sero-negative Spondyloarthropathies. *Bull Rheum Dis* 1987;37:1-2
37. Brewerton DA, Caffrey, Hart FD, et al – Ankylosing Spondylitis and HLA A27. *Lancet* 1973;1:904
38. Schlosstein T, Terasaki P, Bluestone R et al – High Association of an HLA antigen A27 with Ankylosing Spondylitis. *N.Engl.J.M.* 1973;288:704
39. Moll JMH, Hasloch I, Mc Crae, Wright V – Association between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter Disease, the Intestinal Disease and Behcet syndrome. *Medicine* 1974;53:343-364
40. Amor B, Dougados M, Mijiyarava M – Critère de classification des spondylarthropathies. *Rev. Rhum.* 1990;57:85-89
41. Ahvonen P, Seevers K, Aho K – Arthritis associated with *Yersinia enterocolitica* infection. *Act. Rheum.Scand* 1969;15:232-53
42. Kingsley G, Panayi G – Antigenic responder in Reactive Arthritis “in” Rheumatic Dis. *Clin. North Ann.* 1972
43. Santos R.A. – Artrites Reactivas “in” *Reumatologia* Vol. 2 Ed. Lidel, Lisboa 2002
44. Mc Carty DJ – A historical note: Leewenerk’s Description of crystals from a gout tophus. *Arthritis Rheumatism* 1970;13:414-18
45. Scheele K.W. – *Examen Chemicum Calculi Urinary*. Opuscula 1776;2:73
46. Coggeshall H.C. – The synovial fluid “in” Hollander J.L. – Arthritis and Allied Conditions. 6th edition. Ed. Lea and Febiger. Philadelphia, 1960
47. Mc Carty DJ, Hollander J.L. – Identification of urate crystals in gouty synovial fluid. *Ann. Int.Med.* 1961, 54:452-60
48. Kahn NH, Hughes RE, Mc Carty DJ et al. – The significance of calcium phosphate crystals in the synovial fluid of arthritic patients. The pseudo-gout syndrome. *Ann.Int.Med.* 1962;56:738-45
49. Zitnan D, Sitaj S – Chondrocalcinosis Poliarticularis (familiaris). *Cesk Roentgenol* 1960;14:27-34
50. Mc Carty DJ – Diagnostic mimicry in arthritis patterns of the joint involvement associated with calcium pyrophosphate dehydrate crystal deposition. *Bull. Rheum. Dis.* 1975;25:804-809
51. Mc Carty DJ – The Heberden Oration – 1982. Crystals, joints and consternation, London. *Ann.Rheum.Dis.* 1983;42:243-53
52. Martel W, Champion CK, Thompson CR et al. – A roent nologically distinct arthropathy in some patients with pseudo gout syndrome. *AJR* 1970;109:587-605
53. De Seze S, Hubault A, Kahn MF – Two cases of diffuse articular chondrocalcinosis simulating chronic rheumatoid polyarthritis. *Rev.Rheum* 1961;28:439-444
54. Menkes CJ, Simon F, Delrieu F et al – Destructive arthropathy in chondrocalcinosis articularis. *Arthritis Rheumatism* 1976;19:329-48
55. Stevens IW, Spiera H – Hemarthrosis in chondrocalcinosis. *Arthritis Rheumatism* 1972;15:651-53
56. Viana de Queiroz M – Artrites Microcristalinas “in” *Reumatologia Clínica*. Ed. Lidel. Lisboa, 1996
57. Ambrósio C, Garcia J, Salvador MJ, Malcata A – Condrocalcinose familiar: uma história para dois irmãos. *Acta Reuma. Port.* 2008;33:352-6
58. Seegmiller JE – Diseases of purine and pyrimidine metabolism. *Metabolic control and disease*. 8th edition W.B.Saunders. Philadelphia, 1980
59. Wyngarden JB, Kelley WN – Gout and hyperuricemia. *Gune and Stratton*. New York, 1976



Devolve às mãos a vida “normal”

O primeiro anti-TNF subcutâneo, mensal, com eficácia demonstrada em AR, AP e EA¹

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM Nome do medicamento e forma farmacêutica

Simponi 50 mg solução injetável numa caneta pré-cheia ou numa seringa pré-cheia. **Composição qualitativa e quantitativa** 1 caneta pré-cheia ou seringa pré-cheia de 0,5 ml contém 50 mg de golimumab. Cada caneta pré-cheia ou seringa pré-cheia contém 20,5 mg de sorbitol por dose de 50 mg. **Indicações terapêuticas** Artrite reumatoide (AR) moderada a grave em adultos com resposta inadequada a DMARDs, incluindo metotrexato (MTX) e AR ativa e progressiva em adultos não tratados previamente com MTX. Artrite psoriática (AP) ativa e progressiva em adultos com resposta inadequada a DMARDs. Espondilite anquilosante (EA) ativa grave em adultos com resposta inadequada a terapêutica convencional. Colite ulcerosa ativa moderada a grave em doentes adultos que não responderam adequadamente à terapêutica convencional, incluindo corticosteroides e 6 mercaptopurina (6 MP) ou azatioprina (AZA), ou que apresentam intolerância ou contraindicações a estas terapêuticas. **Posologia e modo de administração** Os doentes tratados com Simponi devem receber o Cartão de Alerta do Doente. Simponi deve ser administrado por injeção subcutânea, 50 mg 1 vez por mês na mesma data todos os meses na AR: em associação com MTX e na AP: isolado ou em associação com MTX. Na CU (doentes com peso corporal inferior a 80 kg) administrar uma dose inicial de 200 mg, seguida de uma dose de 100 mg na 2ª semana, e 50 mg a cada 4 semanas daí em diante; (doentes com peso corporal superior ou igual a 80 kg) administrar uma dose inicial de 200 mg, seguida de uma dose de 100 mg na 2ª semana, e 100 mg a cada 4 semanas daí em diante. **Contra-indicações** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. Tuberculose ativa (TB) ou outra infeção grave como sepsis e infeções oportunistas. Falência cardíaca moderada ou grave (classe III/IV da NYHA). **Advertências e precauções especiais de utilização** Infeções bacterianas (incluindo sepsis e pneumonia), micobacterianas (incluindo TB), fúngicas invasivas e infeções oportunistas (tuberculose, reativação do vírus da hepatite B). Tuberculose [antes de iniciar o tratamento com Simponi, todos os doentes devem efetuar um rastreio de tuberculose, tanto ativa como inativa ("latente"). Os doentes em tratamento com Simponi devem ser monitorizados relativamente a sinais e sintomas de tuberculose ativa, incluindo doentes com resultado negativo para a tuberculose latente, doentes a fazer tratamento para a tuberculose latente ou doentes que foram tratados anteriormente para a infeção tuberculosa. Recomenda-se que a realização destes testes seja registada no Cartão de Alerta do Doente]. Reativação do vírus da Hepatite B. Neoplasias malignas e linfoproliferativas. Neoplasias malignas em pediatria. Linfoma e leucemia. Outras neoplasias malignas para além de linfoma Cancro da pele. Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC). Acontecimentos neurológicos. Cirurgia. Imunossupressão. Processos autoimunes. Reações hematológicas. Administração concomitante de antagonistas do TNF e anacina. Administração concomitante de antagonistas

do TNF e abatacept. Mudança entre DMARDs biológicos. Vacinações ou administração de outros agentes terapêuticos infecciosos. Reações alérgicas. Sensibilidade ao látex. Populações Especiais (Doentes idosos ≥ 65 anos, Insuficiência renal e hepática). Excipientes (Simponi contém sorbitol (E420). Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose, não devem administrar este medicamento. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** Não foram realizados estudos de interação. Não é recomendada a associação de Simponi e anacina ou abatacept. Nos doentes que recebem antagonistas do TNF os dados disponíveis sobre a resposta à vacinação com vacinas vivas ou sobre a transmissão secundária de infeção são limitados. O uso de vacinas vivas ou outros agentes terapêuticos infecciosos pode resultar numa infeção clínica, incluindo infeção disseminada. Não devem ser administradas vacinas vivas ou agentes terapêuticos infecciosos com Simponi. Embora a utilização concomitante de MTX resulte no aumento da concentração sérica de Simponi no estado estacionário em doentes com AR, AP e EA, os dados não sugerem a necessidade de ajustes posológicos tanto para Simponi como para o MTX. **Efeitos indesejáveis** Muito Frequentes Infeção do trato respiratório superior (rinofaringite, faringite, laringite e rinite) Frequentes Infeções bacterianas (ex: celulite), infeções virais (ex: influenza e herpes), bronquite, sinusite, infeções fúngicas superficiais, anemia, reações alérgicas (broncoespasmo, hipersensibilidade, urticária), positividade para autoanticorpos, depressão, insónia, tonturas, parestesia, cefaleias, hipertensão, obstipação, dispepsia, dor gastrointestinal e abdominal, náuseas, aumento da alanina aminotransferase (ALT), aumento da aspartato aminotransferase (AST), alopecia, dermatite, prurido, exantema, pirexia, astenia, reação no local de injeção (tais como eritema no local de injeção, urticária, induração, dor, hematoma, prurido, irritação e parestesia), perturbação da cicatrização, desconforto torácico. **Titular de AIM** Janssen Biologics B.V., Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Países Baixos. **Data de Revisão do texto** 10/2013. **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados.** Caneta pré-cheia e Seringa pré-cheia: Medicamento compartilhado a 100% ao abrigo do Despacho nº18419/2010. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM ou o seu representante, Merck Sharp & Dohme, Lda.

1. SIMPONI® Resumo das características do produto. Outubro 2013

AR = artrite reumatóide;
AP = artrite psoriática;
EA = espondilite anquilosante

1 x mês
Simponi[®]
golimumab

O primeiro uricosúrico a ser utilizado no tratamento da gota úrica, em 1877, foi a aspirina em altas doses por See⁶⁰, mas não teve aceitação em consequência dos frequentes efeitos adversos, nomeadamente o salicilismo.

Em 1951, Gutman e Yu⁶¹ e Talbot e colaboradores⁶² trabalhando independentemente, evidenciaram a eficácia uricosúrica do probenecide e a sua capacidade para reduzir o tamanho dos tofos.

O alopurinol foi desenvolvido por Robbins e colaboradores⁶³, em 1956, com o objetivo de potenciar a eficácia da 6-mercaptopurina no tratamento das doenças neoplásicas.

Em 1963, Rundles e colaboradores⁶⁴ demonstraram que o fármaco baixava as concentrações séricas e urinárias do ácido úrico

nos indivíduos gotosos, sendo particularmente interessante nos gotosos com aumento da purinosíntese do ácido úrico, inibindo a enzima xantina-oxidase que faz a conversão da xantina em ácido úrico.⁶⁵ ■

Este artigo continua na próxima edição do Boletim Informativo.

60. See G. - Études sur l'acid salicylique et les salicylates: traitement du rhumatisme aigu et chronique de la goutte et de diverses affections du système nerveux sensitive par les salicylates. Bull Acad. Med. 1877;6:689-705

61. Gutman AB, Yu TF - Benemid as uricosuric agent in chronic gouty arthritis. Trans.Assoc Am Phys 1951;64:279-288

62. Talbot JH, Bishop C, Norcross RM et al - clinical and metabolic effect of Benemid in patients with gout. Trans.Assoc. Ann Phys 1951;64:372

63. Robins RK - Potential purine antagonist synthesis of some 4,6 substituted pyrazolo 3,4 pyrimidines. J. Ann. Chem. Soc. 1956;78:784-790

64. Rundles RW, Wyngarden JB, Hitchings CH et al - Effect of xantine oxidase inhibitor on thiopurine metabolism, hyperuricemia and gout. Trans Assoc Med. Phys 1963;76:126-140

65. Klinenberg JR, Goldfinger SE, Seegmiller JE - The effectiveness of the xantin oxidase inhibition allopurinol in the treatment the gout. Ann. Intern. Med. 1965;62:639-47

A gota úrica (...) é hoje graças às referidas descobertas uma doença compatível com uma vida normal

Sociedade Reumatológica

Sandra Garcês vence Prémio Pfizer de Investigação Clínica

O desenvolvimento de um novo algoritmo de apoio à decisão clínica para monitorização dos doentes submetidos a terapêuticas biológicas valeu à equipa liderada pela reumatologista Sandra Garcês um dos mais prestigiados prémios de investigação médica

No ano com o maior número de candidaturas aos prémios de investigação Pfizer – 65 no total – a equipa liderada pela reumatologista Sandra Garcês arrecadou o prémio de 20.000 Euros na categoria de Investigação Clínica. Para a reumatologista, trata-se de “um importante reconhecimento” do trabalho desenvolvido e um “contributo para o desenvolvimento de mais investigação na área”.

“O nosso trabalho consistiu em perceber e conseguir avaliar o fenómeno biológico subjacente à heterogeneidade de respostas clínicas que temos vindo a constatar na prática clínica em doentes submetidos a terapêuticas biológicas”, explica a reumatologista do Hospital Garcia de Orta, em Almada. “Desta forma pudemos identificar subgrupos de doentes que beneficiam de estratégias terapêuticas específicas, personalizadas a

cada subgrupo e com base nisto desenvolvemos um novo algoritmo de apoio à decisão clínica para monitorização destes doentes”, salienta.

Sandra Garcês afirmou, durante a cerimónia de entrega dos prémios, que decorreu na Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, no passado dia 12 de Dezembro, que este modelo de otimização terapêutica poderá poupar 20 milhões de euros por ano ao Serviço Nacional de Saúde. “No final do estudo, verificámos que os doentes que haviam seguido estratégias concordantes com as do novo algoritmo proposto tiveram cerca de 10 vezes maior probabilidade de atingir uma baixa atividade de doença, comparativamente a outros

doentes que seguiram estratégias diferentes”, justifica.

A 57.ª edição dos Prémios Pfizer 2013 distinguiu também, na categoria de investigação básica, um projeto para travar a sépsis, liderado por Luís Ferreira Moita e Nuno Figueiredo, do Instituto de Medicina Molecular de Lisboa, e um projeto no âmbito da fibrose quística, liderado por Margarida Amaral, investigadora da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Cada um recebeu dez mil euros. ■





Prémios Hospital do Futuro 2012/2013

Reuma.pt arrecadou segundo lugar

Por Helena Canhão

Reumatologista



O Registo Nacional de Doentes Reumáticos da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (Reuma.pt) arrecadou o segundo lugar nos “Prémios Hospital do Futuro 2012/2013”, na categoria “e-Saúde”, que destaca o melhor projeto de Telemedicina ou e-Saúde. “CSI: Cancro sob Investigação”, promovido pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, foi o vencedor da categoria. A cerimónia de entrega dos prémios decorreu no passado 2 de Dezembro, na Universidade Católica de Lisboa.

Os “Prémios Hospital do Futuro 2012/2013” têm como objetivo destacar e galardoar as pessoas e organizações que mais contribuíram para o desenvolvimento nas organizações de Saúde em Portugal ao longo do ano de 2012, nomeadamente na promoção e dinamização de projetos de utilidade pública, no âmbito da sua contribuição para o combate à doença, para a promoção da Saúde, para a aplicação das novas tecnologias de informação na Saúde, entre outras áreas. Os prémios estão organizados em oito categorias: Acessibilidade, e-Saúde, Educação, Gestão & Economia da Saúde, Prevenção da Obesidade, Qualidade em Saúde, Serviço Social e Grande Idade.

A escolha das pessoas e entidades premiadas competiu a um júri constituído por personalidades com reconhecidos méritos no contexto dos diferentes prémios instituídos. Este reconhecimento visa não apenas premiar as iniciativas com mais destaque na área da Saúde no ano de 2012, mas também motivar e estabelecer exemplos a seguir no futuro, contribuindo assim para o desenvolvimento do setor da Saúde e para o progresso de Portugal.

O Fórum Hospital do Futuro é uma iniciativa da Fundação para a Colaboração, que

visa encorajar e dar suporte à geração de conhecimento, num setor de atividade que interseja a política, a tecnologia e a inovação.

Reuma.pt

O desenvolvimento do Reuma.pt começou em 2007 e foi lançada uma primeira versão em Junho de 2008, altura em que foram registados os primeiros doentes. Progressivamente vários centros começaram a inserção de doentes e consultas, com um incremento substancial em Setembro de 2009. No ano de 2012, foi lançada a versão web do Reuma.pt que contribuiu decisivamente para facilitar o acesso e otimizar as potencialidades da base de dados, por parte dos seus utilizadores.

**Até Novembro de 2013
estavam registados no
Reuma.pt mais de 10.000
doentes e 60.000 consultas**

A conceção do Reuma.pt baseou-se nalguns princípios fundamentais: ser o Registo Nacional de todos os doentes e doenças reumáticas; servir como um processo clínico electrónico, evitando a duplicação do trabalho médico no registo de dados; fornecer de uma forma simples e rápida dados clínicos aos médicos e centros para responder a questões administrativas e de gestão sobre os doentes reumáticos e as suas terapêuticas; ser uma importante ferramenta de investigação para promover o aumento do conhecimento em Reumatologia; ser um promotor da melhoria dos cuidados de saúde aos doentes reumáticos.

O Reuma.pt está autorizado pela Comissão Nacional de Protecção dos Dados e pelas Comissões de Ética dos centros. Este registo funciona em tempo real, articulando-se com o médico através de uma plataforma de processo clínico electrónico. Assim, enquanto o médico observa o doente, percorre campos que estruturam e uniformizam a prática clínica e todas as consultas efectuadas ficam imediatamente registadas no Reuma.pt, garantindo-se a total anonimização dos dados. O Reuma.pt apresenta ainda um espaço para inserção de dados efectuada pelos doentes, onde estão disponíveis formulários de auto-preenchimento específicos para o diagnóstico do doente.

O Reuma.pt apresenta-se com uma cobertura nacional dos 52 centros de reumatologia e constitui uma fonte rica para pesquisa científica e para melhorar os cuidados de saúde aos doentes reumáticos. O objetivo principal é registar todos os doentes reumáticos que efetuam terapêuticas biológicas em Portugal continental, Açores e Madeira, promovendo o seguimento destes, para determinação da eficácia, segurança e adequação da sua utilização às recomendações nacionais de prescrição de fármacos biológicos em doenças reumáticas. Além disso, o Reuma.pt regista também coortes de doentes com AR, EA, AP e AIJ, tratados com imunomoduladores clássicos, lupus eritematoso sistémico, vasculites, síndromes auto-inflamatórias e protocolos genéricos para todas as outras doenças reumáticas do adulto e em idade pediátrica. Até Novembro de 2013 estavam registados no Reuma.pt mais de 10.000 doentes e 60.000 consultas. ■

ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA



Sociedade Portuguesa de Reumatologia

SEDARE DOLOREM

OPUS DIVINUM EST

ELEANORA REGINA

40
ANOS

1972 - 2012