

Um guia prático para melhorar o diagnóstico da rinite nos cuidados primários

A rinite é um problema altamente prevalente em todas as faixas etárias que prejudica significativamente a vida das pessoas com a doença, incluindo os seus conviventes. O subdiagnóstico e o diagnóstico incorreto são comuns, o que leva a um tratamento inadequado ou insuficiente, impacto económico e a potenciais danos.¹

A maioria das pessoas com rinite controla a doença de forma episódica, seja por autogestão ou com medicamentos de venda livre (OTC). Muitas pessoas subestimam e negligenciam os seus sintomas e, muitas vezes, não os comunicam ao seu médico de família (MF). No entanto, como se trata de um problema comum e uma comorbidade frequente que afeta o tratamento de outras doenças, deve ser reconhecida e tratada adequadamente nos cuidados de saúde primários.

A DIMENSÃO DO PROBLEMA

A prevalência média global da rinite alérgica (RA) e da rinite não alérgica (RNA) é de 18% e 12%, respetivamente, e parece estar a aumentar ao longo do tempo.² A rinite alérgica afeta aproximadamente 500 milhões de pessoas em todo o mundo³, apresentando uma variação geográfica considerável.⁴

A rinite afeta todas as idades, embora a frequência dos sintomas seja mais elevada em crianças e adolescentes.⁵ A RA é mais frequente do que a RNA e apresenta sintomas mais persistentes e moderados a graves.³ A frequência e a gravidade dos sintomas nasais e oculares da RA, juntamente com distúrbios do sono, resultam numa redução acentuada da qualidade de vida,⁴ e num encargo económico resultante dos custos com medicamentos, consultas médicas, absentismo, presenteísmo, impacto no desempenho académico e profissional e nos familiares.⁶⁻⁸

O QUE É A RINITE E QUAIS SÃO AS SUAS CAUSAS?

A rinite é uma inflamação da mucosa nasal, caracterizada por pelo menos dois sintomas, durante mais de uma hora por dia na maioria dos dias:

1. coriza (rinorreia)
2. nariz entupido/ congestão nasal
3. espirros
4. comichão no nariz
5. comichão na garganta
6. comichão nos olhos*

Existem três subgrupos distintos de rinite amplamente aceites: rinite alérgica (RA); rinite não alérgica e não infecciosa (RNA) e rinite infecciosa.¹⁰ A RA refere-se a sintomas desencadeados por uma resposta imuno-mediada após a exposição a alérgenos, enquanto a RNA se refere a sintomas sem sensibilização alérgica.¹¹ Por vezes, os dois

* Este é um sintoma de conjuntivite alérgica, que está presente em, pelo menos, 50% dos pacientes com RA.

Tabela 1: Classificação da rinite alérgica (duração e gravidade)^{20,21}

Intermitente < 4 dias por semana ou < 4 semanas consecutivas	Ligeira (todos os seguintes) - Sono normal - Trabalho e escola normais - Atividade diária normal - Sem sintomas incómodos
Persistente > 4 dias por semana e > 4 semanas consecutivas	Moderada/grave (um ou mais) - Sono alterado - Problemas no trabalho e na escola - Comprometimento das atividades diárias - Sintomas incómodos

tipos (RNA e RA) coexistem (rinite mista). É importante identificar a causa da rinite para o seu tratamento com sucesso.

A **rinite alérgica (RA)** é causada por aeroalérgenos, incluindo a exposição a alérgenos ocupacionais. De acordo com a Rinite Alérgica e o seu Impacto na Asma (ARIA): <https://www.euforea.eu/aria/>, ela é classificada com base na duração e gravidade dos sintomas (Tabela 1). Pelo menos 50% dos pacientes apresentam sintomas persistentes e 40-60% apresentam RA moderada a grave, o que afeta significativamente a sua qualidade de vida. A abordagem diagnóstica da RA é semelhante em todas as faixas etárias. A RA geralmente começa a aparecer em crianças por volta dos 4 a 6 anos, com pico de incidência entre os 14 e os 16 anos, mas pode desenvolver-se em qualquer fase da vida.^{12,13} A RNA é menos comum em crianças, exceto quando relacionada com infeções.

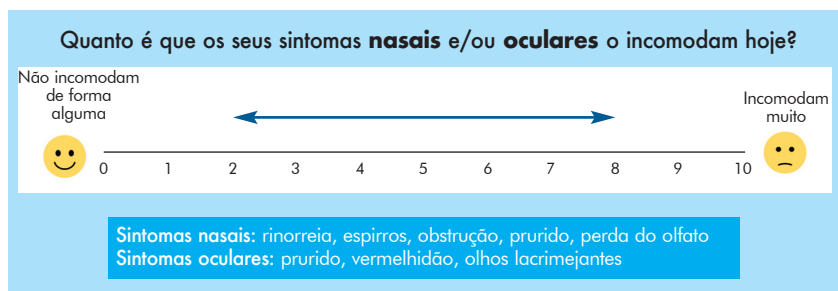
A RA é frequentemente subdiagnosticada ou mal diagnosticada e, muitas vezes, não é tratada.¹⁴ Como os sintomas apresentados são semelhantes aos de outras doenças, especialmente virais (por exemplo, constipação comum, rinosinusite, gripe, COVID-19, RNA), as pessoas com RA podem pensar que têm uma infeção ou outra doença respiratória.^{15,16} Isso pode

levá-las a esperar que o seu médico de família prescreva antibióticos¹⁷ (ver abaixo). Além disso, as pessoas com RA fazem frequentemente autodiagnóstico e autogestão com tratamentos sem receita médica em farmácias comunitárias ou online para aliviar os sintomas, sem consultar o seu médico de família.¹⁸ Isto pode levar à utilização excessiva de medicamentos, à falta de um diagnóstico estabelecido, a um tratamento inadequado, à fraca adesão à medicação e a uma má autogestão.¹⁹ Os pedidos de medicamentos sem receita médica são uma oportunidade para os farmacêuticos identificarem uma provável rinite e aconselharem ou encaminharem os indivíduos para uma consulta de cuidados primários, onde o diagnóstico pode ser baseado na história clínica e familiar, no exame físico e, em casos selecionados, na referênciação.

A gravidade dos sintomas da RA e da RNA é frequentemente avaliada utilizando uma Escala Visual Analógica (Figura 1), que varia de 0 (não incómodo) a 10 (extremamente incómodo). Uma pontuação de 5 ou mais identifica doença moderada a grave. A utilização de uma EVA para avaliar a gravidade da rinite permite medir qualquer alteração após o tratamento.

A **rinite não alérgica** (Tabela 2) é desencadeada por uma variedade de

Figura 1 - Escala visual analógica



Adaptado de: Sousa-Pinto B, et al. Validade, fiabilidade e capacidade de resposta das escalas visuais analógicas de monitorização diária no MASK-air®. Clin Transl Allergy. 19 de setembro de 2021; 11(7):e12062. doi: 10.1002/ctt2.12062

Tabela 2: Diagnóstico diferencial da rinite

Rinite	Alérgica	Não alérgica	
		Não Infeciosa	Infeciosa
	Rinite alérgica (RA)	Rinite não alérgica	Vírus da constipação comum; COVID; Gripe
Causas	Resposta imunológica a alérgenos	Diversas: farmacológica, uso crónico de descongestionantes	Infeção
Início	No início da vida	Qualquer idade	Qualquer idade
Duração	Intermitente/persistente	Intermitente/ Persistente	Intermitente, episódica
História familiar	Rinite, dermatite atópica, asma	Irrelevante	Se algum membro da família estiver infetado
Comorbilidades	Conjuntivite alérgica, asma, dermatite atópica		
Fatores desencadeantes	Externa: pólen de árvores, ervas daninhas e flores, e mofo (as alterações climáticas podem aumentar os níveis de alérgenos) Interna: ácaros, baratas, pelos de animais e mofo	- aditivos alimentares (capsaicina, especiarias, sulfitos na alimentação salicilatos, causas ocupacionais - alterações hormonais (THS, pré-menstrual) - excitação sexual - álcool	
Fatores agravantes	- infeção viral, - fumo de tabaco, - irritantes ambientais: poluição atmosférica, poluição do ar		

fatores que inflamam ou irritam a mucosa nasal, tais como certos medicamentos, por exemplo, aspirina, AINEs, ingredientes alimentares (capsaicina, especiarias, sulfitos e salicilatos alimentares salicilatos), hormonas (pré-menstruais, contraceptivos orais, TRH), produtos químicos (por exemplo, perfume, laca para o cabelo, cosméticos, antitranspirantes/desodorizantes, lixívia e produtos de limpeza domésticos), serradura, fumo de cigarro, fatores ocupacionais e poluição atmosférica.²² As doenças sistémicas também podem causar sintomas nasais (doenças autoimunes, deficiências de imunoglobulina, discinesia ciliar), bem como deformidades anatómicas nasais, como o desvio do septo nasal.²³ As infeções, especialmente infeções virais respiratórias, são uma causa comum de RNA, assim como a falta de sono, a fadiga, o stress e o frio extremo. Na rinite mista, a RNA pode ser complicada pela presença de RA.

A dor nos seios nasais, a rinossinusite bacteriana aguda e a otite média podem ocorrer com qualquer das formas de rinite. Isto deve-se à produção excessiva de muco, juntamente com o bloqueio dos óstios sinuais e/ou da trompa de Eustáquio, levando ao aumento da pressão nos seios nasais/ouvido médio, o que causa a dor. Normalmente, a rinossinusite bacteriana aguda ocorre após uma infeção viral, com agravamento dos sintomas 5-7 dias após o início dos sintomas. É caracterizada por dor nos seios nasais, febre superior a 38°C e, frequentemente, sintomas sistémicos, como dor de cabeça, dores musculares, fadiga, arrepios e suores. Os antibióticos desnecessários podem causar mais mal do que bem, mas os esteróides nasais tópicos podem ser benéficos.^{24,25} É essencial identificar a causa subjacente da rinite para o diagnóstico correto e o tratamento

Perguntas para ajudar a identificar a RA:

- A percebeu-se de alguma coisa ou algum lugar que desencadeie os seus sintomas? Por exemplo, exposição ao pó doméstico ou ao pólen, contacto com animais, determinadas tarefas no trabalho, em casa ou na escola, ou exposição a produtos químicos.
- Quais são os sintomas que lhe causam mais incómodo? (verifique se tem rinorreia, espirros, comichão no nariz, congestão nasal, perda do olfato, olhos lacrimejantes ou com comichão).
- Há quanto tempo tem estes sintomas? Teve os mesmos sintomas nesta altura do ano passado?
- Algum membro da sua família já teve sintomas semelhantes?
- Algum deles foi diagnosticado com rinite alérgica (os doentes podem conhecê-la como febre dos fenos), conjuntivite alérgica, asma ou dermatite atópica?
- Os seus sintomas aparecem e desaparecem ou estão sempre presentes? Consegue relacionar os sintomas com uma estação/época específica do ano?
- O corrimento nasal é claro e aquoso?
- Tem pieira ou falta de ar? («Sim» pode indicar asma, mas também pode indicar dificuldade em respirar pelo nariz).
- Tem dor de ouvidos ou qualquer dor no rosto? («Sim» pode indicar otite média ou rinossinusite. Isto não indica uma infeção bacteriana, mas deve-se a uma combinação de aumento da produção de muco, acompanhada por uma redução da drenagem, levando a pressão (dor) no ouvido médio ou nos seios nasais (ver acima).

adequado. A RNA é tratada principalmente através da eliminação do fator desencadeante, enquanto a RA pode ser tratada eficazmente com uma variedade de tratamentos farmacológicos, uma vez adequadamente diagnosticada.

COMO FAZER UM DIAGNÓSTICO?

Anamnese

A colheita de uma história pessoal e familiar detalhada é essencial na avaliação da RA, e as perguntas devem centrar-se nos tipos de sintomas, no seu início, duração e frequência, em exposições suspeitas, nos fatores agravantes/atenuantes e na sazonalidade [ver Caixa de perguntas abaixo]. A anamnese também deve avaliar condições associadas, tais como conjuntivite alérgica, asma, dermatite atópica, distúrbios respiratórios do sono, rinossinusite e otite média.

Exame físico

Os achados podem incluir muco claro e pegajoso e cornetos nasais inferiores pálidos e inchados. A respiração pela boca, fungar frequentemente e/ou pigarrear estão frequentemente presentes, juntamente com sinais como olheiras (“olhos alérgicos”), prega infraorbitária e uma prega nasal transversal (da “saudação alérgica”, que é mais comum nas crianças). É importante excluir outras causas de obstrução nasal, como o desvio septal significativo, pólipos ou massas nasossinuais e, especialmente em crianças, corpos estranhos, caracterizados por corrimento nasal malcheiroso unilateral. Os seios nasais podem estar sensíveis ao toque em pessoas com sintomas crónicos.

Sinais de alerta

Certos «sinais de alerta» merecem atenção imediata e indicam a necessidade de encaminhamento para um otorrinolaringologista e/ou alergologista. Estes incluem obstrução nasal unilateral persistente, secreção progressiva sanguinolenta, corrimento nasal com mau cheiro, dor persistente nos seios nasais ou pólipos nasais (sugeridos por congestão nasal grave e persistente e anosmia). Estes sinais sugerem doenças subjacentes mais graves que requerem avaliação mais aprofundada.

Avaliação

Se a anamnese e a avaliação clínica sugerirem RA, e isso for corroborado por uma resposta positiva ao tratamento empírico com um anti-histamínico H1 não sedativo e/ou um glicocorticóide nasal (ou uma combinação fixa de glicocorticóide nasal e anti-histamínico nasal em casos moderados a graves), é possível confirmar o alérgico com base na anamnese, através de testes séricos para imunoglobulina E específica para alérgenos (IgE) ou testes cutâneos de alergia, embora esses testes geralmente sejam negativos na rinite alérgica local.^{26,27} A rinite alérgica local é caracterizada por boa resposta ao tratamento, mas detecção negativa de IgE sistêmica, uma vez que esta reside apenas na mucosa nasal. O teste sérico (IgE) está frequentemente disponível nos cuidados primários, não requer técnicos treinados e não requer a interrupção do anti-histamínico. Os testes cutâneos requerem um profissional qualificado para realizar os testes e interpretar os resultados. Raramente estão disponíveis nos cuidados primários, mas os resultados são imediatos. Estes testes devem ser reservados para casos de

incerteza diagnóstica ou de não resposta ao tratamento, mas também se for considerada a imunoterapia alérgica.^{28,29}

A imagiologia radiográfica não é recomendada para o diagnóstico da RA.²⁰

Referências

1. Braidó F, Baiardini I, Scichilone N, Musarra A, Menoni S, Ridolo E, et al. Illness perception, mood and coping strategies in allergic rhinitis: are there differences among ARIA classes of severity? *Rhinology*. 2014 Mar;52(1):66-71. doi: 10.4193/Rhino13.040.
2. Savouré M, Bousquet J, Jaakkola JK, Jaakkola MS, Jacquemin B, Nadif R. Worldwide prevalence of rhinitis in adults: a review of definitions and temporal evolution. *Clin Transl Allergy*. 2022 Mar;12(3):e12130. doi: 10.1002/clt2.12130. PMID: 35344304; PMCID: PMC8967272.
3. Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008 Apr;63:8-160.
4. Akdis CA, Hellings PW, Agache I, editors. Global atlas of allergic rhinitis and chronic rhinosinusitis. European Academy of Allergic Rhinitis and Chronic Rhinosinusitis; 2015.
5. Meltzer EO. Allergic rhinitis: burden of illness, quality of life, comorbidities, and control. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2016 May;36(2):235-48. doi: 10.1016/j.iac.2015.12.002.
6. Bédard A, et al. Correlation between work impairment, scores of rhinitis severity and asthma using the MASK-air(1) App. *Allergy*. 2020 Jul;75(7):1672-1688. doi: 10.1111/all.14204. Epub 2020 Mar 22.
7. Dierick BJH, van der Molten T, Flokstra-de Blok BMJ, Muraro A, Postma MJ, Kocks JWH, et al. Burden and socioeconomic of asthma, allergic rhinitis, atopic dermatitis and food allergy. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2020 Oct;20(5):437-453. doi: 10.1080/14737167.2020.1819793.
8. Smith P, Helling P, Scadding G, Harvey R, Carney S, Price D, et al. Impact of allergic rhinitis on health-related quality of life: results from an Australian survey. *Intern Med J*. 2016;46(Suppl 4):22. Article ASCIA-P57. doi: 10.1111/imj.57_13197.
9. Cardell LO, Olsson P, Andersson M, Welin KO, Svensson J, Tennvall GR, et al. TOTAL: high cost of allergic rhinitis—a national Swedish population-based questionnaire study. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2016 Feb 4;26:15082. doi: 10.1038/npcrm.2015.82.
10. Liva GA, Karatzanis AD, Prokopakis EP. Review of rhinitis: classification, types, pathophysiology. *J Clin Med*. 2021 Jul 19;10(14):3183. doi: 10.3390/jcm10143183. PMID: 34300349; PMCID: PMC8303640.
11. Savouré M, Bousquet J, Jaakkola JJ, Jaakkola MS, Jacquemin B, Nadif R. Worldwide prevalence of rhinitis in adults: a review of definitions and temporal evolution. *Clin Transl Allergy*. 2022 Mar;12(3):e12130.
12. Hardjojo A, Shek LP, van Bever HP, Lee BW. Rhinitis in children less than 6 years of age: current knowledge and challenges. *Asia Pac Allergy*. 2011 Oct;1(3):115-22. doi: 10.5415/apallergy.2011.1.3.115. Erratum in: *Asia Pac Allergy*. 2012 Jan;2(1):90. PMID: 22053307; PMCID: PMC3206246.
13. Asher MJ, Montefort S, Björkstén B, Lai CK, Strachan DP, Weiland SK, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC Phases One and Three repeat multicountry cross-sectional surveys. *Lancet*. 2006 Aug 26;368(9537):733-43. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69283-0. Erratum in: *Lancet*. 2007 Sep 29;370(9593):1128. PMID: 16935684.
14. Grønhoj Larsen C, Gyldebrand M, Linneberg A. Allergic rhinitis is often undiagnosed and untreated: results from a general population study of Danish adults. *Clin Respir J*. 2013 Oct;7(4):354-8. doi: 10.1111/crj.12015.
15. Montnèmy P, Svensson C, Adelroth E, Löfdahl CG, Andersson M, Greiff L, et al. Prevalence of nasal symptoms and their relation to self-reported asthma and chronic bronchitis/emphysema. *Eur Respir J*. 2001;17(4):596-603.
16. Larsson LG, Lindberg A, Franklin KA, Lundbäck B. Symptoms related to obstructive sleep apnoea are common in subjects with asthma, chronic bronchitis and rhinitis in a general population. *Respir Med*. 2001;95(5):423-9.
17. Mainous AG 3rd, Zoorob RJ, Oler MJ, Haynes DM. Patient knowledge of upper respiratory infections: implications for antibiotic expectations and unnecessary utilization. *J Fam Pract*. 1997;45(1):75-83.
18. Tan R, Cvetkovski B, Kritikos V, Price D, Yan K, Smith P, et al. Identifying the hidden burden of allergic rhinitis (AR) in community pharmacy: a global phenomenon. *Asthma Res Pract*. 2017 Nov 21;3:8. doi: 10.1186/s40733-017-0036-z.
19. Scheire S, Germonpré S, Mehuys E, Van Tongelen I, De Sutter A, Steurbaut S, et al. Rhinitis control and medication use in a real-world sample of patients with persistent rhinitis or rhinosinusitis: a community pharmacy study. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024 Jul;12(7):1865-76.e6. doi: 10.1016/j.jaip.2024.04.031.
20. DynaMed. Allergic rhinitis. Available from: <https://www.dynamed.com/condition/allergic-rhinitis#GUID-5F4112FD-1A2F-4207-892A-0023F2708CA9>
21. Klimek L, Bachert C, Pfaar O, Becker S, Bieber T, Brehler R, et al. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. *Allergol Select*. 2019 Dec 30;3(1):22-50. doi: 10.5414/ALX02120E. PMID: 32176226; PMCID: PMC7066682.
22. Baroody FM, Gevaert P, Smith PK, Ziaie N, Bernstein JA. Nonallergic rhinopathy: a comprehensive review of classification, diagnosis, and treatment. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2024;12(6):1436-47.
23. Schatz M, Zeiger RS, Falkoff RJ. Nasal manifestations of systemic conditions. *Immunol Allergy Clin North Am*. 1987 Apr 1;7(1):159-74.
24. Fokkens WJ, Lund VJ, Hopkins C, Hellings PW, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. *Rhinology*. 2020 Feb 20;58(Suppl 29):1-464.
25. Ryan D. Management of acute rhinosinusitis in primary care: changing paradigms and the emerging role of intranasal corticosteroids. *Prim Care Respir J*. 2008 Sep;17(3):148-55. doi: 10.3132/pcrj.2008.00050. PMID: 18695848; PMCID: PMC6619892.
26. Rondón C, Campo P, Galindo L, Blanca-López N, Cassinello MS, Rodríguez-Bada JL, et al. Prevalence and clinical relevance of local allergic rhinitis. *Allergy*. 2012 Oct;67(10):1282-8. doi: 10.1111/all.12002. PMID: 22913574.
27. Bousquet J, Heinzerling L, Bachert C, Papadopoulos NG, et al. Practical guide to skin prick tests in allergy to aeroallergens. *Allergy*. 2012;67(1):18-24. doi: 10.1111/j.1398-9995.2011.02728.x.
28. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;152(1 Suppl):S1-S43. doi: 10.1177/0194599814561600.
29. Kakli HA, Riley TD. Allergic rhinitis. *Prim Care*. 2016;43(3):465-75.
30. EUFOREA. Allergic rhinitis pocket guide. Available from: <https://www.euforea.eu/news/allergic-rhinitis-pocket-guide/>

Dicas práticas:³⁰

- As pessoas podem apresentar sintomas agudos sem ter RA ou RNA, na maioria das vezes como resultado da exposição accidental, momentânea e não patológica a irritantes ambientais (por exemplo, frio extremo durante o inverno, exposição ao fumo do cigarro ou a perfume). Essas causas geralmente não requerem cuidados médicos e desaparecem assim que a causa é removida.
- As causas ambientais da RA variam muito à escala global, pois a exposição a alérgenos difere de região para região. Além disso, as alterações climáticas estão a tornar os padrões de aeroalérgenos cada vez mais imprevisíveis. Portanto, todos os pacientes devem ser avaliados com base nas condições climáticas locais e na exposição a alérgenos.
- Os sintomas sugestivos de RA (quando relacionados com a exposição a alérgenos) são 2 ou mais dos seguintes, por mais de 1 hora na maioria dos dias:
 - Coriza
 - Espirros, especialmente paroxísticos
 - Obstrução nasal
 - Comichão nasal
 - Sintomas oculares como comichão, vermelhidão ou lacrimejamento (pense em conjuntivite alérgica)
- Sintomas menos sugestivos de RA:
 - Sintomas unilaterais
 - Secreções descoloradas
 - Dor facial ou nasal
 - Epistaxes recorrente
 - Perturbação do olfato (anosmia)
 - Rinorreia posterior (gotejamento pós-nasal) com muco espesso
 - Rinorreia isolada
 - Ronco/apneia do sono

Autores: Dermot Ryan, Ee Ming Khoo, Fletcher Charlton, Ian Charlton, Jaime Correia de Sousa, Juan Trujillo, Kerstin Romberg, Luis Carvalho, Osman Yusuf, Siân Williams
Revisores: Bárbara Kong-Cardoso, Mário Morais-Almeida (WAO president)
Editor: Ian Wright

Apoiado pela World Allergy Organization (WAO) - www.worldallergy.org

Declaração de financiamento: Este guia de apoio foi financiado por uma bolsa educacional da ALK-Abelló, que concedeu uma subvenção para apoiar o desenvolvimento, a composição tipográfica, a impressão e os custos associados, mas não contribuiu para o conceito ou o conteúdo deste documento.

Este guia de apoio tem caráter consultivo; destina-se a uso geral e não deve ser considerado aplicável a um caso específico. Mais informações disponíveis em: <https://www.ipcr.org/DTH19>



Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações.

O IPCRG é uma instituição de caridade registada [SC No 035056] e uma empresa limitada por garantia [Company No 256268].
Endereço para correspondência: 19 Armour Mews, Ladbroke Grove, W2 1AD, Escócia, Reino Unido.



**RHINITIS
RIGHT
CARE**
AN IPCRG INITIATIVE



- Fornecem orientações práticas e apoio aos médicos que trabalham nos cuidados de saúde primários sobre diferentes aspetos do diagnóstico e tratamento das doenças respiratórias.
- São todos baseados em evidências e fornecem links para recursos adicionais.

www.ipcrg.org/desktophelpers

[illegible]