



POSTERS

---

## Posters

ACTA REUMATOL PORT. 2012:37:71-172 (SUP)

DIA 3, 4 E 5 DE MAIO DE 2012

**P1 – THE SPECIFIC INHIBITOR OF ROR $\gamma$ MMAT TRANSCRIPTIONAL ACTIVITY AND TH17 POLARIZATION DIGOXIN REDUCES THE SEVERITY OF ADJUVANT-INDUCED ARTHRITIS**Cascão R<sup>1</sup>, Vidal B<sup>1</sup>, Fonseca JE<sup>2</sup>, Moita LF<sup>1</sup>

1. Instituto de Medicina Molecular;  
 2. Instituto de Medicina Molecular/ Rheumatology Department, Hospital de Santa Maria

**Background:** We have previously reported an increase of interleukin (IL)-17 levels during the first weeks of rheumatoid arthritis (RA) onset.

**Objectives:** Our main goal here was to investigate whether administration of digoxin, a specific inhibitor of Th17 cells polarization, is able to attenuate inflammation in a rat model of adjuvant-induced arthritis (AIA).

**Methods:** Digoxin was administered to AIA rats in the early phase (4 days after disease induction) or in the established phase of arthritis (11 days after disease induction). The inflammatory score, paw perimeter and body weight were evaluated during the period of treatment. Rats were sacrificed after 19 days of disease evolution and paw samples were collected for histological and immunohistochemical evaluation.

**Results:** We found that digoxin administration significantly suppressed joint inflammation if administered in the early phase of disease course. The histological and immunohistochemical evaluation revealed that digoxin treatment was not efficient in inhibiting the infiltration of immune cells within the joint, but it was able to reduce local immune cells proliferation, if administered in the early phase of arthritis.

**Conclusions:** Early inhibition of Th17 polarization ameliorates AIA but does not inhibit immune cell infiltration into the joints.

**P2 – AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA A LONGO-PRAZO DA TERAPÊUTICA COM ANTI-TNF EM DOENTES PEDIÁTRICOS COM BASE NO REGISTO DA REUMA.PT – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO**Campanilho-Marques R<sup>1</sup>, Ramos F<sup>1</sup>, Mourão AF<sup>2</sup>,Canhão H<sup>1</sup>, Fonseca JE<sup>1</sup>, Pereira da Silva JA<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseo Metabólicas, Hospital de Santa Maria - CHLN; Unidade de Investigação em Reumatologia - Instituto de Medicina Molecular;  
 2. Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz - CHLO; Unidade de Investigação em Reumatologia - Instituto de Medicina Molecular;

**Introdução:** Está bem estabelecida a eficácia da terapêutica com os antagonistas do factor de necrose tumoral (TNF) no tratamento de doentes em idade pediátrica com doenças reumáticas inflamatórias. Porém, a experiência resultante do seguimento a longo-prazo dos doentes adultos sob terapêutica com agentes anti-TNFs tem identificado a ocorrência de infecções e de reacções imuno-mediadas como possivelmente relacionadas com o uso destes fármacos.

**Objectivo:** Avaliar a segurança a longo prazo do uso de agentes anti-TNF em doentes em idade pediátrica com patologia reumática inflamatória, seguidos na consulta de Reumatologia pediátrica do Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

**Métodos:** A recolha e análise dos dados foi efectuada através do Reuma.pt, um registo electrónico associado a uma base de dados desenvolvida pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Esta avaliação foi baseada em todos os doentes com patologias reumáticas inflamatórias, seguidos no Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, que iniciaram terapêutica com agente anti-TNF antes dos 18 anos de idade.

**Resultados:** Foram analisados 24 doentes sob terapêutica com agentes anti-TNF. Quinze eram do sexo feminino (62,5%) e 9 do sexo masculino (37,5%). A idade média era de  $16,3 \pm 5,7$  anos, o tempo médio de doença era de  $9,6 \pm 6,0$  anos e a duração média de terapêutica com biológico de  $42,7 \pm 34,6$  meses. Do total de doentes, 14 estavam sob terapêutica com etanercept (ETN), 8 com infliximab (IFX) e 2 com adalimumab (ADA). Setenta e um por cento dos doentes estava sob tratamento há pelo menos 2 anos. Dos 24 doentes, 22 tinham o diagnóstico de Artrite idiopática juvenil, 1 Poliarterite nodosa e 1 Uveíte idiopática. Foram registados 28 eventos adversos (EA) dos quais 2 fo-

	Etanercept (N=14)	Infliximab (N=8)	Adalimumab (N=2)
Exposição (doentes-ano)	62,1	19,2	1,98
Eventos adversos (doentes-ano)	0,05	1,25	0,5

N= número de doentes

ram considerados graves (broncoespasmo e tuberculose), conduzindo num dos casos ao *switch* para outro antagonista do TNF e no outro à paragem definitiva da terapêutica biológica. Três (10,7%) EA ligeiros a moderados e nenhum grave foram registados em doentes tratados com ETN. Vinte e quatro (82,1%) EA ligeiros a moderados e 1 (3,6%) EA grave com IFX. Um (3,6%) EA grave e nenhum ligeiro a moderado em doentes sob ADA. Cinquenta e seis por cento dos EA ligeiros a moderados foram devido a infecções não complicadas (urinárias e do sistema respiratório superior), 13% devido à elevação das enzimas hepáticas, 13% devido a citopenias e os restantes 18% por causas diversas (tosse, taquicardia, hipotensão). Não houve registo da ocorrência de neoplasias, linfomas, doenças desmielinizantes ou mortes.

**Conclusão:** Estes dados confirmam um perfil de segurança aceitável na utilização de terapêutica anti-TNF nos doentes em idade pediátrica.

### P3 – SEROSITE COMO MANIFESTAÇÃO INAUGURAL DE ARTRITE REUMATÓIDE

Peixoto D<sup>1</sup>, Teixeira F<sup>1</sup>, Felgueiras P<sup>2</sup>, Afonso C<sup>1</sup>, Araújo D<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM- Hospital de Ponte de Lima;

2. Serviço de Medicina Interna, ULSAM- Viana do Castelo

**Introdução:** As manifestações extra-articulares da Artrite Reumatóide (AR) não são incomuns embora surjam, mais frequentemente, no decurso da doença e em formas graves com vários anos de evolução. Numa fase inicial, o quadro articular é, habitualmente, a manifestação clínica dominante.

A serosite, uma das manifestações extra-articulares mais frequentes da AR, só raramente constituirá a sua manifestação inaugural. O caso que se apresenta ilustra esta situação clínica e as dificuldades de diagnósti-

co que lhe são inerentes.

**Caso Clínico:** Doente de 46 anos, do sexo masculino, observado no serviço de urgência por tosse não produtiva e dispneia, com 3 meses de evolução, sem febre ou outros sintomas sistémicos. Foi diagnosticado derrame pleural à direita que motivou internamento hospitalar, no decurso do qual também se constatou a presença de derrame pericárdico de médio volume e a presença de múltiplos nódulos pulmonares bilaterais. O estudo do líquido pleural foi compatível com um exsudado. A pesquisa de células neoplásicas foi negativa no líquido pleural e no lavado broncoalveolar. Não foi isolado nenhum agente infeccioso em hemoculturas e nos exames directo e cultural do líquido pleural, incluindo micobactérias. No entanto, por apresentar ligeira elevação da adenosina desaminase no líquido pleural, iniciou terapêutica empírica com anti-tuberculosos, mas sem melhoria. O diagnóstico de AR foi considerado apenas 6 meses depois do início deste quadro clínico, aquando do surgimento de um quadro de poliartrite, comprometendo punhos, pequenas articulações das mãos e joelhos, sem lesões erosivas aparentes, com factor reumatóide e anti-CCP positivos. Os ANAs e anti-dsDNA, complemento total e fracções eram normais ou negativos. Nesta altura, efectuou ainda biópsia de um nódulo pulmonar que foi compatível com nódulo reumatóide o que corroborou o diagnóstico. Iniciou terapêutica com AINEs e colchicina 1mg/dia, com regressão dos derrames pleural e pericárdico e, com metotrexato e hidroxyclorequina, com remissão do quadro articular.

**Discussão e Conclusão:** No diagnóstico diferencial de um quadro clínico de serosite, as causas infecciosas e neoplásica habitualmente não são esquecidas, podendo, no entanto, ser de difícil diagnóstico, por exemplo na presença de agentes infecciosos menos usuais ou quando a pesquisa de neoplasia não é conclusiva. Entre nós, a infecção por micobactérias, em particular a tuberculose, continua a ser uma causa comum de serosite, justificando mesmo uma prova terapêutica, quando não se encontram outras causas, apesar da negatividade de exames bacteriológicos.

As doenças inflamatórias crónicas como o LES e a AR, em particular num jovem, constituem também uma causa comum de serosite.

Neste caso, a ausência de alguns auto-anticorpos e de outras manifestações não apoiou o diagnóstico de LES e a ausência de manifestações articulares não permitiu o diagnóstico de AR. Só foi possível estabelecer este diagnóstico na evolução da doença, com a manu-

tenção do quadro clínico de serosite apesar da terapêutica anti-tuberculosa, e depois do surgimento de um quadro de poliartrite, com factores reumatóides e anti-CCP positivos. Os achados histológicos dos nódulos pulmonares afastaram outras causas de serosite como a sarcoidose e corroboraram o diagnóstico de Artrite Reumatóide.

Apesar de raro o envolvimento das serosas como primeira manifestação de AR, deve ser considerado.

#### P4 – OSTEOPOROSE NA CONSULTA DE REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Campanilho-Marques R<sup>1</sup>, Ramos F<sup>1</sup>, Romeu JC<sup>2</sup>, Pereira da Silva JA<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular;
2. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN

**Introdução:** O diagnóstico de osteoporose (OP) nas crianças e adolescentes não deve ser estabelecido apenas com base nos critérios densitométricos. Exige a presença de história de fractura clinicamente significativa e baixa densidade mineral óssea (DMO). Para o tratamento da OP, os bisfosfonatos e a suplementação com cálcio e vitamina D têm um papel fundamental.

**Objectivo:** Calcular a frequência de OP nas crianças e adolescentes seguidos na consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria, caracterizar a população, identificar os de maior risco e avaliar a terapêutica.

**Métodos:** Foram avaliados todos os jovens com menos de 18 anos seguidos na consulta de Reumatologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria entre 1 de Setembro de 2010 e 31 de Dezembro de 2011. A partir da população considerada foram seleccionados aqueles com factores de risco para OP: doença inflamatória crónica activa, corticoterapia (com um mínimo de 1 ano de duração), mobilidade reduzida, distúrbios da puberdade, história de fractura ou má nutrição/baixo peso corporal. Analisámos o z-score da DMO da coluna e o consumo de cálcio, vitamina D e bisfosfonatos.

**Resultados:** Foram analisados 251 doentes dos quais 31 (12,4%) apresentavam factores de risco para OP. Cinco foram excluídos porque não tinham densitometria. Do total (n=26), 53,9% eram do sexo femi-

no e 46,1% do sexo masculino, com uma média de idades de  $15,13 \pm 3,22$  anos. Da análise dos factores de risco destacaram-se 2 (7,7%) com mobilidade reduzida, 6 (23,1%) com Osteogenesis Imperfecta, 6 (23,1%) com Fibrose quística e 12 (46,1%) com doença inflamatória crónica activa correspondendo a Lúpus eritematoso sistémico, Síndrome Autoinflamatória, Poliartrite nodosa, Artrite idiopática juvenil sistémica, Doença de Crohn, Miosite, Uveíte idiopática e Osteomielite crónica multifocal recorrente. A amostra total foi dividida em 4 grupos: 11,5% (n = 3) tinham OP, 42,3% (n = 11) tinham densidade mineral óssea baixa sem fracturas, 15,4% (n = 4) tinham história de fractura sem baixa DMO e os restantes 30,8% (n = 8) não tinham nem fracturas nem DMO baixa. Todos aqueles com história de fractura estavam sob terapêutica com bisfosfonatos (86% sob o pamidronato e 14% sob alendronato) e suplementação com cálcio e vitamina D. Todos com DMO baixa sem fracturas estavam sob terapêutica com cálcio e vitamina D, 36,4% (n=4) das quais também sob pamidronato. Dos restantes sem baixa DMO nem história de fractura, 37,5% estavam sob cálcio e vitamina D. Após o início da terapêutica não se verificou novo episódio de fractura em nenhum dos grupos. A DMO aumentou em média  $8,07 \pm 2,5\%$ /ano na totalidade da população.

**Conclusão:** Numa consulta de Reumatologia Pediátrica identificaram-se vários factores de risco para OP, com destaque para as doenças inflamatórias, reflectindo quer o impacto da inflamação sobre o osso, quer a comum utilização de corticosteróides no seu tratamento. Suplementos de cálcio e vitamina D associados aos bisfosfonatos principalmente na presença de história de fractura, constituíram a estratégia terapêutica mais comum. Contudo, torna-se imperativa a definição de recomendações sobre indicações terapêuticas e esquemas posológicos que garantam eficácia e segurança no tratamento da OP nestes grupos etários.

#### P5 – RADIOLOGICAL CERVICAL SPINE INVOLVEMENT IN JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS IN ADULTHOOD

Peixoto D<sup>1</sup>, Teixeira F<sup>1</sup>, Costa J<sup>1</sup>, Costa L<sup>1</sup>, Araújo D<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia, ULSAM- Hospital de Ponte de Lima;

**Background:** Several studies have assessed cervical spine structural involvement in juvenile idiopathic

arthritis (JIA) but most of them included only symptomatic patients without differentiating subsets of JIA.

**Objectives:** To evaluate the frequency and severity of radiological cervical spine involvement in JIA in adulthood and understand if there are differences between subsets of JIA.

**Methods:** We investigated 24 unselected adult patients with JIA. Age, gender, subsets of JIA according to ILAR classification, disease duration, articular destructive changes, history of clinical cervical manifestations and medical treatments were collected. Clinical evaluation included neck assessment (pain or limitation of range of motion), muscle strength of the upper and lower limbs and tendon reflexes. In all we performed the current *Disease Activity Score* for 28 joints (DAS 28) and *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). Laboratory tests (ESR, CRP) were performed. Patients had a radiological evaluation that included cervical spine radiographs in antero-posterior, lateral views with flexion and extension and open mouth view, which were analyzed by two independent observers. In the statistical analysis (chi-Square and student T-test for categorical and continuous variables, respectively), a significant association was considered if  $p < 0.05$ .

**Results:** We have evaluated 20 females and 4 males, with a mean age of  $30.7 \pm 12.1$  and disease duration of  $20.8 \pm 12.4$  years. From these, 37.5% had oligoarthritis (29.2% persistent and 8.3% extended oligoarthritis), 33.3% were RF negative polyarthritis, 16.7% RF positive polyarthritis, 8.3% psoriatic JIA and 4.2% systemic-onset JIA. Eleven patients (45.8%) reported neck pain, 7 patients (29.2%) had limited range of the cervical spine movement and 4 (16.7%) had abnormal neurological examination. Thirteen patients (54.2%) presented radiological cervical spine involvement. The most common radiographic finding was the loss of physiological lordosis present in 7 patients (29.2%). Interapophyseal joint space narrowing was found in 4 patients (16.6%). Two patients had vertical subluxation (8.3%), 2 subaxial subluxation (8.3%) and 1 anterior subluxation (4.2%). Two presented intervertebral space narrowing (8.3%) and none presented syndesmophytes, erosive lesions in odontoid process or in vertebral plates.

The loss of physiological lordosis was more associated with oligoarthritis ( $p=0.02$ ). In patients with RF positive polyarthritis the intervertebral space narrowing was the most common finding, while in RF negative polyarthritis was the loss of physiological lordosis and interapophyseal joint space narrowing, though not

statistically significant. The patients with psoriatic and systemic JIA had no radiographic changes.

Radiological findings were more frequent in patients with a higher number of conventional DMARDs ( $p=0.05$ ) and were statistically correlated with the presence of clinical cervical manifestations ( $p=0.02$ ). In contrast, were not related to gender, disease duration, ESR, CRP, number of biological agents per patient and current DAS28 and HAQ.

**Conclusion:** Radiological cervical spine involvement was a frequent finding in our patients with JIA in adulthood, and was independent of disease duration. However, only a small number of them had severe changes. Radiologic assessment of cervical spine should be systematically performed at onset and during the course of the disease.

## P6 – VITAMIN D STATUS IN PATIENTS WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

Peixoto D<sup>1</sup>, Teixeira F<sup>1</sup>, Lucas R<sup>2</sup>, Costa J<sup>1</sup>, Costa L<sup>1</sup>, Araújo D<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM- Hospital de Ponte de Lima;
2. Departamento de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Background:** 25-hydroxy-vitamin D [25(OH) D] insufficiency/deficiency has been associated with many chronic diseases. There are only a few studies in the literature that have analyzed vitamin D status in juvenile idiopathic arthritis (JIA).

**Objectives:** Our purpose was to assess the prevalence and associations of 25-OH-D insufficiency/deficiency in children's and adults with JIA.

**Methods:** We have recruited 40 patients with JIA according to the criteria of the International League of Associations for Rheumatology (ILAR). Age, gender, disease duration, radiological joint destructive changes and medical treatments were collected. Questionnaires were performed to evaluate mean sun exposure time and dietary intake of vitamin D. In all we evaluated the current *Disease Activity Score* for 28 joints (DAS 28).

From November 2011 until January 2012, blood samples were drawn in all patients, and phosphorus, calcium, alkaline phosphatase, ESR, CRP and serum 25-OH-D levels were measured. Serum levels between 20-30 ng/ml were classified as vitamin D insufficiency and levels  $<20$  ng/ml as vitamin D deficiency. None

of the patients were receiving vitamin D supplementation at the time of or during the year prior to study entry.

In the statistical analysis (chi-Square and student T-test for categorical and continuous variables, respectively), a significant association was considered if  $p < 0.05$ .

**Results:** We have evaluated 31 females and 9 males, with a mean age of 22.3 (4-63 years) and disease duration of  $14.6 \pm 12.1$ . Regarding the dietary intake, we found that 32.5% had high intake of vitamin D and 27.5% had normal values, while 40% had insufficient intake. The mean sun exposure time throughout the last year was 77.4 minutes/day. The blood levels of calcium, phosphorus and alkaline phosphatase were normal in all patients.

We found low levels of vitamin D in 75% of patients: the prevalence of 25-OH-D insufficiency and deficiency were 47.5% and 27.5%, respectively. JIA patients with less sun exposure and higher ESR had significantly lower vitamin D levels. We also found that patients who had greater joint destruction had lower levels of vitamin D, although not statistically significant ( $p=0.07$ ). There was no association between vitamin D levels and gender, disease duration, intake of vitamin D, CRP, therapy with corticosteroids, number of DMARDs and biological agents per patient or the current DAS28.

**Conclusion:** Our study demonstrated that the prevalence of vitamin D deficiency/insufficiency among JIA patients is very high. Although there is a tendency for patients with more joint destruction to present lower levels of vitamin D, sun exposure and ESR seem to be the most important factors. A limitation of this study was the fact that it was performed during winter, when sun daily availability is lower. Future larger, long-term studies evaluating patients with JIA are needed to further elucidate the association between serum 25(OH)D levels and disease activity.

#### P7 – POWER DOPPLER ULTRASONOGRAPHY, A NON-INVASIVE METHOD TO ASSESS SUBCLINICAL SYNOVITIS IN INFLAMMATORY ARTHRITIS

Falcão S<sup>1</sup>, Silva I<sup>2</sup>, Branco JC<sup>1</sup>

1. Rheumatology Department. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa;

2. Rheumatology Department. Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E

Synovitis detection is important in both the diagnosis and outcome assessment of inflammatory arthritis. The goal of this study was to assess the validity of power Doppler ultrasonography (PDUS) to detect synovitis, when compared with clinical examination.

**Methods:** eighty-three tender joints and forty-two non-tender joints were evaluated in 58 consecutive patients with inflammatory arthritis: 35 had rheumatoid arthritis (RA), 19 psoriatic arthritis (PsoA), 3 ankylosing spondylitis (AS) and 1 juvenile idiopathic arthritis (JIA). Demographic, clinical and laboratorial data were recorded. A trained rheumatologist assessed clinical data and a well-trained rheumatologist performed standard examinations with a GE Logiq 5 Pro US system. Doppler and B-mode synovitis were classified in a dichotomous scale (presence/absence) and with a semi-quantitative scale (0,1,2,3).

**Results:** 83 tender joints (37 wrist, 11MCP, 21PIP, 2 elbow, 8TT, 4MTP) and 42 non-tender joints (16 wrist, 12MCP, 11PIP, 3 elbow) of 58 consecutive patients (35RA, 19PsoA, 3AS, 1JIA), with a female/male ratio of 2.6 (42/16), were included. Mean age and mean disease duration was  $57.7 \pm 13.7$  (range 19-82) and  $10.7 \pm 7.2$  (range 1-46) years, respectively. Mean erythrocyte sedimentation rate (ESR) was  $18.6 \pm 10.3$  mm/h (range 7-63), and mean c-reactive protein (CRP) was  $1.26 \pm 1.56$  mg/dl (range 0.1-10.1). Mean VAS (visual analogic scale) for pain of tender joint was  $43.8 \pm 25.9$  (range 5-100). 42 patients were treated with classic disease modifying anti-rheumatic drugs (DMARD): sulfasalazine, methotrexate, leflunomide,

TABLE I. ULTRASOUND DATA

	Non-tender (n=42)	Tender (n=83)	
US			
B-mode synovitis			p<0.001*
0	26 (61.9)	22 (26.5)	
1	13 (31)	18 (21.7)	
2	3 (7.1)	20 (24.1)	
3	–	23 (27.4)	
Doppler synovitis			p<0.001*
0	35 (83.3)	26 (31.3)	
1	5 (11.9)	15 (18.1)	
2	1 (2.4)	18 (21.7)	
3	1 (2.4)	24 (28.9)	

\*McNemar test

cyclosporine or hydroxychloroquine; 6 were being treated with a biological agent (etanercept) and 10 had no on-going DMARD therapy. In symptomatic joints evaluated by PDUS, synovial inflammation was detected significantly more frequently when compared with clinical examination (75.9% versus 51.8%,  $p < 0.001$ ). In asymptomatic joints PDUS synovitis was detected in 40.5% of joints: US B-mode and Doppler synovitis was present in 38.1% and 16.7% of non-tender joints, respectively. US findings are summarized in Table 1.

**Conclusion:** B-mode and Doppler US are accurate tools for the detection of synovitis; and can be properly used as non-invasive markers with predictive value regarding synovial inflammation and disease progression.

#### **P8 – DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE TRATADOS COM DMARD'S BIOTECNOLÓGICOS NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO CHLOEPE, HOSPITAL DE EGAS MONIZ**

Araújo F<sup>1</sup>, Silva I<sup>2</sup>, Sepriano A<sup>3</sup>, Nero P<sup>4</sup>, Branco JC<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Microbiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz;

3. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

4. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

**Introdução:** A artrite reumatóide (AR) é a doença articular inflamatória crónica mais frequente a nível mundial e cursa geralmente com destruição articular e incapacidade graves. A terapêutica com fármacos modificadores da doença (DMARD's) veio mudar o prognóstico desta patologia em particular no caso dos DMARD's biotecnológicos que, pelos seus mecanismos de acção inovadores e elevado nível de resposta, se mostraram fundamentais para atingir a remissão.

**Objectivo:** Estudar todos os doentes com AR que, em Setembro de 2011, se encontravam a realizar terapêu-

tica com DMARD's biotecnológicos no nosso serviço.

**Métodos:** As informações sobre os doentes com AR a realizar DMARD's biotecnológicos em Setembro de 2011 foram recolhidas a partir dos seus processos clínicos e da BioRePortAR. Todas as características disponíveis relativas à demografia, à patologia de base e ao tratamento com os diferentes DMARD's biotecnológicos foram registadas.

**Resultados:** Dos 425 doentes com AR seguidos no nosso serviço, 72 (17%) estavam a ser tratados com DMARD's biotecnológicos em Setembro de 2011. Oitenta e oito por cento eram do sexo feminino e a idade média era de 57,33 anos. Setenta e dois por cento apresentavam doença erosiva, 83% tinham factor reumatóide positivo e 55% tinham anticorpo anti-CCP positivo (7% com anti-CCP indisponível). O tempo médio desde o início dos sintomas até ao diagnóstico de AR foi de 2 anos e 3 meses e até ao início do biotecnológico foi de 9 anos e 5 meses. Antes de iniciar o primeiro DMARD biotecnológico, o DAS 28 (VS) 3v médio era de 5,29 (3,01-7,64) e o DAS 28 (VS) 4v médio era de 5,69 (3,56-8,15). O HAQ médio era de 1,34. Os fármacos mais utilizados como primeira linha foram os anti-TNF $\alpha$  (Etanercept > Adalimumab > Infliximab). Trinta e três por cento dos doentes realizou *switch* para outro biotecnológico, a maioria (86%) por falência terapêutica, os restantes por efeitos adversos (nenhum deles grave); 86% das falências foram secundárias, as restantes foram primárias. A maioria dos doentes submetidos a *switch* trocou de fármaco apenas uma vez (63%). À data da realização do estudo o DAS 28 3v médio era de 2,80 (0,68-5,01) e o DAS 28 4v médio era de 2,98 (0,63-5,49), o que corresponde a uma variação de -2,49 e -2,71, respectivamente, tendo em conta o valor prévio ao início do primeiro biotecnológico. O HAQ médio era de 1,01. Quarenta e oito por cento (DAS 28 3v) e 39% (DAS 28 4v) dos doentes encontravam-se em remissão.

**Discussão e Conclusão:** A importância dos DMARD's biotecnológicos como modificadores da história natural da AR está demonstrada através de inúmeros ensaios que evidenciaram redução das queixas inflamatórias, atraso na progressão radiográfica e considerável melhoria funcional. A remissão tornou-se, por conseguinte, um objectivo realista. O presente estudo prospectivo confirma uma significativa descida no índice de actividade da doença e melhoria do índice funcional após o início de DMARD's biotecnológicos, o que reforça o seu papel fundamental no controlo e na remissão da AR.

## P9 – ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATÓIDE NA PRÁTICA CLÍNICA PRIVADA – UM EXEMPLO DE APLICACAO DA REUMA.PT

Corado SC<sup>1</sup>, Melo Gomes JA<sup>2</sup>, Polido-Pereira J<sup>1</sup>, Canhão H<sup>3</sup>, Fonseca JE<sup>3</sup>

1. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Médico Reumatologista – Clínica Privada, Lisboa, Portugal;

3. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**Introdução:** O principal objectivo do tratamento dos doentes com artrite reumatoide (AR) é induzir a remissão da doença ou, na impossibilidade de atingir este desiderato, obter uma baixa actividade da doença. Estratégias de tratamento em função deste objectivo, com registo da atividade da doença e ajustes terapêuticos de acordo com esta, pelo menos a cada três meses, optimizam os resultados da terapêutica da AR. O objectivo deste trabalho foi aplicar ao acompanhamento clínico de doentes com AR, no contexto de clínica privada, uma ferramenta informática clínica para avaliar a eficácia da estratégia terapêutica adoptada.

**Métodos:** Realizou-se um estudo retrospectivo numa coorte de doentes com AR, nunca submetidos a tratamento biológico, tratados pelo mesmo reumatologista num consultório privado, em Lisboa, Portugal. Este estudo constitui a análise dos dados inseridos na Reuma.pt\*. Foram registadas e analisadas as estratégias de tratamento ao longo do tempo, relativamente às datas de início e dosagem de AINEs, corticosteróides e DMARDs.

**Resultados:** Dos 70 doentes avaliados, 80% eram mulheres, a idade média era de  $58 \pm 18,5$  (DP) anos; a duração média da doença foi registada em 66 doentes e foi de  $10,9 \pm 9,0$  anos. Dos 66 doentes com estudo do factor reumatóide (FR), este foi positivo em 66,2%. Dos 24 doentes com estudo dos anticorpos antipeptido citrulinado (ACPA), este foi positivo em 70,8%. Em 45 doentes com informação radiológica colhida 34 tinham erosões (75,6%). O metotrexato foi o fármaco mais habitualmente usado (95,7%), seguido pelos glicocorticóides (94,3%). A diferença na pontuação DAS28, VS, número de articulações dolorosas e tumefactas foi analisado entre avaliações aos 0, 6, 12, 24, 36, 48, 60 e 72 meses de seguimento (ANOVA), e também

entre os 0 meses e cada um dos tempos mencionado (teste-T e testes de Wilcoxon). O DAS28 tinha um valor médio de  $4,9 \pm 1,6$  (DP) aos 0 meses (n=55),  $3,2 \pm 1,2$  aos 6 meses (n=32),  $3,2 \pm 1,2$  aos 12 meses (n=34),  $2,9 \pm 1,0$  aos 24 meses (n=30),  $2,9 \pm 1,0$  aos 36 meses (n=22),  $3,1 \pm 1,3$  aos 48 meses (n=24),  $2,8 \pm 1,1$  aos 60 meses (n=21) e  $3,5 \pm 1,3$  aos 72 meses (n=17). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) quanto ao DAS28 e articulações tumefactas e dolorosas. A análise ANOVA mostrou uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,0001$ ), em relação ao DAS28. A correção de Bonferroni mostrou uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) no DAS28 entre a primeira e as sucessivas avaliações, excepto a última. A existência de factor reumatóide não influenciou os resultados terapêuticos. Nenhum doente apresentou um  $DAS28 > 5,1$  em duas avaliações consecutivas a partir dos 12 meses de seguimento.

**Conclusão:** Os resultados reforçam as potenciais aplicações de Reuma.pt como uma ferramenta para avaliação da eficácia do tratamento em doentes com AR, uma garantia de boa prática clínica e um instrumento para auto-avaliação na prática clínica privada de reumatologia.

### REFERÊNCIAS

1. Canhão H et al, Reuma.pt - the rheumatic diseases portuguese register. Acta Reumatol Port. 2011 Jan-Mar; 36(1):45-56.

## P10 – ARE WE UNDERTREATING RHEUMATOID ARTHRITIS? – AN ANALYSIS UPON REUMA.PT

Cunha N, Polido-Pereira J, Canhão H, Fonseca JE  
Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, CHLN - Hospital de Santa Maria, Lisboa

**Introduction.** Currently, it is accepted that the optimal management for rheumatoid arthritis (RA) should include an aggressive treat-to-target strategy relying on validate disease activity measures to achieve remission. However, the management of RA patients who are not treated with biologic therapy remains more subjective, with lesser use of objective disease activity parameters in clinical practice. In this way, some of the patients perceived by the rheumatologist as having low disease activity could in fact score moderate/high by disease activity measures (DAS28). We hypothesized that

some patients might be undertreated, maintaining persistent states of moderate/high disease activity without therapy optimization.

**Aims.** To identify RA patients not treated with biologic therapy with a persistent state of moderate/high disease activity in two consecutive visits and related treatment decisions.

**Methods.** Data inserted in Reuma.pt from June 2008 up to December 2010 from RA patients followed in the Rheumatology Department of Hospital de Santa Maria who have not been treated with biologic therapy were analyzed. In patients with at least two visits with an available DAS28, the most recent visit (named second visit) and the immediately previous one (named first visit) were analyzed. The rheumatologist's therapeutic attitude on second visit was investigated in patients with moderate/high disease activity on first visit who maintained a  $DAS28 > 3.2$  without an improvement of  $DAS28 > 1.2$  on second visit; in cases without treatment intensification, clinical reasons supporting that decision were investigated.

**Results.** Data from 259 patients were analyzed. Fifty-eight patients had two visits available for comparison ( $4.3 \pm 2.0$  months apart); at second visit, mean disease duration was  $10.8 \pm 10.8$  years ( $12.1 \pm 10.0$  in the whole cohort,  $p=0.19$ ) and average DAS28 was  $2.9 \pm 1.3$  ( $3.5 \pm 1.4$  in the whole cohort,  $p=0.005$ ). There was a significant decrease in DAS28 from first to second visit in the subgroup with moderate disease activity ( $n=15$ , first DAS28  $4.0 \pm 0.6$ , second DAS28  $3.1 \pm 0.9$ ,  $p=0.001$ , improvement of DAS28  $0.9 \pm 0.2$ ) and in the subgroup with high disease activity ( $n=10$ , first DAS28  $6.2 \pm 1.0$ , second DAS28  $4.9 \pm 1.0$ ,  $p=0.017$ , improvement of DAS28  $1.4 \pm 0.5$ ). Of the fifteen patients with moderate disease activity and of the ten patients with high disease activity on first visit, seven and five respectively maintained  $DAS28 > 3.2$  without an improvement of  $DAS28 > 1.2$  on second visit; within these, treatment was not intensified on three and one patients respectively. In these four cases without treatment intensification, clinical reasons supporting that decision were found and were related with co-morbidities and long-lasting disease with established joint destruction and elevated DAS28 at the expense of patient's assessment of disease activity.

**Conclusions.** Results suggest a good control of disease activity in RA patients not treated with biologic therapy in the Rheumatology Department of Hospital de Santa Maria. Reuma.pt is a powerful tool for gaining insight into the quality of clinical care of RA patients.

## **P11 – REUMA.PT – O PANORAMA DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL EM PORTUGAL**

Mourão AF<sup>1</sup>, Santos MJ<sup>2</sup>, Ramos F<sup>3</sup>,  
Melo Gomes JA<sup>4</sup>, Duarte C<sup>5</sup>, Costa JA<sup>6</sup>, Araújo D<sup>7</sup>,  
Pereira da Silva JA<sup>8</sup>, Canas Silva J<sup>9</sup>, Nóvoa T<sup>10</sup>,  
Oliveira M<sup>11</sup>, Branco JC<sup>11</sup>, Faustino A<sup>13</sup>,  
Fonseca JE<sup>14</sup>, Canhão H<sup>14</sup>

1. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa; Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, EPE, Lisboa;
2. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa e Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Lisboa;
3. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa;
4. Serviço de Reumatologia, Consulta de Reumatologia Pediátrica, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa;
5. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, Coimbra;
6. Serviço de Reumatologia da Unidade de Saúde Alto Minho, Hospital Conde de Bertiandos, EPE, Ponte de Lima;
7. Serviço de Reumatologia da Unidade de Saúde Alto Minho, Hospital Conde de Bertiandos, EPE, Ponte de Lima;
8. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, Coimbra;
9. Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Lisboa;
10. Serviço de Reumatologia do Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada;
11. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE, Covilhã;
12. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, EPE, Lisboa;
13. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa;
14. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa; Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa.

**Objectivos:** Caracterizar os doentes Portugueses com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) tratados em Centros de Reumatologia Pediátrica Portugueses e avaliar o padrão de utilização de terapêutica biológica.

**Métodos:** A SPR desenvolveu o Registo Nacional de Doentes Reumáticos, Reuma.pt, que integra protocolos específicos para avaliação e monitorização de doentes

tes com AIJ. Foi colhida informação clínica e laboratorial dos doentes com AIJ tratados com terapêuticas convencionais e biológicas.

**Resultados:** À data da colheita de dados, estavam registados 457 doentes, 66% do sexo feminino, idade média de  $20,2 \pm 11,4$  anos, idade média no início da doença de  $6,9 \pm 4,7$  anos e idade média no diagnóstico de  $7,9 \pm 5,3$  anos. Do total de doentes, 101 (22,1%) estavam actualmente tratados com terapêutica biológica e 12 doentes (2,6%) foram tratados previamente com fármacos biológicos mas actualmente estavam só com terapêutica convencional. Do total de doentes com informação relativa ao subtipo de AIJ (385 doentes), 138 (35,8%) tinham subtipo oligoarticular persistente, 53 (13,8%) oligoarticular estendida, 35 (9,1%) poliarticular seropositiva, 51 (13,2%) poliarticular seronegativa, 53 (13,8%) sistémica, 41 (10,6%) apresentavam artrite relacionada com entesite e 14 (3,6%) artrite psoriática. Dos doentes tratados com terapêutica biológica e com dados completos de terapêutica (86 doentes), 4 (4,5%) apresentavam subtipo oligoarticular persistente, 19 (22,1%) oligoarticular estendida, 19 (22,1%) poliarticular seropositiva, 18 (20,9%) poliarticular seronegativa, 17 (19,8%) sistémica, 5 (5,8%) artrite relacionada com entesite e 4 (4,5%) artrite psoriática. A idade média dos doentes no início do primeiro fármaco biológico foi  $20 \pm 10,4$  anos; 57 (51,4%) doentes começaram terapêutica biológica em idade adulta (média de idade  $27,7 \pm 8,6$  anos) e 54 (48,6%) antes dos 18 anos (média de idade  $11,9 \pm 4,1$  anos). A duração média da doença até ao início do primeiro biológico foi  $11,5 \pm 9,8$  anos e o número médio de anos de exposição a fármacos biológicos foi  $3 \pm 2,5$  (mín: 0,06; máx: 10,6) anos. Dos doentes expostos a terapêutica biológica (incluindo os doentes que fizeram *switch* de biológico), 10 (8,8%) foram medicados com abatacept, 23 (20,35%) adalimumab, 13 (11,5%) anakinra, 86 (76,11%) etanercept, 11 (9,73%) infliximab, 1 (0,88%) rituximab e 3 (2,65%) com tocilizumab. Foram relatados 7 efeitos adversos. À data de início do 1º biológico, o número médio de articulações activas era  $6,5 \pm 6,4$ , o valor médio de VS era  $36,2 \pm 25,9$  mm/h, a EVA média da actividade global da doença pelo doente era de  $40,1 \pm 26,9$  e a capacidade funcional, avaliada pelo CHAQ, era  $0,8 \pm 0,7$ . À data de colheita dos dados, o número de articulações activas era  $0,6 \pm 1,3$ , o valor de VS de  $21,2 \pm 21,2$  mm/h, a EVA média do doente era de  $16,3 \pm 19,8$  e o CHAQ médio de  $0,5 \pm 0,6$ ; 25 doentes efectuaram *switch*, todos por ineficácia do primeiro fármaco.

**Conclusão:** Esta é a primeira grande série de doentes com AIJ descrita a nível nacional. A terapêutica biológica foi introduzida essencialmente em doentes com os subtipos oligoarticular estendida, poliarticular e artrite sistémica, de acordo com as linhas de orientação para introdução de terapêutica biológica na AIJ publicadas pela SPR. Globalmente, a introdução de terapêutica biológica parece ser eficaz e segura. O Reuma.pt é uma ferramenta útil para monitorizar a qualidade da prática clínica e a eficácia e segurança dos doentes com AIJ sob terapêutica biológica.

## P12 – DETECTAR PRECOCAMENTE A ARTRITE NUMA CONSULTA DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Bordalo J<sup>1</sup>, Antunes J<sup>2</sup>, Pereira D<sup>3</sup>, Sequeira J<sup>1</sup>, Silva I<sup>4</sup>

1. USF Flor de Sal;
2. UCSP Ílhavo I;
3. UCSP Gafanha da Nazaré;
4. USF Santa Joana.

**Introdução:** A artrite cursa frequentemente com sinais inflamatórios, e a sua detecção precoce possibilita o diagnóstico atempado de doenças como a artrite reumatóide (AR), artrite psoriática (APs), artrite gotosa (AG) e doenças reumáticas sistémicas (ADRS), influenciando o seu prognóstico. Perante a suspeita de artrite inicial deve ser pesquisada a existência de tumefacção articular, dor à palpação e à mobilização, calor local e limitação da amplitude de movimentos das articulações envolvidas. Na investigação diagnóstica é necessário caracterizar a artrite de acordo com o número e o padrão de envolvimento das articulações, a forma de apresentação, assim como a presença de sintomas sistémicos associados.

**Objectivos:** Criar um instrumento de trabalho de fácil consulta que auxilie os profissionais de saúde na detecção precoce da artrite inicial e no diagnóstico diferencial de quatro tipos de artrite – AR, APs, AG e ADRS.

**Material e Métodos:** Revisão bibliográfica, com recurso a livros de texto, pesquisas na PUBMED/MEDLINE, no INDEX de Revistas Médicas Portuguesas e na Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

**Revisão:** As artropatias inflamatórias caracterizam-se por artralguas de ritmo inflamatório, rigidez matinal prolongada superior a 30 minutos, e por vezes envolvimento sistémico.

A AR caracteriza-se por poliartrite simétrica, aditiva com destruição e deformação articular progressiva, se não tratada; a APs é habitualmente seronegativa pode envolver o esqueleto axial, periférico ou as entesiss em associação à psoríase; a AG, artropatia microcristalina mais frequente, pode manifestar-se clinicamente por monoartrite, de surgimento súbito, com marcados sinais inflamatórios, obrigando por vezes à exclusão de artrite séptica; a artrite associada às doenças reumáticas sistémicas pode em tudo ser idêntico à AR, sendo fundamental um inquérito sistémico minucioso para se proceder ao diagnóstico.

**Conclusão:** O médico de família deve reconhecer e saber abordar as principais doenças reumáticas, tendo um papel decisivo na identificação da artrite inicial e na sua referenciação precoce, determinando assim o prognóstico destes doentes.

### P13 – ENVOLVIMENTO CERVICAL COMO APRESENTAÇÃO DE UM CASO DE ARTRITE REUMATÓIDE

Araújo F<sup>1</sup>, Silva I<sup>2</sup>, Sepriano A<sup>3</sup>, Reizinho C<sup>4</sup>, Marques L<sup>5</sup>, Nero P<sup>6</sup>, Branco JC<sup>7</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Microbiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz;

3. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

4. Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Anatomia Normal, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

5. Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz;

6. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa;

7. CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz

**Introdução:** A Artrite Reumatóide (AR) é uma artro-

patia inflamatória crónica destrutiva e incapacitante caracterizada por poliartrite simétrica e aditiva sobretudo das mãos e pés. No entanto, pode atingir qualquer articulação revestida por membrana sinovial. O atingimento da coluna cervical, potencialmente fatal, ocorre em mais de metade destes doentes e geralmente surge na doença de longa duração (>10 anos). Apresentamos o caso de um doente com envolvimento cervical como manifestação inicial de doença.

**Métodos:** As informações relativas ao caso clínico foram obtidas a partir do próprio doente e do processo clínico da consulta.

**Resultados:** Apresenta-se o caso de um doente do género masculino de 35 anos de idade, raça caucasiana, empregado da indústria hoteleira, sem antecedentes médicos ou cirúrgicos de relevo, que recorre à consulta de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz referenciado pelo médico de família por quadro com dois anos de evolução de cervicálgia de ritmo inflamatório, rigidez matinal superior a uma hora e limitação acentuada do movimento, com radiografias simples (AP e perfil) e tomografias computadorizadas cervicais normais. Referia igualmente, desde a mesma altura, poliartralgias inflamatórias aditivas, simétricas e intermitentes dos punhos, cotovelos, ombros, joelhos e tibio-társicas. As queixas melhoravam transitariamente com a toma de anti-inflamatórios não-esteróides prescritos no Serviço de Urgência, ao qual recorria 2 a 3 vezes por semana. À data da consulta apresentava movimentos cervicais dolorosos e limitados em todos os planos, sem artrite periférica. Foi colocada, nesta fase, a hipótese diagnóstica de espondilartrite com envolvimento axial e eventualmente periférico e iniciou aceclofenac 100 mg bid. Contudo, a avaliação complementar mostrou: factores reumatóides e anti-CCP positivos; HLA-B27, ANAs e ENAs negativos; e ressonância magnética da coluna cervical com sub-luxação atlanto-axial, erosões na base da apófise odontóide, exuberante *pannus* na articulação atlanto-odontoideia e alterações inflamatórias das massas laterais do axis. Admitiu-se o diagnóstico de AR e adicionou-se à terapêutica prednisona 15 mg por dia e metotrexato 15 mg por semana. O doente foi referenciado para a consulta de Neurocirurgia para estabilização cervical.

**Discussão e Conclusão:** O envolvimento cervical é uma complicação frequente da AR, surgindo na doença de longa evolução. É rara como manifestação inicial de doença, tendo sido encontrados apenas 2 casos descritos na literatura consultada. Esta situação coloca um desafio diagnóstico, sobretudo com patologias de pre-

domínio axial, como as espondilartrites. A decisão entre tratamento conservador ou cirúrgico depende da evidência de compressão medular, embora a maioria dos casos acabe por ser submetida a cirurgia de estabilização cervical.

#### **P14 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE INFECÇÃO EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE DAS BASES DE DADOS PORTUGUESAS BIOREPORTAR E REGISTAR**

Silva I<sup>1</sup>, Araújo F<sup>2</sup>, Sipriano A<sup>2</sup>, Mateus M<sup>1</sup>, Branco JC<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), EPE - Hospital de Egas Moniz;
2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), EPE - Hospital de Egas Moniz; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
3. CEDOC - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), EPE - Hospital de Egas Moniz

**Introdução:** A terapêutica com antagonistas do Factor de Necrose Tumoral alfa (anti-TNFa) e novas moléculas como o abatacept e o rituximab, revolucionaram o tratamento da artrite reumatóide (AR). Os ensaios clínicos têm demonstrado que a terapêutica combinada com anti-TNFa e os fármacos modificadores da doença não biológicos [*Disease Modifying AntiRheumatic Drugs* (DMARDs)] aumentou o número de infecções em comparação com o placebo. Estes dados são obtidos a partir de populações seleccionadas, o que dificulta a generalização dos resultados. A literatura apresenta poucos ensaios clínicos com resultados de segurança, comparando a terapêutica com DMARDs não biológicos e biológicos (BioDMARDs). O objectivo deste trabalho é caracterizar e comparar o risco relativo de infecção em doentes submetidos a terapêutica com DMARDs não biológicos e/ou BioDMARDs, a partir dos elementos das bases de dados portuguesas BioreportAR e Registar.

**Métodos:** A população considerada para este estudo foi extraída das bases de dados BioreportAR (doentes sob BioDMARDs) e Registar (doentes sob DMARDs não biológicos) do serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital de Egas Moniz. Foi aplicado um modelo de regressão logística, onde a presença de infecção foi considerada a variável independente. A partir dos testes de Pearson e de Fisher

foi estudada a associação entre as diferentes variáveis categóricas. A análise estatística foi realizada com o programa STATA 12.0.

**Resultados:** A população composta por 283 pacientes foi dividida em 2 grupos, um com 83 doentes sob BioDMARDs e o outro com 200 doentes sob DMARDs não biológicos. A sua idade média foi de 62,5 anos, sendo 80% do sexo feminino e com uma duração média de AR de 8,43 anos. Desta população, 81% foram submetidos a uma dose média de prednisona de 5 a 10mg/dia, 94% a DMARDs não biológicos (média de 5,3 anos) e 23% a BioDMARDs (média de 4,3 anos). Registou-se um total de 133 infecções em 28% dos doentes (40% do tracto respiratório, 37% do tracto urinário e 14% cutâneas), das quais apenas 7% foram consideradas graves com necessidade de hospitalização. Foram identificadas comorbilidades em 45% dos doentes, sendo as mais frequentes a diabetes mellitus (DM) e a adicção tabágica. Ambos os grupos apresentaram diferenças significativas na idade, duração de AR, duração da terapêutica com DMARDs não biológicos e no número de doentes infectados. A terapêutica com DMARDs não biológicos e a presença de DM aumentaram o risco relativo de infecção, sem diferenças significativas entre os 2 grupos. A corticoterapia não apresentou um efeito directo no risco relativo de infecção. A terapêutica com BioDMARDs aumentou o risco relativo de infecção em 49,7%. O tempo de exposição a estes fármacos também mostrou um impacto directo no risco de infecção.

**Conclusão:** A análise efectuada à população de doentes com AR das bases de dados portuguesas do CHLO, mostrou que a terapêutica com BioDMARDs aumentou o risco relativo de infecção e que a presença concomitante de DMARDs não biológicos contribuiu para o risco de infecção. A corticoterapia, no entanto, não mostrou um efeito directo no risco de infecção provavelmente pelas doses utilizadas (prednisona <15mg/dia). A heterogeneidade da amostra impossibilita a generalização ou extrapolação dos resultados.

#### **P15 – EFFECTIVENESS OF A TUBERCULOSIS SCREENING PROGRAM IN RHEUMATIC PATIENTS TREATED WITH IMMUNOSUPPRESSANT**

Miguel C<sup>1</sup>, Pimentel J<sup>2</sup>, Grafino M<sup>3</sup>, Abreu T<sup>3</sup>, Felizardo M<sup>2</sup>, Teixeira A<sup>1</sup>, Vaz-Patto J<sup>1</sup>, Gomes C<sup>4</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;
2. Serviço de Pneumologia I – Hospital de Santa Maria, CHLN;

3. Serviço de Pneumologia II – Hospital Pulido Valente, CHLN;  
4. Centro de Diagnóstico Pneumológico da Cidade de Lisboa

**Background:** Immunosuppressants, including new biological therapies, enhance the risk of developing active tuberculosis (TB). An effective screening program is essential.

**Aim:** To investigate the impact of a TB screening program on the development of active TB in rheumatic patients treated with immunosuppressants.

**Methods:** Retrospective analysis of patients followed at Portuguese Institute of Rheumatology, screened for latent or active TB in the Pulmonology Diagnostic Center, since February 2005. The evaluation included clinical history, tuberculin skin test, chest x-ray, interferon gamma release assay and chest CT according to protocol. If any of these was positive, 9 months isoniazid (INH) and piridoxin was prescribed. If all were negative, patients remained under biannual monitoring.

**Results:** The study included 641 patients with 471 females and mean age  $52 \pm 13$  years. The average length of follow-up was  $2,8 \pm 1,4$  years. Main rheumatological diagnoses were rheumatoid arthritis (n=394), ankylosing spondylitis (n=104) and psoriatic arthritis (n=70). 173 were candidates to biological therapy and 468 were proposed or already treated with classic immunosuppressants. 532 patients were prescribed INH, of whom 14 refused and 10 suspended for intolerance (9 hepatotoxicity and 1 medullar aplasia). The remaining 109 were proposed only for clinical monitoring. No patient developed TB after the screening program.

**Conclusion:** In this population, 80% required chemoprophylaxis with INH and only 1,7% developed intolerance. The TB screening program used was effective, with no cases of TB reported, however these results did not allow calculating its impact in reducing the risk of TB.

#### **P16 – NEW ALGORITHM TO APPROACH RA PATIENTS RECEIVING BIOLOGIC THERAPIES: INTRODUCING IMMUNOGENICITY ASSESSMENT IN THE EULAR GUIDELINES**

Garcês S<sup>1</sup>, Canas-da-Silva J<sup>2</sup>, Aarden L<sup>2</sup>, Demengeot J<sup>3</sup>

1. Hospital Garcia de Orta, Instituto Gulbenkian Ciência;  
2. Hospital Garcia de Orta;  
3. Instituto Gulbenkian Ciência

In the last years, the «treat to target» strategy revealed the importance of tight control of disease activity in RA patients. To reach clinical remission or at least low disease activity as soon as possible, this strategy, now part of the EULAR guidelines, requires therapeutic combinations and/or fast switches between different therapies. Over the last years it became clear that drug immunogenicity is one of the main mechanism behind biologic therapeutic failure. How to integrate the notion of drug immunogenicity in clinical practice remains to be formally established. We conducted a systematic review of the Literature with a meta-analysis evaluating the clinical implications of drug immunogenicity. Based on the information retrieved we designed a new algorithm which introduces immunogenicity assessment in the EULAR guidelines for the management of RA patients receiving biologic therapy.

We assessed the influence of adherence to our proposed algorithm on therapeutic responses and low disease activity rates in a prospective cohort of RA patients treated with biologics.

We included 105 patients, 91(86.7%) female, mean(SD) age of 54.4(13.7) years, disease duration of 10.1(7.7) years, receiving biologic therapy by 3.1(2.7) years, with a mean DAS28 of 4.0(1.2). Forty-five percent were switchers and 97.1% were receiving concomitant MTX. Serum drug trough levels were assessed by ELISA and anti-drug antibodies (ADA) by an optimized Bridging ELISA. Clinicians were blind for the tests results. Therapeutic response and low disease activity were defined according to the EULAR guidelines.

At the study onset 24 patients were receiving Infliximab (37.5% anti-infliximab pos), 33 Adalimumab (27.3% anti-adalimumab pos) and 48 Etanercept (0% anti-etanercept pos). Patients with detectable ADAs had undetectable serum drug trough levels and lower therapeutic responses rates (22.2% vs 71.1%,  $p=0.001$ ). No one patient with detectable ADAs had low disease activity (0% vs 42.1%,  $p=0.001$ ). During follow-up period, therapeutic decision coincident with our proposed algorithm concerned 48.6% of the patients (Group 1), however with a décalage median (IQR) time of 345 days (197-457). Therapeutic decisions were discordant with our algorithm for 51.4% of the patients (Group 2). A significant higher proportion of patients in Group 1, when compared to Group 2, reached therapeutic response at 3 months (90.7% vs 56.6%,  $p=0.000$ ) and at 12 months (83.3% vs 39%  $p=0.000$ ). Moreover, a significant higher proportion

of patients in Group 1 achieved low disease activity at 3 months (66% vs 26.5%,  $p=0.000$ ) and at 12 months (82.8% vs 9.8%,  $p=0.000$ ). Considering drug direct costs only, we evaluated that about 1 million euros were spent inefficiently in this cohort over 2 years.

Our study strongly suggests that including immunogenicity assessment in EULAR guidelines will allow the design of more cost-effective strategies, tailored to each RA patient receiving biologic therapy.

### **P17 – BRIDGING ELISA AS A SCREENING ASSAY TO MONITOR DRUG IMMUNOGENICITY IN ROUTINE CLINICAL PRACTICE**

Garcês S<sup>1</sup>, Demengeot J<sup>2</sup>, Canas-da-Silva J<sup>3</sup>, Aarden L<sup>4</sup>

1. Hospital Garcia de Orta, Instituto Gulbenkian Ciência;
2. Instituto Gulbenkian Ciência;
3. Hospital Garcia de Orta;
4. Sanquin Research Institute, Amsterdam

The clinical and scientific relevance of monitoring immunogenicity in clinical practice have been recognized and recommended by the European Medicines Agency (EMA). However, its assessment is technically challenging and no consensus exists about the way immunogenicity can be monitored. Newly developed fluid-phase radio-immuno assays (RIA) have proven quite effective in detecting anti-drug antibodies and as been presented as a «gold standard» method to assess immunogenicity. However, RIA requires high doses of radioactivity and special conditions, preventing its use as a routine assay. By contrast, enzyme-linked immunoassay (ELISA) it's a simple and cheap method, ideal candidate to be used as a high-throughput screening assay. Bridging ELISA is a particular type of ELISA with increased specificity over the conventional ELISAs methods. Several optimizations of this method were made so that it can become a good screening assay to monitor drug immunogenicity in routine clinical practice.

We tested, in a same cohort of patients receiving infliximab, this newly optimized bridging ELISA in comparison with a fluid-phase antigen-binding RIA to quantify anti-infliximab antibodies.

A total of 82 consecutive patients were evaluated (38 rheumatoid arthritis patients, 27 ankylosing spondylitis, 9 psoriatic arthritis and 18 patients with inflammatory bowel disease), 61 females, with a mean age of 41 (4.2) years, that were receiving Infliximab in a dosage of 3-5mg/Kg every 6 or 8 weeks for a mean

period of 3.5 (2.0) years. Blood samples were collected immediately before the next infliximab infusion. Anti-infliximab antibodies were quantified by 1) Bridging ELISA where the antibodies bind to the infliximab coated in a solid phase and revealed by the addition of biotinylated infliximab and by 2) fluid-phase RIA-ABA that uses a sepharose-immobilized protein A, IgG total and IgG4-specific, to bind IgGs in the patient's serum. Anti-infliximab specific IgGs are revealed by the addition of <sup>125</sup>I-labeled infliximab F(ab')<sub>2</sub>. A simple ELISA method was used to quantify serum infliximab levels, based on the principle that infliximab are captured through their ability to bind immobilized TNF $\alpha$  on a solid phase. The binding assessment is revealed by incubation with biotinylated rabbit IgG directed to infliximab idio type. Therapeutic response was assessed according to validated criteria established for each disease. A total of 22 (27%) were tested positive for the presence of anti-infliximab abs using RIA, coinciding with the samples that were also positives in Bridging ELISA. Bridging ELISA cannot detect monovalent IgG4. No samples testing exclusively IgG4 specific anti-infliximab were detected. All patients (100%) with detectable anti-infliximab antibodies had undetectable serum trough drug levels and were not able to sustain the therapeutic response.

By its simplicity, cost and robustness, this Bridging ELISA is a suitable test to be implemented in routine clinical practice as a screening assay to monitor drug immunogenicity.

### **P18 – CLINICAL IMPACT OF IMMUNOGENICITY OF INFLIXIMAB, ADALIMUMAB AND ETANERCEPT: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE WITH A META-ANALYSIS**

Garcês S<sup>1</sup>, Demengeot J<sup>2</sup>, Benito-Garcia E<sup>3</sup>

1. Hospital Garcia de Orta, Instituto Gulbenkian Ciência;
2. Instituto Gulbenkian Ciência;
3. Bioepi, clinical and translational research center

Despite the beneficial effects of aTNF alpha agents on the systemic rheumatic and inflammatory bowel diseases, a significant proportion of patients cannot sustain a therapeutic response over time. An increasing body of literature highlights immunogenicity as one of the main factors behind therapeutic failure and infusion-related adverse events. Given the recent recommendations by the EMA to monitor immunogenicity in clinical practice, it

is important to reevaluate the impact of anti-biologic antibodies on drug efficacy and safety.

We conducted a meta-analysis to assess the influence of antibodies against infliximab, adalimumab and etanercept on therapeutic efficacy/effectiveness, in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Crohn's disease and ulcerative colitis.

A systematic literature search of Medline, Embase and Cochrane Library was conducted through Dec 2011, complemented with the reference lists of articles and consultation with experts. We included clinical trials and observational studies. Nineteen studies met our inclusion criteria. Random-effects models according to the Laird method were used for clustering results. Heterogeneity examined by calculating the Qui2 test for heterogeneity and the I2 measure of inconsistency. Meta-regression and sub-group analysis were used to evaluate the effect size modification by: a) type of disease; b) proportion of patients co-treated with Methotrexate (MTX); c) proportion of patients who underwent a TNF dose escalation; d) proportion of patients who started with higher initial doses of a TNF; e) scheduled treatment regimens; f) type of assay for ABAs detection; g) population and individual study characteristics. In studies where the proportion of patients co-treated in MTX was less than 79%, the presence of ABAs reduced therapeutic response by 80% (RR 0.20, 95% CI 0.12-0.36), while in studies where that proportion was  $\geq 79\%$ , the effect size reduction of drug response was attenuated to 50% (RR 0.50, 95% CI 0.36 to 0.69). Other studied factors did not show significant effect size modification.

There is evidence of an increased risk of therapeutic failure in patients with anti-biologic antibodies. The type of assays employed to assess anti-biologic antibodies can influence the results. Routine assessment of immunogenicity may clarify the reason behind therapeutic failure, which might be of high relevance to optimize the use of biologic therapies.

### **P19 – THE INFLUENCE OF CONCOMITANT IMMUNOSUPPRESSION ON IMMUNOGENICITY – A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE WITH A META-ANALYSIS**

Garcês S<sup>1</sup>, Demengeot J<sup>2</sup>, Benito-Garcia E<sup>3</sup>

1. Hospital Garcia de Orta, Instituto Gulbenkian Ciência;
2. Instituto Gulbenkian Ciência;
3. Bioepi, clinical and translational research center

Immunogenicity is a complex issue, depending either on drug- and patient-related factors. Despite all the advances in the production and manufacturing of therapeutic antibodies, inherent immunogenicity have been difficult to overcome. By using the most sensitive methods to detect anti-drug antibodies (ADA), we verified that virtually all patients develop ADA. However, some patients seem to be able to control and/or do not boost such immunogenic responses, preventing high titers of ADA with clinical significance. Recently, increasing evidence has shown that patients receiving biologics and concomitant immunosuppressive therapies have decreased incidence of detectable ADA. This could be of high practical relevance since factors able to modulate clinical significant immunogenicity need to be identified.

We conducted a meta-analysis to assess the influence of concomitant immunosuppression in ADA production against infliximab and adalimumab, in patients with rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Crohn's disease and ulcerative colitis.

A systematic literature search of Medline, Embase and Cochrane Library was conducted through Dec 2011, complemented with the reference lists of articles and consultation with experts. We included clinical trials and observational studies. Nine studies met our inclusion criteria (1 RCT + 8 cohort studies). Random-effects models according to the Laird method were used for clustering results. Heterogeneity examined by calculating the Qui2 test for heterogeneity and the I2 measure of inconsistency. Meta-regression and sub-group analysis were used to evaluate the effect size modification by: a) type of disease; b) type of assay for ABAs detection; c) population and individual study characteristics.

MTX was the main immunosuppressor in patients with RA in a dosage that varied from 7.5 to 25 mg/wk; Azathioprine (AZA) or 6-Mercaptopurine (6-MCP) were the main immunosuppressors used in patients with inflammatory bowel disease (IBD) in a dose of 2-2.5 mg/Kg/d and 1-1.25 mg/Kg/d, respectively. Concomitant immunosuppressive therapy reduced detectable ADA by 65% (RR 0.35 95% CI 0.24 to 0.51) when RIA was used to detect ADA, while when ELISA methods were used the effect size reduction of detectable ADA was attenuated to 36% (RR 0.64, 95% CI 0.54 to 0.75). It was not possible to evaluate potential differences among the immunosuppressors used in affecting detectable ADA due to limited data, although a slight su-

periority of MTX over AZA/6MCP was observed.

There is evidence that concomitant immunosuppression reduces but does not abrogate ADA production. The type of assays employed to assess ADA can influence the results. It would be important to verify whether this modulator effect on drug immunogenicity is extended to other immunosuppressive agents as well as to determine the influence of dosage and schedule regimens of those concomitant immunosuppressive therapies. Our work arouses the attention to a putative beneficial effect of concomitant immunosuppression in diseases where biologics are used in monotherapy, such as Ankylosing Spondylitis, to increase drug survival and better optimize the usage of these expensive therapies.

## P20 – RELAÇÕES ENTRE O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E OS PARÂMETROS DE ACTIVIDADE DE DOENÇA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE ESTABELECIDADA

Bernardes M<sup>1</sup>, Terroso G<sup>1</sup>, Aleixo A<sup>2</sup>, Madureira P<sup>2</sup>, Vieira R<sup>1</sup>, Bernardo A<sup>1</sup>, Pimenta S<sup>1</sup>, Martins MJ<sup>3</sup>, Machado JC<sup>4</sup>, Costa L<sup>5</sup>, Simões-Ventura F<sup>1</sup>

1. Serviços de Reumatologia do Centro Hospitalar São João e da Faculdade de Medicina do Porto;
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar São João ;
3. Serviço de Bioquímica da Faculdade de Medicina do Porto;
4. IPATIMUP e Faculdade de Medicina do Porto;
5. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar São João

**Introdução:** O papel do tecido adiposo e suas adipocinas na artrite reumatóide (AR) encontra-se por esclarecer e os poucos estudos existentes são contraditórios. Num trabalho, foi demonstrado que doentes com AR e índice de massa corporal (IMC) mais elevado apresentavam um dano estrutural radiográfico significativamente menor que os doentes com IMC baixo. Outra publicação, níveis de IMC elevados correlacionaram-se negativamente com a resposta clínica a terapêuticas biológicas em doentes com AR activa.

**Objectivo:** Estudar a associação entre actividade de doença e IMC em doentes com AR estabelecida, analisando as diferenças de acordo com o regime terapêutico em curso (DMARDs convencionais, exclusivamente versus agentes biológicos com ou sem associação de DMARDs convencionais).

**Métodos:** Em consulta de monitorização, foram avaliadas as características clínicas, incluindo IMC, e co-

lhidas as amostras sanguíneas para doseamentos de PCR e VSG. Foi aplicada a versão portuguesa do Standard Health Assessment Questionnaire (HAQ) e obtidos os Disease Activity Score quatro variáveis (DAS28(4v)), contagem das 68 articulações dolorosas (TJC) e 66 articulações tumefactas (SJC). Para análise estatística dos dados, utilizou-se o PASW Statistics 18.

**Resultados:** Foram avaliados 203 doentes com AR, 138 (68%) mulheres, 103 (51%) sob terapêutica biológica, com 53±12 anos de idade, 14±10 anos de duração de doença, DAS28(4v) médio de 4.26±1.32 e um HAQ médio de 1.250±0.680. Setenta e dois (36%) apresentavam IMC<25 kg/m<sup>2</sup>, 86 (42%) apresentavam IMC de 25-<30 kg/m<sup>2</sup> e 45 (22%) tinham um IMC≥30 kg/m<sup>2</sup>. Num modelo de análise multivariada (ajustando para a idade, duração de doença, dose média diária de prednisolona e anos de corticoterapia) e em doentes com AR exclusivamente sob DMARDs convencionais, a presença de obesidade associou-se a SJC inferiores (p=0.005) e a valores superiores de DAS28(4v) (p<0.001), TJC (p<0.005) e de HAQ (p<0.001). Usando o mesmo modelo e ajustando também para a duração da terapêutica biológica em anos, no grupo sob agentes biológicos, a sobrecarga ponderal associou-se a valores inferiores de DAS28(4v) (p<0.05), TJC (p=0.001) e HAQ (p=0.001). Os valores de PCR e VSG não se associaram ao IMC.

**Conclusões:** Na nossa população de doentes com AR sob DMARDs convencionais, os indivíduos com IMC elevado exibiram parâmetros mais marcados de actividade de doença. Paradoxalmente, o grupo de indivíduos sob agentes biológicos com sobrecarga ponderal apresentou melhor controlo da doença. Estes dados reforçam a necessidade de estudos adicionais no sentido de clarificar os diferentes efeitos reguladores da actividade da doença reumatóide pelo tecido adiposo, assim como eventuais influências moduladoras do regime terapêutico.

## P21 – OS POLIMORFISMOS GENÉTICOS V667M, N740N E A1330V DO LRP5 ESTÃO ASSOCIADOS COM A DENSIDADE MINERAL ÓSSEA E METABOLISMO ÓSSEO EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE ESTABELECIDADA

Bernardes M<sup>1</sup>, Machado JC<sup>2</sup>, Vieira T<sup>3</sup>, Terroso G<sup>1</sup>, Aleixo A<sup>1</sup>, Vieira R<sup>1</sup>, Madureira P<sup>4</sup>, Bernardo A<sup>1</sup>, Pimenta S<sup>1</sup>, Oliveira A<sup>3</sup>, Faria T<sup>3</sup>, Gonçalves C<sup>5</sup>, Pereira JG<sup>3</sup>, Martins MJ<sup>6</sup>, Costa L<sup>7</sup>, Simões-Ventura F<sup>1</sup>

1. Serviços de Reumatologia do Centro Hospitalar São João

- e da Faculdade de Medicina do Porto;  
 2 IPATIMUP e Faculdade de Medicina do Porto;  
 3. Serviço de Medicina Nuclear do Centro Hospitalar São João;  
 4. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar São João ;  
 5. Laboratório Nobre da Faculdade de Medicina do Porto;  
 6. Serviço de Bioquímica da Faculdade de Medicina do Porto;  
 7. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar São João.

**Introdução:** A artrite reumatóide (AR) caracteriza-se por uma reabsorção óssea localizada ao nível das mãos, nomeadamente, bem como por uma osteoporose generalizada. O gene LRP5 está relacionado com doenças osteometabólicas raras e vários polimorfismos deste gene foram associados a variações da densidade mineral óssea (DMO) em populações saudáveis.

**Objectivo:** Determinar o grau de associação de diferentes polimorfismos do LRP5 com a densidade e o metabolismo ósseos, em doentes com artrite reumatóide (AR) estabelecida.

**Métodos:** As características clínicas e as amostras de sangue periférico foram recolhidas numa visita de monitorização. A versão portuguesa do *Standford Health Assessment Questionnaire* (HAQ), o score de actividade de doença (DAS28(4v)), o número de articulações dolorosas (68) e tumefactas (66) foram obtidos. Foram medidos os seguintes parâmetros laboratoriais: VSG e PCR, *cross-links* dos  $\beta$ -C-telopectídeos do colagénio tipo I séricos ( $\beta$ -CTX1), osteocalcina, Dkk-1 (ELISA, Biomedica), esclerostina (ELISA, TECOmedical), RANKL (ELISA, Cusabio) e OPG (ELISA, Biomedica). A DMO foi avaliada por densitometria óssea radiológica (bienergética por Rx) (Lunar Expert 1320®) na coluna lombar, anca, colo do fémur, triângulo de Wards, mãos e segundas falanges proximais. Um modelo de análise multivariada foi utilizado na análise estatística (PASW statistics 18).

**Resultados:** Avaliámos 208 doentes com AR, 166 (80%) mulheres, 65 (31%) mulheres pré-menopausadas, 107 (51%) sob biológicos, 87 (42%) sob agentes anti-TNFalfa, 69 (33%) sob bifosfonatos, 42 (20%) sob suplementos de vitamina D, com  $54 \pm 12$  anos de idade,  $14 \pm 10$  anos de duração de doença, DAS28(4v) médio de  $4.25 \pm 1.33$  e HAQ médio de  $1.254 \pm 0.709$ . Foram determinadas as frequências genóticas para os polimorfismos V667M (GG 89%, AG 11%, AA: 1%), N740N (CC 69%, TC 27%, TT 4%) e A1330V (CC 72%, TC 24%; TT 4%).

O genótipo AG do polimorfismo V667M, o genótipo TT do polimorfismo N740N e o genótipo TT do polimorfismo A1330V associaram-se a menor DMO da

anca, do colo do fémur, do triângulo de Wards, das mãos e das segundas falanges proximais ( $p < 0.001$ ). Na análise por subgrupos terapêuticos, estas associações mantiveram-se, particularmente e de forma consistente a nível femoral. Os mesmos genótipos associaram-se a valores de esclerostina mais elevados ( $p < 0.001$ ) e de RANKL mais baixos ( $p < 0.05$ ). A presença do genótipo TT do polimorfismo A1330V também se associou a níveis séricos mais elevados de OPG ( $p < 0.05$ ). Quer no subgrupo de doentes sob agentes biotecnológicos, quer nos sob DMARDs clássicos, mantiveram-se apenas as associações com os níveis de esclerostina. Todas estas associações verificaram-se mesmo após ajuste para idade, duração de doença, índice de massa corporal, DAS28(4v) actual, HAQ actual, dose diária média de prednisolona e anos de corticoterapia.

**Conclusões:** As frequências genóticas para os polimorfismos V667M, N740N e A1330V numa população de doentes com artrite reumatóide revelaram-se semelhantes às de outros estudos populacionais em saudáveis, relacionando-se com a massa óssea femoral e das mãos nestes doentes. A associação destes polimorfismos a níveis séricos elevados de esclerostina pode justificar o maior défice de formação óssea e a ausência de reparação óssea em doentes com artrite reumatóide.

## P22 – SÍNDROME DE ACTIVAÇÃO MACROFÁGICA – UM CASO DE ÊXITO

Abelha-Aleixo J<sup>1</sup>, Terroso G<sup>1</sup>, Madureira P<sup>1</sup>, Vieira R<sup>1</sup>, Mariz E<sup>1</sup>, Pinto J<sup>1</sup>, Brito J<sup>1</sup>, Vaz C<sup>1</sup>, Bernardo A<sup>1</sup>, Costa L<sup>2</sup>

1. S. Reumatologia, Hospital de S. João e Faculdade de Medicina;
2. S. Reumatologia, Hospital de S. João

O Síndrome de Activação Macrofágica (SAM) é uma situação rara e rapidamente fatal, caracterizada por expansão massiva de macrófagos com actividade hemofagocítica por proliferação descontrolada de células TCD8+ activadas e libertação intempestiva de citocinas. Ocorre citopenia, disfunção multi-orgânica e coagulopatia, sendo actualmente considerada uma forma adquirida de Linfocitose hemofagocítica.

Apresentamos o caso de uma mulher com 33 anos com artrite idiopática juvenil sistémica (AIJs) diagnosticada aos 15anos, de evolução destrutiva com necessidade de colocação de prótese total da anca, joelhos e tibiotársica esquerda, sob tratamento com leflunomi-

da 10mg/d e prednisolona 10mg /d.

Recorreu à urgência por febre, mialgias e poliartralgias migratórias. Efectuara doxiciclina três semanas antes por blefarite, e procedimento dentário duas semanas antes do quadro. Apresentava anemia microcítica, leucocitose com neutrofilia e PCR 254,9mg/L sem objectivação de infecção pulmonar ou urinária.

Foi internada no S. de Reumatologia para estudo. Efectuou washout de leflunomida e iniciou ceftriaxone empiricamente. Do estudo complementar salienta-se: serologias para CMV, EBV, HSV1e 2, Parvovírus, TPPA, Widal e Wright negativas, hemo e uroculturas negativas para mico e bacteriológico, ecocardiograma normal e tomografia cervicotorácica com: «... densificação dos tecidos moles peri-molares à direita...volumosa cardiomegalia...derrame pleural de médio volume à esquerda com atelectasia... globosidade hepato-esplénica.»

Por persistência sintomática e aumento de marcadores de inflamação iniciou Imipenem/Cilastatina e posteriormente adicionou-se Vancomicina.

Foi observada por Otorrinolaringologia não havendo evidência de focos infecciosos.

Realizou broncofibroscopia e, por isolamento de *C.albicans* nas secreções brônquicas, iniciou Fluconazol. Não foi efectuada toracocentese por regressão do derrame.

Encontrava-se em evolução favorável quando desenvolveu quadro súbito de hipotensão grave com disfunção hepato-renal, trombocitopenia, subida de LDH e ferritina. Foi admitida na UCIM para suporte dopaminérgico, e por suspeita de SAM iniciou corticoterapia em alta dose. Fez pulsos de metilprednisolona e, dada a gravidade, foi medicada com ciclosporina 200mg/dia, com diminuição gradual de corticoterapia, tendo boa resposta clínica e analítica. O mielograma confirmou posteriormente o diagnóstico de SAM, pela presença de macrófagos hemofagocíticos.

A AIJs é a doença reumatológica mais frequentemente associada ao SAM. O diagnóstico exige alto índice de suspeição pois é facilmente confundida com sépsis ou doença reumatológica activa. São clinicamente frequentes: a febre persistente, alterações hemorrágicas, alterações do SNC e hepatoesplenomegalia.

Além do tratamento de suporte, deve ser instituída rapidamente corticoterapia em alta dose e, em casos refractários ou graves, a ciclosporina é a terapêutica de eleição. A resposta deve ocorrer em 2-8 dias, sendo imprescindível uma vigilância apertada e tratamento agressivo dada a alta taxa de mortalidade.

## P23 – ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS E EVIDÊNCIA DE TROMBOSE NUMA COORTE DE DOENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL

Escobar C<sup>1</sup>, Cabral M<sup>1</sup>, Conde M<sup>2</sup>, Ramos M<sup>2</sup>, Melo Gomes JA<sup>3</sup>

1. Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca;

2. Hospital Dona Estefânia, CHLC;

3. Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** Níveis elevados de anticorpos antifosfolípidos (Ac-aFL) no Lupus eritematoso sistémico (LES) têm sido associados a eventos trombóticos venosos, arteriais e/ou perda fetal recorrentes, trombocitopenia e distúrbios neuropsiquiátricos.

**Objectivo:** Avaliar a associação dos Ac-aFL com a incidência de trombose, trombocitopenia, distúrbios neuropsiquiátricos e outras variáveis clínicas numa coorte de doentes com LES juvenil (LESJ).

**Material e Métodos:** Estudo multicêntrico, retrospectivo, descritivo e analítico de 1987 a 2011 (24 anos), de todas as crianças e adolescentes (<18 anos) com diagnóstico definitivo de LESJ, de três centros com consulta diferenciada de Reumatologia pediátrica da área da Grande Lisboa. Analisaram-se variáveis epidemiológicas, manifestações clínicas, laboratoriais e complicações e foi avaliada a associação destas com presença de Ac-aFL.

**Resultados:** 56 doentes, 51 (91.1%) caucasianos e 46 (82.1%) do sexo feminino. Idade média no início da doença de 12.6±4.04 (1-17) anos e um período médio de seguimento de 5.5±5.4 anos. De 44 doentes com pesquisa de Ac-aFL, 16 (36.4%) apresentaram Ac-aFL positivos em pelo menos uma determinação: anticoagulante lúpico (LAC) em 10 (22.7%), anticorpos anti-cardiolipina (Ac-aCL) e anti-β2glicoproteína-I (Ac-aβ2GPI) em 9 doentes (20.5%), respectivamente. A presença destes anticorpos não se associou estatisticamente com género (sexo feminino vs masculino, p=0.256), nefrite lúpica (56.3% vs 50%, p=0.690), manifestações neuropsiquiátricas (17.9% vs 18.8%, p=0.941), serosite (37.5% vs 32.1%, p=0.718) ou alterações articulares (93.8% vs 85.7%, p=0.419). Os doentes com Ac-aFL positivos apresentaram mais frequentemente trombocitopenia (56.3% vs 28.6%, p=0.05), mas não outro tipo de envolvimento hematológico como anemia ou leucopenia. Os doentes com Ac-aFL apresentaram maior número de complicações que os restantes doentes (53.3% vs 25%, p=0.041). Cinco (8.9%) doentes, 3 raparigas e 2 rapazes, apresentaram

eventos vasculares trombóticos (acidente vascular cerebral – 4; trombose vascular periférica – 1), com média de idade ao diagnóstico de 11.6±6.2 anos. Em 3 destes doentes houve positividade de algum dos Ac-aFL: LAC -2, Ac-aCL -2 e Ac-aβ2GPI -2. O diagnóstico definitivo de síndrome antifosfolípido verificou-se em 3 casos. A presença de Ac-aFL não se relacionou com a presença de eventos trombóticos (20% vs 7.1%, p=0.210).

**Conclusão:** Na nossa coorte de doentes com LESJ a incidência de Ac-aFL esteve dentro da prevalência encontrada na literatura para doentes com LES em geral (20 a 50%). Não se verificou associação entre a presença de Ac-aFL e a incidência de eventos trombóticos, envolvimento renal ou neuropsiquiátrico, contrariando alguns resultados previamente publicados. Apesar disso, verificámos incidência de trombocitopenia e de complicações superior nos doentes com Ac-aFL positivos.

#### P24 – SÍNDROMES DE FEBRE PERIÓDICA HEREDITÁRIA – RELATO DE 3 CASOS

Furtado C<sup>1</sup>, Rodrigues AM<sup>2</sup>, Capela S<sup>3</sup>,  
Saavedra MJ<sup>3</sup>, Pereira da Silva JA<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa e Serviço de Reumatologia do Hospital do Divino Espírito Santo, EPE; Ponta Delgada;
2. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa e Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
3. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa

**Introdução:** As Síndromes de Febre Periódica Hereditária (SFPH) são um grupo de doenças genéticas auto-inflamatórias raras (de transmissão monogénica mendeliana) resultantes da desregulação da resposta imune inata, em que ocorrem episódios limitados de inflamação sistémica sem aparente factor desencadeante. Clinicamente, caracterizam-se por episódios recorrentes e autolimitados de febre associada a dor abdominal, artralgia/artrite, manifestações cutâneas ou envolvimento de serosas. Dentro das SFPH incluem-se a Febre Mediterrânica Familiar (FMF), a Síndrome de Hiper-IgD (HIDS), a Síndrome Periódica associada ao receptor do Factor de Necrose Tumoral (TRAPS) as síndromes associadas a Criopirina (CAPS), Síndrome de Blau e algumas doenças piogénicas. O diagnóstico clínico deve ser confirma-

do por testes genéticos, no entanto nem sempre é possível identificar a mutação genética responsável. O tratamento convencional tem como base anti-inflamatórios não esteroides, corticoterapia e colchicina, contudo os fármacos biotecnológicos antagonistas da interleucina 1β e do factor de necrose tumoral α têm emergido como terapêuticas eficazes nos casos refractários.

**Objectivo:** Descrevem-se três casos clínicos de SFPH seguidos na consulta de Reumatologia do Hospital de Santa Maria.

**Casos clínicos 1 e 2:** Os primeiros dois casos, referem-se a um cluster patológico – Mãe e filho com quadro clínico similar, caracterizado por crises autolimitadas (2-3 dias de duração) e recorrentes de febre associada a poliartralgias, dor abdominal, náuseas, diarreia e aumento dos parâmetros analíticos inflamatórios. Foram excluídas outras doenças inflamatórias sistémicas, hemato-oncológicas ou gastrointestinais. Os testes genéticos evidenciaram em ambos a mutação p.Met694Val em heterozigotia no gene MEFV, descrita como patogénica na FMF. Estão ambos em remissão completa após início de colchicina.

**Caso clínico 3:** Mulher de 33 anos de idade, com episódios recorrentes de febre, dor abdominal, artralgias, artrite transitória joelho e MCFs, mialgias, astenia e episódio de rash pruriginoso ao nível da face, tronco e coxas com duração de 3 meses, desde os 14 anos. Estas crises acompanhavam-se de elevação da VS e PCR. Também neste caso o estudo genético não revelou mutações nos genes responsáveis pelas principais doenças auto-inflamatórias, no entanto, foi colocada a hipótese diagnóstica de TRAPS. A doença esteve inicialmente controlada com colchicina, contudo recentemente houve necessidade de introdução de anakinra, posteriormente suspenso por efeito adverso. Desde então, clinicamente estável, apesar de manter parâmetros analíticos inflamatórios aumentados.

**Conclusão:** A abordagem deste grupo de doenças complexas constitui um verdadeiro desafio clínico. A compreensão dos diversos mecanismos celulares que estão na sua base tem melhorado a capacidade de diagnóstico, tratamento direccionado e prevenção de sequelas.

#### P25 – PREVALÊNCIA DE REMISSÃO CLÍNICA COMPLETA NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL

Melo Gomes S<sup>1</sup>, Melo Gomes JA<sup>2</sup>, Cabral M<sup>3</sup>,  
Escobar C<sup>3</sup>, Conde M<sup>4</sup>, Ramos MP<sup>4</sup>

1. Centro Hospitalar Oeste Norte;
2. Instituto Português de Reumatologia;
3. Hospital Dr. Fernando Fonseca;
4. Hospital D. Estefânia, CHLC

**Introdução:** Apesar da melhoria de prognóstico verificada nas últimas décadas, o lúpus eritematoso sistémico juvenil (LESJ) é ainda uma doença crónica que acarreta uma morbilidade e mesmo mortalidade importantes.

**Objectivo:** Definir a probabilidade de remissão clínica prolongada numa coorte de doentes com LESJ.

**Métodos:** Estudo multicêntrico, retrospectivo, descritivo e analítico, de todas as crianças e adolescentes (<18 anos) com diagnóstico definitivo de LESJ, seguidas em três centros com consulta diferenciada de Reumatologia pediátrica da área da Grande Lisboa. Analisaram-se dados demográficos, epidemiológicos, manifestações clínicas, complicações e actividade da doença. A principal medida de «outcome» foi a remissão completa prolongada, sem terapêutica.

**Resultados:** 56 doentes, 46 do sexo feminino (82.1%), 51 caucasianos (91.1%). Idade no início da doença de 12.6±4.04 (1-17) anos e um período médio de seguimento de 5.5±5.4 anos.

Verificou-se acometimento renal em 26 casos (21,4%), 2 dos quais com IRC (3,5%), 12 casos de neurolupus (21,4%), 2 síndromes anti-fosfolípido (3,5%) e 2 síndromes de activação macrofágica (3,5%). Registaram-se efeitos adversos da terapêutica em mais de metade dos casos (n=30), sendo os mais frequentes o hábito cushingoide e a osteoporose. Os factores correlacionados positivamente com a ocorrência de complicações foram a anemia, leucopenia e C3 baixo (p<0,05).

Nesta série, 34 doentes apresentam doença activa (61%), 16 doença inactiva (28,5%) e em 4 perdeu-se o seguimento (7%). Ocorreram 2 óbitos (3,5%). A mediana dos valores de SLEDAI iniciais nos doentes em remissão e com doença activa foi sobreponível (9), não se tendo verificado diferença significativa entre os valores máximos nestes 2 grupos (mediana 10 e 12 respectivamente).

Dos casos de doença inactiva, 9 (16%) encontram-se em remissão completa sem terapêutica (>6meses).

**Discussão:** Nesta série é de salientar a elevada percentagem de doentes em remissão. Por outro lado, a mortalidade está de acordo com o descrito na literatura (taxa de sobrevivência aos 5 anos >95%). Os efeitos adversos relacionados com a terapêutica são ainda um factor importante de morbilidade nestes doentes.

## P26 – ESTUDO TRANSVERSAL PARA CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA E TERAPÊUTICA, DE DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE, TENDO EM CONTA AS RECOMENDAÇÕES PORTUGUESAS PARA A INTRODUÇÃO DE TERAPÊUTICA BIOLÓGICA

Melo Gomes JA<sup>1</sup>, Negreiro F<sup>2</sup>, Veloso L<sup>3</sup>, Santos A<sup>4</sup>, Freitas I<sup>4</sup>

1. Clínica Privada; Instituto Português de Reumatologia;
2. Departamento de Biostatística, Eurotrials;
3. Departamento de Medical Writing, Eurotrials;
4. Departamento Médico, Pfizer;

**Introdução:** A terapêutica biológica revolucionou o tratamento da Artrite Reumatóide (AR). A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) publicou as recomendações para uso de terapêutica biológica a partir de 2005 e desde 2008 o reembolso de biológicos foi estendido à clínica privada existindo até à data poucos estudos que caracterizem a prática clínica neste contexto. O objectivo deste estudo foi a caracterização epidemiológica, clínica e terapêutica de doentes com artrite reumatóide potencialmente elegíveis para biológicos na clínica privada em Portugal.

**Métodos:** Estudo observacional, transversal, multicêntrico, em clínica privada envolvendo um total de 18 Reumatologistas em Portugal Continental. Incluídos doentes adultos com AR sob tratamento prévio com DMARDs. Excluídos doentes previamente tratados com terapêutica biológica e/ou que participaram em estudos experimentais nos 3 meses anteriores à inclusão no estudo. Durante a consulta foram recolhidas variáveis demográficas, clínicas e achados radiográficos e foram descritas as terapêuticas anteriores à consulta e actual, razões para a decisão terapêutica durante a consulta, e foi ponderada ou não a prescrição de terapêutica biológica, segundo as recomendações da SPR. Todos os doentes deram o seu consentimento para participação no estudo.

**Resultados:** Incluídos um total de 231 doentes, de forma consecutiva, dos quais 52 (22,5%) cumpriam os critérios de elegibilidade para início de terapêutica biológica de acordo com as Recomendações da SPR (RSPR+). A maioria eram do sexo feminino (84,8% no grupo RSPR+ e 80,1% no grupo RSPR-) e a idade mediana foi menor no grupo RSPR+ (53 versus 60 anos: p=0.008). A idade de diagnóstico foi menor no grupo RSPR+ (46,5 versus 53,0 anos: p=0.006). A mediana do DAS28 e do PGA foi superior no grupo RSPR+ (5.6

versus 3.2:  $p < 0.001$  e 56.2 versus 16.1 mm:  $p < 0.001$ , respectivamente). O número mediano de articulações dolorosas e tumefactas foi superior no grupo RSPR+ (10 versus 6:  $p = 0.001$  e 6.5 versus 3.5:  $p = 0.004$ , respectivamente). A mediana de VS e PCR foi duas vezes superior no grupo RSPR+ ( $p > 0.05$ ). No momento da consulta 92.7% dos doentes no grupo RSPR- estavam medicados com MTX (dose mediana de 20mg/semana) e 68,2% estavam sob corticosteróides. No grupo RSPR+ 67% dos doentes estavam medicados com MTX (dose mediana 15mg/semana) 84.6% estavam sob corticosteróides. A terapêutica biológica foi contemplada em apenas 18 dos 52 doentes que apresentavam critérios para início de terapêutica biológica. Os motivos para não prescrição (65,4% dos casos.  $n = 34$ ), foram a adopção de outra estratégia terapêutica, duração do tratamento em curso não suficiente para avaliar a sua eficácia e contra-indicação para terapêutica biológica. No grupo RSPR- ( $n = 179$ ), apenas foi prescrita terapêutica biológica em 11 (6%), todos com DAS28  $> 3,2$ , sendo os principais motivos a persistência e/ou agravamento da actividade da doença apesar da terapêutica instituída e a progressão das lesões radiográficas.

**Conclusão:** Os resultados demonstram que existe uma associação relevante entre as normas da SPR e a prática clínica, o que indica que o reumatologista de clínica privada tem uma atitude criteriosa e prudente no acto de iniciar a terapêutica biológica.

## P27 – HEPATOTOXICIDADE NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE LATENTE COM ISONIAZIDA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE CANDIDATOS A TERAPÊUTICA BIOTECNOLÓGICA

Gonçalves I<sup>1</sup>, Gomes C<sup>2</sup>, Teixeira A<sup>1</sup>, Miranda L<sup>1</sup>, Silva C<sup>1</sup>, Santos H<sup>1</sup>, Clemente-Coelho P<sup>1</sup>, Medeiros D<sup>1</sup>, Simões E<sup>1</sup>, Barcelos F<sup>1</sup>, Cortes S<sup>1</sup>, Madeira H<sup>1</sup>, Micaelo M<sup>1</sup>, Parente M<sup>1</sup>, Sousa M<sup>1</sup>, Miguel C<sup>1</sup>, Leitão R<sup>1</sup>, Las V<sup>1</sup>, Ferreira J<sup>1</sup>, Vaz Patto J<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;  
2. Centro de diagnóstico Pneumológico da Alameda

**Introdução:** Actualmente, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia e a Sociedade Portuguesa de Pneumologia recomendam o tratamento da tuberculose latente (TL), com isoniazida (INH), a todos os doentes imunocomprometidos candidatos a biotecnológicos, após a avaliação do risco/benefício individual. Tratando-se

de um fármaco associado a toxicidade hepática, a utilização da INH com DMARDs, nos doentes com artrite reumatóide (AR), levanta questões em relação à segurança da sua utilização nestes doentes.

**Objectivo:** Avaliar a toxicidade do tratamento da TL com INH em doentes com AR candidatos a terapêutica biotecnológica.

**Método:** Estudo retrospectivo de 70 doentes com AR seguidos no Instituto Português de Reumatologia (IPR) candidatos a terapêutica biotecnológica. Foi feita uma revisão dos processos clínicos e recolhidos os dados relativos às características demográficas, clínicas, laboratoriais e medicação concomitante.

**Resultados:** Foram revistos 70 doentes, dos quais 63 (90%) do sexo feminino. Idade média de 52 anos ( $DP \pm 11$ ). Todos fizeram rastreio da TL e 67 (95,7%) fizeram INH que durou em média 9,3 meses. Sessenta e quatro (95,5%) iniciaram anti-TNF, em média 5,9 meses após o início da INH. O DAS28 foi em média 5,95.

Um doente não fez terapêutica com DMARDs com a INH. Dos outros, 31 (46,9%) faziam apenas um DMARD (metotrexato, leflunomida, sulfassalazina, azatioprina). Sessenta e dois (92,5%) doentes faziam prednisona (média 7,7 mg/dia) e, 58 (86,5%) faziam AINE em esquema fixo.

Verificou-se elevação das transaminases em 33 (49,2%) doentes, com elevação superior ao dobro do valor de referência em 10 (14,9%) doentes e valor máximo de ALT de 401. Nenhum doente foi hospitalizado.

No início da INH existiam alterações hepáticas em 12 (17,9%) doentes. Nos restantes, a subida ocorreu após em média 4,5 meses. Em 11 doentes as alterações hepáticas «*de novo*» persistiram em pelo menos duas avaliações consecutivas. A subida das transaminases conduziu à suspensão da INH em 4 doentes.

Os doentes com alterações eram tendencialmente mais velhos, mas sem diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,045$ ), com idade média de 56 versus 49 anos.

Em relação à medicação, observaram-se proporções semelhantes entre os dois grupos (com versus sem alterações) na toma de corticoterapia (90,2% versus 91,2%), AINE (84,8% versus 88,2%) e DMARD isolado como metotrexato, leflunomida, sulfassalazina, ou azatioprina (54,5% versus 60,6%). As associações de DMARDs eram mais frequentes nos doentes sem alterações (60,2% versus 45,5%). Não se encontrou relação estatisticamente significativa entre a toma de determinado DMARD e toxicidade hepática. No entanto, nos 3 doentes a fazer azatioprina, verificou-se uma relação directa entre a dose de azatioprina e as alterações hepáticas.

Em relação aos AINE (naproxeno, diclofenac, aceclofenac, acetametacina, meloxicam, etoricoxib, celecoxib) observou-se maior toxicidade hepática com o diclofenac e aceclofenac, com significado estatístico no aceclofenac ( $p=0,004$ ).

Em relação à corticoterapia, verificou-se maior toxicidade hepática com doses superiores a 7,5 mg/d ( $p=0,001$ ).

**Conclusões:** Registou-se um valor elevado de doentes com alterações hepáticas ligeiras.

Os doentes com alterações eram mais velhos e faziam uma dose superior de corticoterapia. O aceclofenac foi o AINE com mais alterações hepáticas.

São necessários estudos com maior número de doentes para clarificar a tendência observada neste trabalho e eventualmente identificar outras associações.

## P28 – UTILIZAÇÃO OFF-LABEL DE RITUXIMAB EM DOENÇAS REUMÁTICAS SISTÉMICAS: REVISÃO DE CASOS CLÍNICOS

Araújo F<sup>1</sup>, Silva I<sup>2</sup>, Sepriano A<sup>3</sup>, Nero P<sup>4</sup>, Branco JC<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Microbiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz;

3. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

4. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

**Introdução:** A depleção de células B através da utilização de Rituximab (RTX) foi aprovada para tratamento de Linfomas não-Hodgkin e mais tarde para tratamento da Artrite Reumatóide (AR). No entanto, pela sua interferência em mecanismos da imunidade natural e adquirida, poderá existir potencial terapêutico em muitas outras doenças reumáticas sistémicas.

**Objectivo:** Rever os casos de utilização *off-label* de RTX no nosso serviço desde a sua introdução em 2007.

**Métodos:** Foram obtidos os registos de todos os doentes do Serviço de Reumatologia que realizaram perfusão de RTX entre Janeiro de 2007 e Setembro de 2011 e foram seleccionados todos os que apresentavam doença reumática sistémica. Excluíram-se as AR. As in-

formações sobre esses doentes foram recolhidas a partir dos processos clínicos e da base de dados BioGeral. Todas as características disponíveis relativas à demografia, à patologia de base e ao tratamento com RTX foram registadas.

**Resultados:** Foram encontrados oito doentes com doenças reumáticas sistémicas que não AR, sete do sexo feminino, com idade média de 48,25 anos, cinco com Síndrome de Sobreposição-Rúpus, dois com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e um com Granulomatose de Wegener (GW). Os doentes com Rúpus realizaram perfusão de RTX por actividade de doença articular moderada e elevada refractária à utilização de DMARDs clássicos; a descida média do DAS 28 3v e 4v às 24 semanas pós perfusão foi de 1,58 e 1,75 respectivamente, havendo remissão em 3 doentes e ausência de resposta nos outros 2. Às 24 semanas verificou-se igualmente uma descida significativa das doses de DMARDs utilizados. Dois doentes foram retratados e verificou-se num doente uma reacção infusional grave. Os doentes com LES realizaram perfusão por, num caso, nefrite lúpica classe IV+V e, no outro caso, por trombocitopénia, ambas graves e refractárias às restantes terapêuticas. Às 24 semanas pós perfusão ambos se encontravam em remissão com normalização da creatinina e proteinúria no primeiro caso e normalização da contagem de plaquetas no segundo (embora neste caso a resposta seja de difícil avaliação pelos diversos fármacos realizados concomitantemente ao RTX). Por fim, o doente com GW realizou perfusão devido a estenose glótica refractária e recorrente, pós broncofibroscopia, mas sem resposta.

**Discussão e Conclusão:** Existe crescente evidência da eficácia e segurança do RTX em diversas doenças reumáticas sistémicas. Apesar desta evidência advir maioritariamente de estudos observacionais e relatos de caso, existem em curso vários ensaios interventivos (alguns controlados com placebo) em diversas patologias como o LES, vasculites ANCA-positivas e mesmo a Esclerose Sistémica. Os resultados obtidos na presente análise retrospectiva vão de encontro a esta evidência, reforçando que o RTX pode ter um papel perante doença reumática sistémica grave refractária às terapêuticas convencionais.

## P29 – FASCIITE EOSINOFÍLICA NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO CHLO EPE, HOSPITAL DE EGAS MONIZ: REVISÃO DE 4 CASOS CLÍNICOS

Araújo F<sup>1</sup>, Silva I<sup>2</sup>, Sepriano A<sup>3</sup>, Nero P<sup>4</sup>, Branco JC<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Microbiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; 3 Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
4. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

**Introdução:** A Fasciite Eosinofílica (FE), também conhecida como Síndrome de Schulman, é uma doença reumática inflamatória rara pouco compreendida relativamente à sua epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

**Objectivo:** Estudar os doentes com diagnóstico de FE no nosso serviço de 2006 a 2011.

**Métodos:** As informações sobre os doentes com diagnóstico de FE foram recolhidas a partir dos seus processos clínicos e da base de dados do centro hospitalar (disponível desde 2006). Todas as características disponíveis relativas à demografia, à patologia de base, ao tratamento com e à evolução clínica foram registadas.

**Resultados:** Foram identificados no nosso serviço, desde 2006, quatro doentes com FE, três do género masculino e um do género feminino, todos caucasianos, com idade média na altura do diagnóstico de 56,25 anos (47-62). O tempo até ao diagnóstico variou entre um e doze meses. Como manifestação clínica inicial verificou-se em todos os doentes um exantema e espessamento cutâneo dos membros superiores e inferiores (que poupava mãos e pés) e em dois doentes oligoartrite dos joelhos e tibio-társicas. Um dos doentes referia perda ponderal de 32% e disfagia para sólidos e líquidos. Na fase inicial de doença todos apresentavam eosinofilia que variava entre 12,4% (730/ $\mu$ L) e 18% (1962/ $\mu$ L) da contagem leucocitária total e três apresentavam também hipergamaglobulinémia e velocidade de sedimentação elevada. Em dois doentes verificou-se anemia normocítica normocrómica (hemoglobina de 10,1 g/dL e 10,9 g/dL) e num deles também trombocitopenia ( $76 \times 10^9/L$ ) e posteriormente leucopenia ( $3,6 \times 10^9/L$ ). Apenas um tinha anticorpo anti-nuclear positivo. Três doentes tinham biópsias que mostravam espessamento e infiltrado inflamatório na fascia muscular, outro doente tinha apenas biópsia da pele

com vasculite não necrotizante rica em eosinófilos. Apenas um doente tinha DNA de *Borrelia burgdorferi* presente na biópsia, sendo tratado com Ceftriaxona. Todos os doentes realizaram corticoterapia oral, dois com prednisolona 60 mg/dia, um com prednisolona 30 mg/dia e outro com prednisona 10 mg/dia associado a azatioprina 100 mg/dia e etoricoxib 90 mg/dia pelas queixas articulares. Um dos doentes iniciou terapêutica recentemente e encontra-se melhorado das queixas cutâneas e articulares, dois doentes encontraram-se em remissão e o último doente não obteve resposta à terapêutica, desenvolvendo posteriormente aplasia medular e falecendo por pneumonia nosocomial a *Klebsiella pneumoniae*.

**Discussão e Conclusão:** A apresentação clínica e laboratorial dos casos descritos está de acordo com a evidência encontrada na literatura. A biópsia da pele e fascia muscular estabelece o diagnóstico na maioria das situações. A associação com a infecção por *B. burgdorferi* não está ainda confirmada. Os corticosteróides permanecem como principal recurso terapêutico embora imunossuppressores e até biotecnológicos anti-TNF $\alpha$  tenham já sido usados com sucesso na tentativa de poupança de corticosteróides ou na ausência de resposta aos mesmos.

### P30 – COMPLICAÇÕES DA REALIZAÇÃO DA BIÓPSIA RENAL EM DOENTES COM NEFRITE LÚPICA.

Aguiar R<sup>1</sup>, Farinha F<sup>1</sup>, Cunha I<sup>1</sup>, Ambrósio C<sup>1</sup>, Barcelos A<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia. Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

**Introdução:** O envolvimento renal no doente com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é determinante para o prognóstico da doença, quer pelo aumento da morbidade, quer pela mortalidade que representa. A biópsia renal percutânea fornece informação importante para o diagnóstico, tratamento e prognóstico da nefrite lúpica. A complicação mais frequente é a hematúria macroscópica nas primeiras 24 horas, embora estejam descritas complicações mais graves.

**Objectivo.** Avaliar as complicações decorrentes da realização da biópsia renal em doentes com nefrite lúpica. **Métodos.** Estudo retrospectivo de doentes com LES com nefrite lúpica submetidos a biópsia renal nos últimos 8 anos. Foram registados dados demográficos, clínicos, serológicos e as complicações decorrentes da rea-

lização da biopsia.

**Resultados.** Identificaram-se 18 doentes com nefrite lúpica de acordo com a classificação da OMS: 1 na classe II, 4 na classe III, 9 na classe IV, 3 na classe V e numa doente era desconhecida a classificação. 83% dos doentes eram do sexo feminino com uma idade média na altura do diagnóstico de  $27,5 \pm 3,3$  anos. A duração média da doença foi de  $9,7 \pm 2,1$  anos. A manifestação clínica mais frequente foi o envolvimento articular (94,4%) seguido do hematológico e cutâneo (61,1%). Todos tinham ANAs positivos. Quinze doentes não apresentaram complicações decorrentes da realização da biopsia. 3 tiveram de repetir a biopsia 9 a 12 meses após a realização da primeira, por persistência de proteinúria elevada apesar da terapêutica instituída. Dois destes tiveram complicações major: ambos apresentaram hematoma peri-renal e apenas um teve hemorragia grave, com necessidade de transfusão sanguínea e embolização da artéria renal. Este doente apresentava anticorpos anticardiolipinas positivos e foi submetido recentemente a transplante renal por falência a todas as terapêuticas instituídas.

**Conclusões.** Qualquer consideração sobre os benefícios da biopsia renal deve sempre incluir os riscos do procedimento. Com a melhoria dos métodos de imagem e com a realização de biopsia com pistolas semi-automáticas, as complicações são habitualmente raras. Contudo, a hematúria macroscópica continua a ser comum, embora muitas vezes não registada nos processos clínicos.

### P31 – OITO ANOS DE EXPERIÊNCIA NA UTILIZAÇÃO DA CAPILAROSCOPIA DO LEITO UNGUEAL NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA, LISBOA

Ponte C<sup>1</sup>, Castro A<sup>1</sup>, Resende C<sup>2</sup>, Pereira da Silva JA<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** A Capilaroscopia do Leito Ungueal (CLU) é um exame simples e não invasivo que consiste na observação, por microscopia, da microcirculação sanguínea do leito ungueal. É actualmente considerado o

método mais fiável na distinção entre fenómeno de Raynaud (FR) primário e secundário. A observação de um padrão capilaroscópico anormal tem um alto valor preditivo positivo no desenvolvimento de uma doença reumática sistémica. O padrão mais específico e amplamente estudado é encontrado na Esclerose Sistémica (ES), intitulado «Padrão de Esclerodermia». No entanto, outras doenças do tecido conjuntivo também podem apresentar alterações capilaroscópicas relevantes.

**Objectivos:** Avaliar as alterações capilaroscópicas mais frequentemente observadas nos indivíduos com FR referenciados ao Hospital de Santa Maria para a realização de CLU. Determinar a validade da CLU no diagnóstico diferencial e rastreio dos doentes com FR.

**Métodos:** Revisão dos resultados de todas as CLU, realizadas entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2011, no Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria. Caracterização dos doentes referenciados através da análise retrospectiva dos seus registos clínicos até à data do exame.

A CLU foi realizada com um estereomicroscópio (ampliação de 10x a 100x) e os seus resultados foram divididos nos seguintes grupos: 1) «Padrão de Esclerodermia» com divisão, segundo a Classificação de Cutolo, em: Precoce (presença de megacapilares e hemorragias), Activo (adição de áreas avasculares) e Tardio (neoangiogénese e desertificação); 2) Alterações capilaroscópicas mas sem «Padrão de Esclerodermia»: (dilatação, tortuosidade e hemorragias isoladas); 3) Padrão Nomal.

**Resultados:** Foram realizadas 481 CLU a 457 doentes com FR, 86.5% mulheres e 13.5% homens, com idade média de 46,8 anos [5-79 anos]. Vinte e dois doentes realizaram mais do que um exame (20 efectuaram dois e 2 efectuaram três). Foi encontrado «Padrão de Esclerodermia» em 68 exames (14,1%): 30 com Padrão Precoce (44,1%), 31 com Padrão Activo (45,6%) e 7 com Padrão Tardio (10,3%). Apenas 41 doentes (60,3%) com este padrão apresentavam já o diagnóstico prévio de ES. Os restantes cumpriam critérios para Lúpus Eritematoso Sistémico (5,9%), Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo (4,4%), Síndrome de Sjögren (2,9%), Doença Mista do Tecido Conjuntivo (1,5%) ou apresentavam FR ainda sem o diagnóstico específico de alguma conectivite (25,0%). Neste último grupo 9 doentes (52,9%) apresentavam positividade para os anticorpos anti-nucleares e 4 (23,5%) para os anticorpos anti-centrómero ou anti-Scl70. Em 126 CLU (26,2%) foram encontradas alterações capilaroscópicas mas sem «Padrão de Esclerodermia». Cinco (3,9%) destes exa-

mes correspondiam a doentes com o diagnóstico anterior de ES e trinta e dois (25,4%) a doentes com outras doenças do tecido conjuntivo. Nos restantes 287 exames realizados (59,7%), compatíveis com um padrão capilaroscópico normal, apenas 3 (1,0%) correspondiam a doentes com o diagnóstico de ES e 215 (74,9%) a doentes sem qualquer diagnóstico de doença reumática sistémica (FR primário). Os doentes que repetiram a CLU não apresentaram diferenças nos resultados.

**Conclusão:** Em conclusão, a realização de CLU é de crucial importância na diferenciação entre FR primário e secundário. A presença de alterações capilaroscópicas, em especial do «Padrão de Esclerodermia», deve motivar uma reavaliação clínica detalhada, de forma a diagnosticar atempadamente uma possível doença do tecido conjuntivo.

### P32 – COULD ANTI-RIBOSOMAL P PROTEIN IGG AUTOANTIBODIES BE IMPORTANT FOR SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS DIAGNOSIS?

Carmona-Fernandes D<sup>1</sup>, Santos MJ<sup>2</sup>, Fonseca JE<sup>3</sup>

1. Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal;

2. Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisbon & Rheumatology Department, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal;

3. Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisbon & Rheumatology and Bone Metabolic Diseases Department, Hospital de Santa Maria, Lisbon, Portugal

**Introduction:** Systemic lupus erythematosus (SLE) is characterized by multi-organ involvement and the production of autoantibodies directed against several nuclear proteins, among which the most specific are anti-Sm, anti-dsDNA and anti-ribosomal P protein (Rib-P) (Mahler, Kessenbrock et al. 2006). Yet anti-Rib-P is not part of the SLE classification criteria (Toubi and Shoenfeld 2007).

We aimed to evaluate the diagnostic performance of anti-Rib-P in comparison to anti-Sm and anti-dsDNA antibodies in SLE patients and also to identify its association with clinical manifestations.

**Patients and Methods:** In a cross-sectional evaluation we included 127 SLE patients, 100 healthy controls

and 256 rheumatic disease controls (100 Rheumatoid Arthritis, 99 Ankylosing Spondylitis, 34 Juvenile Idiopathic Arthritis and 23 Psoriatic Arthritis).

We have used EliA™ Rib-P, EliA™ Sm and EliA™ DNA, from Phadia®, to simultaneously determine autoantibodies titers. Receiver operating characteristic (ROC) curves were performed and the cut-off values of positivity determined. The relationship between demographic parameters, clinical features, and the autoantibodies titers was assessed by univariable followed by multivariable linear regression analyses.

**Results:** The cut-off values of positivity were 4.45 U/ml, 3.4 U/ml and 15.0 U/ml for anti-Rib-P, anti-Sm and anti-dsDNA, respectively.

Anti-Rib-P autoantibodies were positive in 14.2% of the SLE patients (mean concentration of  $4.9 \pm 20.2$  U/ml), in 0.8% of the rheumatic diseases control group (2 RA patients) and in none of the healthy controls. Anti-Sm antibodies were positive in 9.4% (mean concentration  $2.8 \pm 13.8$  U/ml) and anti-dsDNA autoantibodies in 49.6% of the SLE patients (mean concentration  $44.6 \pm 73.8$  U/ml). There was no positivity for anti-Sm in groups other than SLE, while anti-dsDNA was found in 6 (6%) healthy control subjects and in 5 (2%) patients with other rheumatic diseases.

The tests performance was evaluated and the outcome was as follows (PPV – Positive Predictive Value; NPV – Negative Predictive Value):

- Anti-Rib-P: sensitivity=14.2%; specificity=99.4%; PPV=90.0%; NPV=76.4%
- Anti-Sm: sensitivity=9.4%; specificity=100%; PPV=100%; NPV=75.6%
- Anti-dsDNA: sensitivity=49.6%; specificity=96.9%; PPV=85.1%; NPV=84.4%

Among the 18 anti-Rib-P positive samples, 12 were also positive for anti-dsDNA, 2 were positive for the three autoantibodies, and 4 tested positively only for anti-Rib-P antibodies.

In multivariable analysis Caucasian ethnicity was negatively associated with anti-Rib-P antibody titers ( $\beta = -0.190$ ,  $p = 0.034$ ); serositis positively associated with anti-Sm titers; anti-dsDNA autoantibodies titers were related to a more active lupus (higher SLEDAI2K and renal involvement) and to shorter disease duration. No relationship was found between anti-Rib-P antibodies titers and neuropsychiatric manifestations as defined by SLE classification criteria.

**Discussion and Conclusions:** We have demonstrated that the presence of antibodies against ribosomal P proteins is very specific for the diagnosis of SLE and that

the test used ensured accurate results, both in specificity and sensitivity.

Anti-Rib-P autoantibodies determination should be considered for inclusion in the SLE classification criteria as it is highly specific and has a good predictive diagnostic value.

### P33 – SÍNDROME DE COGAN: CASUÍSTICA DOS DOENTES SEGUIDOS EM CONSULTA DE REUMATOLOGIA NO HOSPITAL DE SANTA MARIA, LISBOA

Ponte C<sup>1</sup>, Castro A<sup>1</sup>, Macieira C<sup>2</sup>, Miranda Rosa C<sup>2</sup>, Pereira da Silva JA<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** A Síndrome de Cogan traduz uma doença inflamatória crónica, de etiologia desconhecida e atingimento preferencialmente vascular, caracterizada por disfunção audio-vestibular e manifestações inflamatórias oculares. É uma doença rara, com um alargado espectro de manifestações clínicas, sendo o diagnóstico, o tratamento e o seguimento dos doentes com Cogan um desafio na prática clínica diária que beneficia da participação activa do Reumatologista.

**Objectivos:** Relatar a experiência clínica acumulada no seguimento de doentes com Síndrome de Cogan em Consulta de Reumatologia no Hospital de Santa Maria.

**Método:** Foi efectuada avaliação retrospectiva, com análise de registos clínicos, de todos os doentes com Síndrome de Cogan diagnosticada nos últimos 25 anos.

**Resultado:** Foram identificados 9 doentes com Síndrome de Cogan, 5 homens (55,5%) e 4 mulheres (45,5%), com idade média de 45,7 anos [36-64 anos]. As primeiras manifestações da doença verificaram-se em média aos 32,7 anos [17-46 anos] e os doentes foram seguidos em consulta de Reumatologia durante uma média de 13,1 anos [3-21 anos]. As manifestações iniciais mais comuns foram a perda súbita de acuidade auditiva (77,8%), disfunção vestibular (77,8%) e alterações oftalmológicas (66,7%). Tanto sintomas vestibulares como oftalmológicos foram verificados, estando ocasionalmente separados por semanas a meses

das manifestações iniciais da doença. As manifestações oftalmológicas inflamatórias mais comumente observadas foram a queratite intersticial (66,7%) e a uveíte (uveíte anterior 44,4% e panuveíte 11,1%). As manifestações de disfunção áudio-vestibular mais frequentes foram a diminuição/perda de acuidade auditiva (66,7%) e vertigem (66,7%). A diminuição da acuidade auditiva foi bilateral em 8 dos 9 casos registados (88,9%). Manifestações sistémicas (febre e artralgia/artrite) surgiram em 50% dos doentes. Não se verificaram alterações neurológicas, cardíacas ou envolvimento de grandes vasos, nomeadamente aortite. A maioria dos doentes foi tratada com imunossuppressores (corticosteróides 88,9%, metotrexato 33,3% e ciclofosfamida oral 11,1%). Quatro doentes necessitaram de prednisona em dose elevada (40 a 60 mg/dia). Um doente necessitou adicionalmente de pulsos de corticoesteróides e plasmáfereze; manteve contudo doença activa e veio a falecer dois anos mais tarde. Aquando da última avaliação em consulta 6 doentes (75%) estavam sob terapêutica imunossupressora (22,2% metotrexato e 44,4% corticoesteróides), sem evidência de actividade da doença. Dois doentes apresentavam doença inactiva sem necessidade de imunossuppressores. A surdez completa foi observada em 33,3% dos casos, sendo que em dois doentes houve colocação de implante coclear. Não se verificou compromisso grave da acuidade visual, uma das complicações mais temíveis da Síndrome de Cogan.

**Discussão e Conclusão:** A Síndrome de Cogan é uma doença rara, de incidência desconhecida, estando descritos cerca de 200 casos na literatura. Na nossa casuística verificou-se uma maior morbidade associada aos défices auditivos resultantes do atingimento da doença. Houve globalmente uma boa resposta ao tratamento imunossupressor instituído e apenas um doente faleceu no contexto de doença grave activa. Pensamos que o Reumatologista tem um papel muito relevante no diagnóstico, seguimento e gestão do tratamento imunossupressor a administrar a estes doentes, nomeadamente em colaboração com as especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

### P34 – GRANULOMATOSE DE WEGENER: A PROPÓSITO DE 5 CASOS CLÍNICOS

Sepriano AR<sup>1</sup>, Araújo F<sup>2</sup>, Silva I<sup>3</sup>, Mourão AF<sup>4</sup>, Falcão S<sup>4</sup>, Ribeiro C<sup>3</sup>, Pimentel-Santos FM<sup>4</sup>, Branco JC<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa

Ocidental (CHLO) E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, FMUL;

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Microbiologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa;

3. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) E.P.E., Hospital de Egas Moniz;

4. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) E.P.E., Hospital de Egas Moniz; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

**Introdução:** A Granulomatose de Wegener (GW) é uma vasculite granulomatosa necrosante que afecta predominantemente as vias respiratórias superiores e inferiores, embora vários órgãos possam estar envolvidos. Desde 1931, altura em que foi descrita pela primeira vez, muitos avanços foram feitos na sua compreensão mas são necessários mais estudos para a sua adequada caracterização em termos epidemiológicos, para a obtenção de marcadores de prognóstico e para uma melhor abordagem terapêutica.

**Objectivo:** Rever os doentes com diagnóstico de GW seguidos no Serviço de Reumatologia do CHLO, Hospital de Egas Moniz, nos últimos 5 anos.

**Métodos:** Procedeu-se à identificação dos doentes com diagnóstico de GW a partir da base de dados electrónica do centro hospitalar. Com base nos processos clínicos foram recolhidas informações relativas a características demográficas, manifestações clínicas, tratamento e evolução dos doentes.

**Resultados:** Foram identificados 4 casos de GW que cumpriam os critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia (1990) e 1 caso com diagnóstico suspeito. Os doentes são do sexo feminino, caucasianos, com idade média no diagnóstico de  $48,8 \pm 10,37$  anos (mín. 37 – máx. 63). O atraso diagnóstico oscilou entre 5 meses e 3 anos. Como manifestação clínica inicial, 3 doentes (60,0%) apresentavam envolvimento otorrinolaringológico (sinusite, rinite, otite média aguda recorrente) e 2 (40%), envolvimento poliarticular. Como manifestações adicionais destaca-se o envolvimento das vias respiratórias inferiores em 2 doentes (nódulos pulmonares e hemorragia alveolar, e estenose traqueal sub-glótica), envolvimento renal em 3 (3 com Proteinúria entre 238,8 e 445 mg/24h e 1 com hematúria microscópica), cardio-vascular em 1 (bloqueio aurículo-ventricular com colocação de *pace-*

*maker* de urgência) e cutâneo (vasculite dos membros inferiores) em 2 doentes. Três doentes apresentaram anticorpos (AC) Anti-PR3 no soro em algum momento da evolução da doença; nenhum apresentou AC Anti-MPO, ANAs ou ENAs. Em 2 casos, o exame histológico, foi compatível com vasculite granulomatosa necrosante. Todos os doentes realizaram, como terapêutica inicial, corticoterapia oral (entre 10 mg e 60 mg/dia). Um bom controlo sintomático exigiu, em regra, a adição de DMARD's convencionais em monoterapia ou em associação (Metotrexato ou Ciclofosfamida seguida de Azatioprina). Num caso houve necessidade de recorrer a terapêutica com Rituximab.

**Discussão:** Os casos descritos são exemplos paradigmáticos da GW. Embora possamos usar os critérios de classificação como referência é necessário um elevado grau de suspeição para se estabelecer o diagnóstico e assim evitar atrasos na instituição de uma terapêutica adequada.

### P35 – RELAÇÃO ENTRE O PERFIL DE ANTICORPOS VERIFICADO NOS DOENTES COM ESCLEROSE SISTÉMICA E A PRESENÇA DE HIPERTENSÃO PULMONAR AVALIADA POR ECOCARDIOGRAMA

Ponte C<sup>1</sup>, Ferreira M<sup>2</sup>, Castro A<sup>1</sup>, Resende C<sup>3</sup>, Martins S<sup>2</sup>, Almeida A<sup>2</sup>, Pereira da Silva JA<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
2. Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte ;
3. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) é uma complicação bem reconhecida e potencialmente fatal das Doenças do Tecido Conjuntivo. Ocorre em aproximadamente 1 em cada 7 doentes com Esclerose Sistémica (ES), sendo a sua detecção precoce essencial no prognóstico da doença. Sabe-se que doentes com anticorpos anti-centrómero (AAC), presentes em cerca de 60% das formas limitadas de ES, têm um risco acrescido de desenvolver HAP. O Ecocardiograma tem-se mostrado o método não invasivo mais eficiente para o rastreio de HAP (sensibilidade 90% e especificidade

75%), preferencialmente através da medicação da Velocidade máxima de Regurgitação Tricúspide (VRT) e da Pressão Sistólica da Artéria Pulmonar (PSAP).

**Objectivos:** Averiguar se nos doentes com ES e AAC positivos era possível verificar superioridade, com diferença significativamente estatística, nos valores de PSAP e de VRT medidos por Ecocardiograma, relativamente aos doentes com ES e outros anticorpos positivos habitualmente presentes nesta doença - anticorpos antinucleares (ANAs) e anti-Scl70.

**Métodos:** Revisão dos resultados de todos os Ecocardiogramas com medição da PSAP e VRT, realizados entre Janeiro de 2007 e Setembro de 2011, em doentes com o diagnóstico de ES, no Serviço de Técnicas de Cardiologia do Hospital de Santa Maria. Caracterização dos doentes, relativamente ao subtipo de doença e perfil de anticorpos, através da análise retrospectiva dos registos clínicos presentes no Arquivo das Consultas Externas de Reumatologia do Hospital de Santa Maria. Nos doentes que efectuaram mais do que um exame foi considerado apenas o que apresentava valores mais altos de PSAP.

**Resultados:** Foram realizados 89 Ecocardiogramas, que apresentavam a medição da PSAP e da RVT registadas, a 63 doentes com diagnóstico de ES (5 doentes repetiram o exame 3 vezes e 16 doentes 2 vezes). Em apenas 47 doentes (74,6%), 45 mulheres (95,7%) e 2 homens (4,3%), foi possível ter acesso ao perfil imunológico e ao subtipo de ES. A idade média destes doentes avaliados foi de 54,9 anos [18-81] e em termos de classificação da doença 22 doentes (46,8%) apresentavam critérios para ES difusa, 20 doentes (42,6%) para ES limitada e 5 doentes (10,6%) para Síndrome de Sobreposição (com Lúpus Eritematoso Sistémico 3 e com Dermatomiosite 2). Quarenta e quatro doentes apresentavam ANAs positivos, a sua PSAP média foi de  $40,8 \pm 13,5$  mmHg [93-23] e a VRT média de  $2,7 \pm 0,5$  m/s [1,8-4,5]. Dezanove doentes apresentavam AAC positivos, a sua PSAP média foi de  $40,3 \pm 16,3$  mmHg [93-25] e a VRT média de  $2,7 \pm 0,6$  m/s [1,9-4,5]. Dezoito doentes apresentavam positividade para anti-Scl70, a sua PSAP média foi de  $40,4 \pm 9,9$  mmHg [56-23] e a VRT média de  $2,7 \pm 0,4$  m/s [1,8-3,4]. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da PSAP e da RTV de doentes com AAC positivos ou com antiScl70 positivos (p 0.48, p 0.61) e entre os valores médios da PSAP e da RTV de doentes com AAC positivos ou com ANAs positivos (p 0.64, p 0.57).

**Conclusão:** Na nossa casuística a presença de AAC não

se relacionou com valores superiores de PSAP ou de VRT, estimadores de HAP, como seria de esperar pelos resultados descritos na literatura internacional. Apesar de se tratar de um exame invasivo, o cateterismo cardíaco é um método diagnóstico mais fidedigno e menos dependente do operador, relativamente ao Ecocardiograma, para verificar a presença de HAP. Este estudo englobou um número pequeno de doentes, o que pode também ter condicionado os resultados.

### P36 – UM CASO DE AMILOIDOSE RENAL FATAL EM DOENTE COM ESCLEROSE SISTÉMICA

Silva I<sup>1</sup>, Araújo F<sup>2</sup>, Sipriano A<sup>3</sup>, Mateus M<sup>4</sup>, Branco JC<sup>5</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz, EPE;
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz, EPE; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
3. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
4. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz;
5. CEDOC - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz

**Introdução:** A esclerose sistémica (ES) é uma doença do tecido conjuntivo que afecta vários órgãos e sistemas, incluindo o rim. A nefropatia é uma das causas mais frequentes de mortalidade, podendo surgir como um quadro de proteinúria ligeira ou insuficiência renal aguda com ou sem hipertensão arterial maligna. A amiloidose renal secundária (ARS) é rara na ES (incidência de 0,7%), determina uma morbidade e mortalidade significativas e o sexo masculino é o género predominantemente afectado.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso clínico de um homem com ES do tipo cutâneo difuso, anti-Scl70 positivo, diagnosticada aos 27 anos com posterior evolução de 10 anos. Envolvimento sistémico (VS e PCR elevadas, anemia multifactorial e emagrecimento); cutâneo difuso [Índice de Rodnan médio de 31/48] com evolução para mão em garra e úlceras recorrentes dos joelhos e dos calcâneos, com sobre-infecção]; articular [ poliartrite simétrica das metacarpofalângicas (MCF), interfa-

lângicas proximais (IFP), punhos, cotovelos, joelhos, tibiotársicas e tarso, com evolução posterior para osteoartrite secundária e artropatia microcristalina por depósito de cristais de hidroxapatita (cotovelos, punho esquerdo e joelhos)]; vascular com fenómeno de Raynaud trifásico complicado com ulceração digital das mãos; cardíaco [disautonomia cardíaca com extrassístolia supraventricular paroxística e ventricular polimórfica (classe III de Lown)], pulmonar (doença intersticial e enfisema centri-lobular de predomínio basal, diminuição da capacidade de difusão do monóxido de carbono, sem hipertensão pulmonar); gastrointestinal (GI) com dismotilidade esofágica e intestinal, síndrome de má absorção, hiperproliferação bacteriana e desnutrição proteico-calórica. O envolvimento renal foi caracterizado por uma ARS tipo AA, documentada em biópsia renal, com síndrome nefrótica e evolução para insuficiência renal em estadio V/VI, condicionando necessidade de hemodiálise (HD) 9 anos após o diagnóstico de ES. Após 9 meses de HD verificou-se perda ponderal de 8% associada a hematoquezias e fenómenos de taquiarritmias. O óbito foi devido a paragem cardíaca secundária a episódio de taquiarritmia após sessão de HD.

**Discussão:** Na ES os indicadores mais relevantes de insuficiência renal são proteinúria, hipertensão arterial e retenção azotada, e a forma mais habitual de evolução é a de uma insuficiência renal crónica de progressão lenta, associada a proteinúria ligeira e hipertensão arterial. A crise renal esclerodérmica ocorre em apenas 5-15% dos casos. Uma ARS ao processo inflamatório da ES é um fenómeno raro em comparação com outras patologias reumatáticas como a artrite reumatóide (AR), artrite idiopática juvenil e espondilite anquilosante. Da pesquisa bibliográfica efectuada verificaram-se apenas 2 casos publicados, sendo os restantes associados a síndromas de sobreposição com lúpus eritematoso sistémico, polimiosite e AR, sobreposição de ES com amiloidose primária e ES com amiloidose secundária limitada à pele. Níveis séricos elevados de amiloide A foram associados a doença cutânea difusa, envolvimento pulmonar e GI, sexo masculino e actividade mantida da doença. Neste caso foram excluídas outras patologias potenciais causadoras de amiloidose secundária como tuberculose, bronquiectasias ou osteomielite.

**Conclusão:** Embora rara, a ARS deve ser considerada em doentes com de ES de longa duração, com envolvimento cutâneo difuso e visceral multiorgânico na presença de proteinúria nefrótica.

### P37 – LEISHMANIOSE MUCOCUTÂNEA IMITANDO GRANULOMATOSE DE WEGENER

Silva I<sup>1</sup>, Araújo F<sup>2</sup>, Sipriano A<sup>2</sup>, Chorão M<sup>3</sup>, Mateus M<sup>1</sup>, Branco JC<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz;
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
3. Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz;
4. CEDOC - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz

**Introdução:** A Granulomatose de Wegener (GW) nas suas formas limitadas pode ser de difícil diagnóstico, cumprindo os critérios de diagnóstico ou usando os testes serológicos para identificação dos anticorpos anti-neutrófilo (ANCA) e proteinase 3. As biópsias da nasofaringe mostram frequentemente a presença de granulomas sem sinais patognomónicos de vasculite. O diagnóstico diferencial com a etiologia infecciosa é frequente, sendo as doenças imunológicas um diagnóstico de exclusão. Embora endémica de zonas como o Brasil, Afeganistão, Índia e Sudão, a sua prevalência tem aumentado devido à emigração e à co-infecção com o Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH). Os autores descrevem o caso de uma Leishmaniose mucocutânea num doente com VIH e clínica sugestiva de GW.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de um homem de 49 anos, portador de lúpus discóide, infecção por VIH 1 subtipo-B (11 anos de evolução), anemia multifactorial, etilismo crónico e oligofrenia, medicado em ambulatório com hidroxicloroquina 400mg, saquinavir 200mg, tenofovir 300mg/emtricitabine 200mg e ritonavir. Referenciado à consulta de Reumatologia por lesão nasal tipo rinofima sem deformação em sela (evolução de 6 meses), após otite média aguda e pansinusopatia inflamatória com destruição do septo cartilágneo e dos cornetos nasais, associada a púrpura dos membros inferiores. Ao exame objectivo o doente apresentava uma lesão exuberante eritemato-edematosa da região nasal e lesões pigmentadas pós-vasculíticas nos membros inferiores, sem hepatoesplenomegália ou linfadenopatias. Analiticamente mostrava anemia normocrómica e normocítica (9,4g/dL), velocidade de sedimentação de 51 mm/h com proteína C reactiva normal, proteinúria «de novo» de 1,6g/24h com uma *clearance* renal estimada

de 60 ml/min e creatinina sérica de 1,58 mg/dL. As biópsias seriadas da mucosa nasal revelaram «material fibrinogranulocitário e de necrose sem displasia ou atipia». A Tomografia Axial Computorizada (TAC) das fossas nasais revelou «alterações sugestivas de pansinusopatia inflamatória crónica». A terceira biópsia da mucosa nasal revelou formas parasitárias com morfologia compatível a Leishmania. Foi internado no Serviço de Infecçiology com o diagnóstico de Leishmaniose nasal no contexto de co-infecção por VIH.

**Discussão:** A Leishmaniose mucocutânea é uma doença oligoparasitária que provoca erosão das mucosas. As biópsias das lesões apresentam elevada especificidade com baixa sensibilidade. Os testes serológicos de diagnóstico são utilizados nas formas viscerais. Num doente com co-infecção VIH em replicação viral activa, será aceitável colocar o diagnóstico de Leishmaniose como o de infecção oportunista. Este tipo de co-infecção oportunista (o mais frequente é a forma visceral) já foi descrito em 34 países. Dos critérios do American College of Rheumatology para GW verificaram-se as manifestações nasais destrutivas e alterações granulomatosas nas biópsias iniciais. A ausência de serologia positiva para os anticorpos ANCA, proteinase 3 ou mieloperoxidase não excluiria a presença da patologia, especialmente nas formas limitadas. As alterações renais foram interpretadas como multifactoriais. No Serviço de Infecçiology, o doente iniciou terapêutica com Anfotericina B com evolução clínica favorável.

**Conclusão:** Este caso sugere que as formas mucocutâneas de Leishmaniose devem ser tomadas em consideração num doente de risco, num quadro semelhante à GW, mesmo com biópsias seriadas das lesões, negativas.

### P38 – ENCEFALOPATIA EM DOENTE COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E ANTICORPOS ANTI-CASPR2

Castro A<sup>1</sup>, Ponte C<sup>1</sup>, Gerales R<sup>2</sup>, Romeu JC<sup>3</sup>, Pereira da Silva JA<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, Portugal; Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Unidade de AVC, Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, Portugal;

3. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, Portugal;

**Introdução:** O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença imuno-mediada que apresenta um largo espectro de manifestações neurológicas cujos mecanismos não são completamente compreendidos. Raramente foram descritos casos de encefalite auto-imune, nomeadamente Encefalite Límbica e Neuromiotonia em associação ao LES. Uma proporção significativa das encefalites auto-ímmunes está associada à presença de anticorpos contra proteínas da superfície celular, críticas na regulação da excitabilidade neuronal, entre as quais LGI1, CASPR2 e receptores NMDA, AMPA e GABA1, parecendo existir uma correlação entre as diferentes serologias e o fenotípico clínico.

**Caso Clínico:** Descreve-se o caso de uma doente internada num serviço de Reumatologia por síndrome febril associada a pancitopenia, ANA+, Anti-DNAs+ e Anti-sm+. Um mês após o diagnóstico de LES, sob corticoterapia, inicia quadro de psicose com delírio persecutório e desinibição sexual com evolução gradual para mutismo acinético, aumento do tonus muscular cervical, tetraparésia com espasticidade e força de grau 3 nos membros superiores, plegia flácida dos membros inferiores e mioclonias da mão esquerda. TC e RMN crânio-encefálicas não detectaram alterações que justificassem o quadro e foram excluídas alterações metabólicas, infecções, neoplasia e iatrogenia. O EEG mostrava lentificação da actividade de base, sem actividade epiléptica, mesmo durante as mioclonias. O PET scan mostrou hipometabolismo frontal e occipito-temporal. Identificou-se elevação do título de anticorpos anti-CASPR2. Corticoterapia associada a pulsos de ciclofosfamida e plasmaferese resultaram em gradual melhoria clínica e imagiológica evidenciada por PET scan, com recuperação progressiva da autonomia.

**Conclusões:** A encefalopatia nos doentes com LES pode ter vários mecanismos, devendo as encefalites auto-ímmunes ser consideradas no diagnóstico diferencial. Tal como no nosso caso, apenas a determinação dos anticorpos específicos permitiu precisar o diagnóstico.

Os anticorpos anti-CASPR2 associam-se a Encefalite límbica, Síndrome de Morvan e Neuromiotonia. A presença de anticorpos anti-CASPR2 justificou a terapêutica com plasmaferese. A resposta clínica e a melhoria do FDG PET suportam uma lesão mediada por anticorpos neste caso de neuroLES.

Para além das implicações terapêuticas, a caracterização serológica dos doentes com LES e encefalopatia poderá contribuir para a compreensão da sua fisiopatologia.

### **P39 – IMPORTÂNCIA DOS ANTICORPOS ANTINUCLEARES NO DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO DE MIOPATIAS INFLAMATÓRIAS IDIOPÁTICAS – UMA REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA**

Madruga Dias J<sup>1</sup>, Bogas M<sup>2</sup>, Santos MJ<sup>3</sup>, Fonseca JE<sup>1</sup>, EASI Portugal<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, C.H.L.N.;

2. Serviço de Reumatologia, ULSAM- Hospital de Ponte de Lima;

3. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta;

4. EASI Portugal

**Introdução:** O EASI é um grupo de trabalho europeu que promove o desenvolvimento de recomendações na área das patologias imunomediadas. A detecção e interpretação de marcadores imunológicos têm sido alvo de discussão, entre os quais os anticorpos antinucleares (ANA).

**Objetivos:** Efectuar uma revisão sistematizada da literatura para avaliar o valor dos ANA no diagnóstico e prognóstico de doentes com miopatias inflamatórias idiopáticas.

**Métodos:** Foi efectuada uma revisão sistematizada da literatura (Pubmed) seleccionando-se os estudos onde fosse avaliado o valor diagnóstico e/ou prognóstico dos ANA relativamente a vários grupos de patologias. Foram depois seleccionados para análise detalhada, de um total de 4525 artigos, 20 no subgrupo de miosites. No final, foram incluídos 13 artigos sobre miopatias inflamatórias idiopáticas (MII) nesta revisão, dos quais 3 por procura manual.

**Resultados:** Um estudo mostrou positividade dos ANA em 25,4% dos casos de dermatomiosite e polimiosite primária e em 61,5% das miosites associadas a doenças do tecido conjuntivo.

Na literatura analisada foram descritos 6 tipos de anticorpos anti-sintetase: anti-Jo-1, anti-PL-7, anti-PL-12, anti-EJ, anti-OJ e anti-KS. O anti-Jo-1 foi o anticorpo mais prevalente nos doentes com dermatomiosite/polimiosite (20–30% dos doentes), sendo mais específico para polimiosite. Relacionou-se com um curso de doença policíclico, febre, artrite não erosiva, «mãos de mecânico», fenómeno de Raynaud e com doença pulmonar intersticial (DPI). Um estudo identificou associações significativas e independentes entre o anti-Jo-1 e resposta reduzida da miosite a prednisona em monoterapia, maior necessidade de imunossupressão de segunda linha e menor risco de outra conectivite associada. Os anti-OJ foram descritos em menos de

2% destes doentes, e associaram-se mais a doença pulmonar intersticial do que a miosite.

Os anticorpos PM/Scl estão presentes em 15% dos casos de síndromas de sobreposição polimiosite/esclerose sistémica e a DPI.

Um estudo concluiu que os anticorpos mais comuns nas MII eram o anti-Ro52 (30% de 100 doentes), anti-Ku (23%), anti-sintetase (22%), anti-U1RNP (15%) e anti-fibrilharina (14%). Outro artigo também confirmou a presença de anti-Ro52 como o marcador serológico mais comum em doentes com MII (24%), co-ocorrendo com o anti-Jo-1. O anti-Ro52 foi significativamente mais prevalente que o anti-Ro60 (ambos anticorpos anti-SSA) nestes doentes. O anti-Ro60 foi mais frequente na síndrome anti-sintetase, embora não seja específico de nenhum subtipo de MII. Os anti-Ro foram associados a melhor resposta a prednisona em monoterapia e menor necessidade de imunossupressão de segunda linha.

A especificidade do anti-Mi-2 para o diagnóstico de dermatomiosite é de 98-100% e a sensibilidade de 4-18%.

Um estudo não encontrou diferenças inter-populacionais relativamente à frequência e tipo de anticorpos relacionados com a miosite.

**Discussão/Conclusão:** Existe uma grande variedade de ANA presentes nas miopatias inflamatórias idiopáticas, o que associado à heterogeneidade dos estudos dificulta a sua valorização. Os anticorpos anti-Ro52 estão entre os mais prevalentes, ainda que não sejam específicos de MII. Alguns auto-anticorpos associam-se a determinadas complicações e envolvimento de órgãos-alvo. No entanto, o seu valor diagnóstico e prognóstico ainda não é totalmente compreendido.

### **P40 – ANTICORPO ANTI-DFS70 (DENSE FINE SPECKLES 70), POSSÍVEL MARCADOR DE INDIVÍDUOS SEM DOENÇAS REUMÁTICAS AUTOIMUNES SISTÉMICAS (DRAS). COMPARAÇÃO DOS MÉTODOS DE DETECÇÃO, IMUNOFLUORESCÊNCIA INDIRECTA (IFI) VS ELISA**

Centeno A, Russo P, Roios A, Chaves J, Abreu I

Dr. Joaquim Chaves, Laboratório de Análises Clínicas

**Introdução:** Autoanticorpos (AAcs) dirigidos contra DFS70 também denominado como factor de crescimento celular derivado do cristalino LEDGF/p75 (*lens epithelium-derived growth factor p75*) foram recentemente descritos. Os AAcs DFS70 raramente são obser-

vados nas DRAS, mas frequentemente no soro de indivíduos aparentemente saudáveis. Identificam-se por IFI, em células HEp-2, mas dado o carácter subjetivo dos ANAs detectados por IFI, é importante identificar este padrão e confirmar a sua reactividade contra o antígeno DFS70 por um método específico para que a resposta dada ao clínico seja precisa. O objectivo deste estudo foi determinar a correlação entre IFI e o método específico de ELISA, para avaliarmos a capacidade de identificação correcta destes AAs e assim podermos dar ao clínico uma resposta que possa auxiliar o diagnóstico das DRAS.

**Material e Métodos:** Na pesquisa de ANAs por IFI, em células HEp-2 (FLUORO HEPANA TEST - MBL), observámos 2704 ANAs positivos (+s), dos quais 46 apresentavam um padrão sugestivo da presença de Acs anti-DFS70 (46/2704-1.7%). Neste estudo incluímos 81 soros, divididos em 2 grupos: A-46 com padrão sugestivo da presença de Acs anti-DFS70 e B-35 com ANAs +s e padrões Homogéneo, Mosqueado e «quasi-Homogéneo». Pesquisámos em ambos os grupos, a presença de Acs anti-DFS70 por ELISA (DFS70 ELISA-MBL), de ENAs por Ensaio Enzimoimunofluorimétrico-ELiA (Symphony test-ThermoFisher-SCIENTIFIC) e de Acs anti-dsDNA por IFI, em *Crithidia luciliae*, (nDNA: IF-EUROIMMUN) e por ELiA (dsDNA test-ThermoFisher-SCIENTIFIC).

**Resultados:** Verificámos que 43/46 (93.5%) dos soros +s DFS70 por IFI foram confirmados por ELISA. Nos soros do grupo B 33/35 (94,3%) confirmaram ser negativos (-s) por ELISA. Dos 43 soros anti-DFS70 (IFI+/ELISA+), todos foram -s para ENAs (100%) e 42/43 (97,7%) também -s para anti-dsDNA. Dos 3 soros anti-DFS70 (IFI+/ELISA-), 2 foram ENAs -s e 1 + (anti-SSB) e todos -s para anti-dsDNA. Nos 33 soros anti-DFS70 (IFI-/ELISA-) detectámos 3 ENAs +s (1 anti-RNP e 2 anti-SSA60) e 8 anti-dsDNA +s. Os 2 soros anti-DFS70 IFI-/ELISA+ foram ambos -s para ENAs e anti-dsDNA.

**Discussão:** Os nossos resultados mostram uma alta concordância, 94%, entre a detecção dos Acs anti-DFS70 por IFI e o método específico de ELISA. No grupo B (ANAs +s sem padrão anti-DFS70) 94,3% destes soros foram -s por ELISA. Os 2 +s tinham valores baixos (26,2 e 28,24 VR <15.0 U/ml). Está ainda em discussão o ajuste do *cut-off* deste teste. Contudo, não pomos de parte a hipótese de não os termos identificado correctamente, pois os padrões de ANA por nós seleccionados foram os que se poderiam confundir com o DFS70. Apesar da pesquisa por IFI ser subjetiva, con-

seguimos identificar a maioria dos soros DFS70 +s como demonstram os resultados. Alguns autores têm referido que nos indivíduos sem DRAS o Ac anti-DFS70 aparece isolado. Demonstrámos que 100% dos soros anti-DFS70 +s são ENAs -s, tendo apenas 1 sido + (título baixo) para anti-dsDNA, o que está de acordo com o acima referido.

**Conclusões:** A correlação entre IFI e ELISA foi alta (94,0%) o que mostra uma leitura correcta por IFI; Padrões de ANA sugestivos da presença de Acs anti-DFS70, na ausência de outras especificidades antigénicas, têm de ser confirmados por um teste específico, devendo o resultado ser reportado e explicado ao clínico; A presença destes Acs em indivíduos sem DRAS suscita a revisão dos algoritmos de diagnóstico que envolvem a detecção de ANAs, o que já foi sugerido por vários autores.

#### P41 – THE DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC ROLE OF ANTINUCLEAR ANTIBODIES IN RAYNAUD’S PHENOMENON – A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE

Cordeiro I<sup>1</sup>, Bogas M<sup>2</sup>, Cordeiro A<sup>1</sup>, Santos MJ<sup>1</sup>, EASI Portugal<sup>3</sup>

1. Hospital Garcia de Orta (Almada);
2. Hospital Conde de Bertiandos (Ponte de Lima);
3. The Portuguese Workgroup for the European Autoimmunity Standardisation Initiative

**Introduction:** EASI is a workgroup aiming to standardize the detection and uniformize the interpretation of autoimmune markers results. We reviewed published evidence on the diagnostic and prognostic performance of antinuclear antibodies (ANAs) in Raynaud’s Phenomenon (RP).

**Methods:** A systematic literature search on MEDLINE covering studies published from January 1990 until December 2010 on ANA performance in various rheumatic and non-rheumatic diseases was performed. Retrieved articles were afterwards subdivided by topic.

**Results:** Of a total of 4250 articles, three were selected for detailed review on RP: a meta-analysis study including 639 patients, a prospective study with 307 patients and a retrospective study with 288 patients (1234 patients in total). A positive ANA test alone revealed a positive predictive value for the transition from primary RP to secondary RP of 30 percent and a negative predictive value of 93 percent, but the hazard ratio (HR)

of a positive ANA result was not significant when adjusted for the presence of an abnormal videocapillaroscopic pattern (VCP). The highest risk of secondary RP was obtained when combining both a positive ANA titer and an abnormal VCP pattern, with a HR of 22.6 (95% confidence interval, 6.9-73.8).

**Conclusion:** The association of a positive ANA test and an abnormal VCP pattern in a patient with isolated RP has the highest predictive value for the development of secondary RP.

#### P42 – THE DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC ROLE OF ANTINUCLEAR ANTIBODIES IN SYSTEMIC SCLEROSIS – A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE

Cordeiro I<sup>1</sup>, Bogas M<sup>2</sup>, Cordeiro A<sup>1</sup>, Santos MJ<sup>1</sup>, EASI Portugal<sup>3</sup>

1. Hospital Garcia de Orta (Almada);
2. Hospital Conde de Bertiandos (Ponte de Lima);
3. The Portuguese Workgroup for the European Autoimmunity Standardisation Initiative

**Introduction:** EASI is a workgroup aiming to standardize the detection and uniformize the interpretation of autoimmune markers results. We reviewed published evidence on the diagnostic and prognostic performance of antinuclear antibodies (ANAs) in Systemic Sclerosis (SSc).

**Methods:** A systematic literature search on MEDLINE covering studies published from January 1990 until December 2010 on ANA performance in various rheumatic and non-rheumatic diseases was performed. Retrieved articles were afterwards subdivided by topic.

**Results:** Of a total of 4250 articles, six were selected for detailed review on SSc. ANAs were almost ubiquitously present in patients with SSc, with frequencies varying from 80.7 to 96 percent. The ANA subsets that perform best as a diagnostic test were anticentromere (ACA) antibodies (97% specificity; 89.5% sensitivity; positive likelihood ratio (+LR) of 12 when compared with other connective tissue diseases) and anti-topoisomerase I (anti-topo I) antibodies (99.5% specificity; 98% sensitivity; +LR between 40 and 52, depending on the assay). Anti-topo I was associated with male gender, diffuse cutaneous involvement, interstitial lung disease and reduced survival. ACA was associated with female gender, later disease onset, isolated pulmonary hypertension, reduced glomerular filtration rate, or-

ganic vasculopathy and limited cutaneous involvement. Other antibodies (anti-RNA polymerase, anti-Th/To, PM-Scl and anti-U1/U3RNP) also associate with distinct clinical manifestations and disease prognosis.

**Conclusion:** ANA subset analysis is helpful in the establishment of both the diagnosis and prognosis in SSc, enabling the identification of potentially more aggressive phenotypes and allowing individual tailoring of patient monitoring, as their presence highlights the risk for particular organ involvement.

#### P43 – RELEVÂNCIA DOS ANTICORPOS ANTINUCLEARES NO PRÓGNÓSTICO DAS NEOPLASIAS – REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA

Peixoto D<sup>1</sup>, Teixeira F<sup>1</sup>, Bogas M<sup>1</sup>, Santos MJ<sup>2</sup>, Fonseca JE<sup>3</sup>, EASI group Portugal<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM- Hospital de Ponte de Lima;
2. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada;
3. Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Lisboa; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
4. European Autoimmunity Standardization Initiative

**Introdução:** O EASI é um grupo de trabalho europeu que promove o desenvolvimento de recomendações na área das patologias imunomediadas. A detecção e interpretação de marcadores imunológicos têm sido alvo de discussão, entre eles os anticorpos antinucleares (ANA).

**Objetivos:** Efectuar uma revisão sistematizada da literatura para avaliar se existe e qual o valor prognóstico dos ANA nos doentes com neoplasias.

**Métodos:** Foi efectuada uma revisão sistematizada da literatura (Pubmed) seleccionando-se os estudos onde fosse avaliado o valor diagnóstico e/ou prognóstico dos ANA relativamente a vários grupos de patologias. Foram depois seleccionados para análise detalhada 17 estudos no subgrupo de doentes oncológicos de um total de 4525 artigos. No final foram incluídos 5 estudos prospectivos.

**Resultados:** Todos os estudos mostraram maior prevalência dos ANA em doentes com neoplasias. O adenocarcinoma colo-rectal, o carcinoma gástrico, as neoplasias pulmonar e da mama, bem como as doenças linfoproliferativas foram as neoplasias malignas mais

frequentemente associadas a estes autoanticorpos. Um estudo mostrou que alguns antígenos nucleares podem ter potencial discriminador entre os subtipos histológicos de cancro do pulmão e dois estabeleceram associação entre os ANA e o prognóstico destes doentes. Dois verificaram que estes anticorpos são frequentes em doentes com neoplasia gástrica, e que a sua presença esteve associada a pior prognóstico. Um estudo, mostrou que os sintomas musculoesqueléticos e os síndromes paraneoplásicos foram mais frequentes nos doentes com neoplasia e ANA positivos.

**Discussão e Conclusão:** A detecção de ANA através de algumas técnicas laboratoriais actualmente utilizadas abrange muitos antígenos nucleares. Alguns antígenos específicos de cancro são na realidade antígenos nucleares que constituem alvos de anticorpos. Os estudos incluídos no trabalho apontam para uma possível associação entre os ANA e alguns tipos de neoplasias e o seu prognóstico. Estes estudos sugerem que a resposta autoimune no cancro pode refletir eventos biológicos relacionados com o processo de carcinogénese.

#### **P44 – VALOR PROGNÓSTICO DOS ANTICORPOS ANTINUCLEARES NAS DOENÇAS HEPÁTICAS IMUNOMEDIADAS – REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA**

Teixeira F<sup>1</sup>, Peixoto D<sup>1</sup>, Bogas M<sup>1</sup>, Santos MJ<sup>2</sup>, Fonseca JE<sup>3</sup>, EASI Portugal<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Ponte de Lima, ULSAM;
2. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada;
3. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Lisboa; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
4. EASI group

**Introdução:** O EASI é um grupo de trabalho europeu que promove o desenvolvimento de recomendações na área das patologias imunomediadas. A detecção e interpretação de marcadores imunológicos têm sido alvo de discussão, entre eles os anticorpos antinucleares (ANA).

**Objectivos:** Analisar a evidência publicada no prognóstico dos ANA na cirrose biliar primária e hepatite auto-imune.

**Material Métodos:** Foi efectuada uma revisão siste-

matizada da literatura (Pubmed) publicada entre Janeiro 1990 a Abril de 2010 na performance dos ANA nas doenças reumáticas e não reumáticas. Os artigos foram posteriormente agrupados e avaliados por temas.

No total foram identificadas 4525 referências bibliográficas, das quais foram seleccionadas (pelo título e/ou resumo) para revisão detalhada 23 sobre doenças hepáticas imunomediadas. Foram incluídos 9 artigos na revisão final, 3 sobre hepatite auto-imune, 6 sobre cirrose biliar primária.

**Resultados:** A prevalência global de ANA em pacientes com doença hepática imunomediada variou entre 63 e 91%.

Na cirrose biliar primária, dois estudos mostraram que doentes com ANA positivos apresentaram maior severidade da doença quando comparados com o grupo de doentes ANA-negativos. Outro estudo corroborou estes resultados ao verificar que doentes com ANA negativos tinham melhor evolução clínica e menor risco de transplantação hepática. O anticorpo anti-gp210 (também antinuclear) esteve associado a um maior risco de desenvolvimento de insuficiência hepática em 3 estudos. Dois desses estudos mostraram ainda que outro ANA, o anticorpo anticentrómero, esteve associado a um maior risco de insuficiência hepática e hipertensão portal.

Na hepatite auto-imune um estudo mostrou que doentes com ANA positivos tinham um menor risco de transplantação hepática e portanto melhor prognóstico. No entanto, dois outros estudos não encontraram relação entre a presença de ANA e as alterações histológicas ou a resposta à terapêutica.

**Conclusão:** Na cirrose biliar primária, os ANA parecem ter um valor prognóstico. Subtipos como o anti-gp120 e o anti-centrómero estão associados a um pior prognóstico.

Na hepatite auto-imune, os dados são ainda insuficientes para afirmar o valor dos ANA na monitorização e prognóstico de doença.

#### **P45 – NEFRITE LÚPICA REFRACTÁRIA E RITUXIMAB: UM CASO BEM SUCEDIDO**

Terroso G<sup>1</sup>, Bernardes M<sup>1</sup>, Abelha J<sup>1</sup>, Madureira P<sup>1</sup>, Vieira R<sup>1</sup>, Costa L<sup>2</sup>

1. Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
2. Hospital de São João, Porto

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso duma paciente caucasiana previamente saudável a quem foi diagnosticado, aos 23 anos de idade, Lúpus Eritematoso Sistémico no contexto de anemia hemolítica, rash malar, poliartrite não erosiva, polisserosite (derrames pleural e pericárdico) e doseamento de anticorpos anti-nucleares e anti-dsDNA positivos em título elevado.

Por suspeita de atingimento renal no contexto de sedimento urinário activo com leucoeritrocitúria, proteinúria de 1.86 g/24 h e consumo de complemento (C3c e C4), realizou-se biopsia renal, que revelou aspectos compatíveis com nefropatia lúpica classe IV da OMS com elevado índice de actividade. Foi submetida a terapêutica imunossupressora com ciclofosfamida intravenosa em pulsos mensais até uma dose cumulativa de 10 g.

Cinco anos depois, apresentou exacerbação com astenia, anorexia, emagrecimento, poliartralgias e hipertensão arterial de novo. Analiticamente, documentou-se aumento da VSG, consumo de complemento e proteinúria de 4.3 g/24 h. Foi iniciada terapêutica com azatioprina até aos 2 mg/Kg/d (100 mg id), posteriormente suspensa por hepatotoxicidade. Decidiu-se repetir a biopsia, que confirmou nefrite lúpica classe IV (ver, Jul 2007), e iniciou-se micofenolato de mofetil (MMF), até à dose máxima de 3 g id).

Nos dois anos seguintes à introdução do MMF, registou-se aumento da proteinúria até 4.97 g/24 h e subida da pressão arterial. Foi submetida a nova biopsia renal (28.12.2009, ver) compatível com nefrite lúpica classe IV com muita actividade. Por nefrite lúpica refractária, iniciou-se terapêutica com rituximab, mantendo MFM 2-3g id e prednisolona 15-20mg id.

Verificou-se melhoria clínica com descida da pressão arterial, descida dos parâmetros de actividade de doença e da proteinúria.

Cumpriu três ciclos de terapêutica com rituximab de periodicidade semestral e, um mês após o último, a proteinúria era de 1,560g/24h. Seis meses depois, a urina tipo II mostrava apenas 0,70g/l de proteínas e leucocitúria, optando-se por não efectuar retratamento.

**Discussão e Conclusão:** Embora estudos controlados randomizados não tenham provado a sua superioridade, o rituximab tem sido utilizado com eficácia no tratamento de pacientes com nefrite lúpica, especialmente nos casos refractários ao tratamento recomendado ou naqueles que sofrem exacerbação após tratamento imunossupressor intensivo.

O caso apresentado ilustra a sua eficácia no tratamento de uma paciente com nefrite lúpica refractária às terapêuticas com ciclofosfamida e MMF

## P46 – VASCULITE CRIOGLOBULINÉMICA EM DOENTE COM PATOLOGIA INFECCIOSA MÚLTIPLA

Abelha-Aleixo J<sup>1</sup>, Terroso G<sup>1</sup>, Vieira R<sup>1</sup>, Madureira P<sup>1</sup>, Pinto J<sup>1</sup>, Mariz E<sup>1</sup>, Brito J<sup>1</sup>, Bernardo A<sup>1</sup>, Costa L<sup>2</sup>

1. Serviço Reumatologia, Hospital de S. João e Faculdade de Medicina;

2. Serviço Reumatologia, Hospital de S. João

Alguns doentes, pela sobreposição de patologias, são um desafio clínico e exigem um raciocínio integrado em termos de diagnóstico e flexibilidade na orientação terapêutica.

Neste sentido, os autores apresentam o caso de um homem com 45 anos, fumador, com antecedentes de osteomielite crónica pós-traumática do 5º e 6º arcos costais bilateral associada a fistula com drenagem purulenta à direita; ex-toxicodependente sob metadona; hepatite C e hepatite B curadas; doença de Gorham (anca) e úlcera gástrica pré-pilórica.

O doente era seguido em Infecciologia e foi internado por aparecimento de lesões purpúricas nos membros inferiores e pequena úlcera do pé esquerdo. Foi constatada hepatoesplenomegalia e excluída patologia infecciosa com: serologias para CMV, HSV 1e2, Toxoplasmose e TPPA negativas; hemocultura, cultura de exsudato cutâneo e de secreções brônquicas negativas. Teve alta com o diagnóstico de vasculite leucocitoclástica sob corticoterapia tópica.

À observação na consulta de Reumatologia apresentava agravamento das úlceras e disestesias do pé esquerdo, sem outros sintomas constitucionais. Estava sob corticoterapia tópica e oral por panuveíte do olho esquerdo com 4 meses de evolução.

Foi internado no S. de Reumatologia para estudo, do qual se salienta: pancitopenia, VS normal e PCR 4,1mg/L, défice de ferro, cobalamina e 25-OH-vitamina D, aumento de GGT (206U/l) e fosfatase alcalina (230U/l), HIV negativo, PCR ARN HCV e de ADN HBV não detectáveis e crioglobulinas positivas. A electro-miografia não mostrou evidência de polineuropatia.

Por sobreinfecção das úlceras cutâneas com isolamento de *Staphylococcus epidermidis* e *Enterococcus faecalis* cumpriu 10 dias de Vancomicina seguido de 14 dias de Amoxicilina/Clavulânico e fez desbridamento cutâneo, com exclusão de osteomielite adjacente por ressonância

Realizou biópsia cutânea que foi compatível com fase resolutive de processo vasculítico. Foram descartados focos infecciosos e consumo de drogas recente.

Este quadro foi interpretado como Vasculite crioglobulinémica (VCrg), dado o contexto clínico, biópsia e positividade para crioglobulinas. Pelos antecedentes infecciosos, optou-se por realizar dois pulsos de 500mg de Metilprednisolona e Imunoglobulinas(Igs) endovenosas, um ciclo em três dias consecutivos num total de 90g. O doente apresentou boa evolução e teve alta com prednisolona 40mg/dia, em dose decrescente, suplementação vitamínica e gabapentina 600mg/dia.

A VCrg é uma vasculite imunomediada que afecta os vasos de pequeno e médio calibre. A conexão com infecção por Hepatite C é muito frequente. As manifestações mais comuns são a púrpura palpável, neuropatia periférica e artralguas, normalmente associadas a consumo de complemento e presença de crioglobulinas, tendo em conta uma colheita rigorosa. A biópsia de pele ou de nervo são normalmente essenciais para confirmação diagnóstica.

Este caso ilustra a dificuldade no tratamento de um doente com múltiplos antecedentes infecciosos, obrigando a alterar a estratégia habitual e a enveredar por opções mais ousadas.

#### **P47 – EFICÁCIA DO SILDENAFIL NA HIPERTENSÃO PULMONAR – UM CASO CLÍNICO**

Abelha-Aleixo J<sup>1</sup>, Terroso G<sup>1</sup>, Madureira P<sup>1</sup>, Vieira R<sup>1</sup>, Bernardes M<sup>1</sup>, Mariz E<sup>1</sup>, Pinto J<sup>1</sup>, Brito J<sup>1</sup>, Bernardo A<sup>1</sup>, Costa L<sup>2</sup>

1. Serviço Reumatologia, Hospital de S. João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
2. Serviço Reumatologia, Hospital de S. João, Porto

A hipertensão pulmonar arterial (PAH) no contexto de uma doença auto-imune acresce gravidade à situação global do doente e quando não diagnosticada e tratada atempadamente tem péssimo prognóstico.

Apresenta-se um caso relativo a uma mulher de 39 anos com Lúpus Eritematoso Sistémico com 6 anos de evolução e S. Sjogren secundário sob tratamento com hidroxicloroquina 400mg/d, deflazacort 6mg/d e pentoxifilina 1200mg/d, que desenvolve dispneia para pequenos esforços com agravamento rápido para pequenos esforços e ortopneia (classe III NYHA). Realizou os seguintes exames:

- Ecocardiograma: PSAP estimada de 85 mmHg;
- D-dímeros aumentados
- Angio-TC tórax: aumento do calibre das artérias pulmonares e das câmaras cardíacas direitas condicio-

nando compressão das câmaras cardíacas esquerdas. Pequeno derrame pericárdico. Derrame pleural bilateral de pequeno volume. Sem sinais de tromboembolismo pulmonar agudo.

Foi internada para estadiamento e orientação terapêutica de PAH. Nessa altura encontrava-se já em classe IV NYHA, tendo efectuado:

- Cateterismo cardíaco direito: PSAP 60 mmHg. Sem evidência de shunts. VE com função sistólica no limite inferior do normal; Teste de vasorreactividade com iloprost inalado sem resposta.
- Prova marcha 6 minutos: interrupção do teste por fadiga; distância percorrida 200m, dessaturação de 2%;
- Provas funcionais respiratórias (PFR): obstrução das pequenas e médias vias aéreas com DLCO 43% e DLCO/VA 60%;
- BNP 328 pg/ml

Iniciou hipocoagulação oral e posteriormente sildenafil 30mg/d com aumento gradual. Por poliserosite realizou 3 pulsos de metilprednisolona (500mg e.v.) e o primeiro pulso de ciclofosfamida (CYC) e.v., com indicação para pulsos mensais de 825mg até dose cumulativa de 12g. Na avaliação funcional aos 3 meses apresentava:

- Ecocardiograma: PSAP de 58 mmHg. Função sistólica do VD comprometida e VE conservada
- Prova de marcha 6 minutos: sem interrupção, distância percorrida de 500m, dessaturação 3% (99%»96%).
- PFR : obstrução das pequenas vias aéreas, com DLCO 62% e DLCO/VA 65%

Atualmente encontra-se sob tratamento com sildenafil 225mg/dia, varfarina e no nono ciclo de CYC, sem intercorrências infecciosas, com melhoria clínica franca, e em classe II de NYHA.

O Sildenafil é um fármaco com efeito vasodilatador utilizado na PAH com resultados comprovados na melhoria da hemodinâmica pulmonar e capacidade de exercício, mas ainda pouco estudado quanto aos efeitos na mortalidade global.

Os autores apresentam este caso para evidenciar a eficácia do Sildenafil e salientar o efeito sinérgico da CYC no tratamento global da doente.

#### **P48 – SINDROMA DO CONE MEDULAR E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO COMO MANIFESTAÇÃO DE EXACERBAÇÃO DE POLIARTERITE NODOSA**

Campanilho-Marques R<sup>1</sup>, Castro A<sup>1</sup>, Ponte C<sup>1</sup>,

Geraldes R<sup>2</sup>, Leitão J<sup>3</sup>, Neto LL<sup>4</sup>, Romeu JC<sup>5</sup>,  
Pereira da Silva JA<sup>5</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria - CHLN; Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular;
2. Serviço de Neurologia, Hospital de Santa Maria - CHLN;
3. Serviço de Imagiologia Geral, Hospital de Santa Maria - CHLN;
4. Serviço de Neurorradiologia, Hospital de Santa Maria - CHLN;
5. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria - CHLN

**Introdução:** A ocorrência de Acidentes Vasculares Cerebrais nas vasculites sistémicas primárias pode relacionar-se com o processo vasculítico nos vasos cerebrais ou ser secundário a lesão de outros órgãos. Todos os tipos de AVC se associam às diversas vasculites primárias, no entanto o AVC isquémico é raramente reportado em associação à poliarterite nodosa.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de uma doente com o diagnóstico de PAN desde os 5 anos (febre, nódulos cutâneos dolorosos, poliartralgias, *livedo reticularis*, dor abdominal, paralisia do VI par, microaneurismas das artérias hepáticas e renais) tratados inicialmente com prednisolona e gamaglobulina e posteriormente com pulsos mensais de ciclofosfamida. Permaneceu assintomática (sem envolvimento renal ou HTA) até aos 27 anos quando iniciou quadro agudo de disartria, parestesias, diminuição da força muscular do hemisfério esquerdo, hipostesia da hemiface esquerda e da região perineal com incontinência transitória de esfíncteres. Na observação apresentava limitação da abdução do olho esquerdo, diplopia, hipostesia em sela, do pé direito e hemiface e hemisfério esquerdos, hemiparésia atáxica à esquerda, reflexos osteo-tendinosos aquilianos abolidos bilateralmente e reflexos cutâneo-plantares em flexão. Teve episódio de eritrocianose das extremidades. Realizou RMN-CE com angio RM que mostrou lesões isquémicas recentes a nível talamo-capsular direita, caudada esquerda e lenticulo-capsular externa direita e discretas irregularidades das artérias cerebrais anteriores, médias e posteriores. A angiografia cerebral não demonstrou lesões de vasculite ou aneurismáticas e a aortografia evidenciou múltiplos aneurismas das artérias dorsais, lombares, ramos da mesentérica superior e artéria renal esquerda. A RMN da Coluna dorsal e lombar revelou uma pequena cavidade hidro-seringomiélica entre D5-D8. Analiticamente tinha anemia e aumento dos parâmetros inflamatórios. Os Ecocardio-

gramas transtorácico e transesofágico mostraram foramen ovale patente, sem outras alterações. Eco-Doppler carotídeo sem alterações. Estudo dos factores de coagulação, marcadores de síndrome antifosfolipídica e auto-Acs negativos. Punção lombar com exames citológico e microbiológico negativos. Hemoculturas, urocultura e serologias virais negativas. Iniciou anti-agregação, estatina e corticoterapia com 1mg/kg/dia. Foi submetida posteriormente a 2 pulsos de metilprednisolona e 1 de ciclofosfamida, verificando-se resolução da disartria e recuperação do defeito motor, mantendo hipostesia, com melhoria das lesões cutâneas e dos parâmetros analíticos. Teve alta sob a terapêutica iniciada no internamento e programação de pulsos mensais de ciclofosfamida.

**Conclusão:** Apesar do AVC isquémico ser reportado em 11% numa série antiga de PAN a sua incidência cumulativa é desconhecida e a informação disponível refere-se sobretudo a raros casos clínicos. A isquémia cerebral pode ocorrer quer por envolvimento directo dos vasos cerebrais, quer por lesão secundária a HTA ou a cardioembolismo. No presente caso não foi possível demonstrar que o AVC foi secundário a lesão directa dos vasos intracranianos (sem alterações típicas na angiografia cerebral ou alterações inflamatórias no LCR). No entanto, a sua associação a envolvimento medular com as típicas alterações angiográficas e alteração dos parâmetros laboratoriais suportam o envolvimento vasculítico do SNC, correspondendo a uma exacerbação grave da doença após vários anos de estabilidade clínica.

#### P49 – NEUROLOGICAL INVOLVEMENT IN PRIMARY SJÖGREN SYNDROME

Teixeira F<sup>1</sup>, Moreira I<sup>2</sup>, Silva AM<sup>2</sup>, Farinha F<sup>3</sup>,  
Vasconcelos C<sup>3</sup>, Santos E<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Ponte de Lima, ULSAM;
2. Serviço de Neurologia, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto;
3. Unidade de Imunologia Clínica, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto

**Introduction:** Primary Sjögren Syndrome (pSS) is an autoimmune disorder characterized by a chronic lymphocytic and plasmacellular infiltration of exocrine glands and extraglandular features including both peripheral nervous system and central nervous system in-

involvement. However, the diagnosis of pSS with neurologic involvement is sometimes difficult and especially central nervous system manifestations have been rarely described.

**Objectives:** To perform an observational retrospective cross-sectional case-control study to evaluate prevalence, clinical patterns and outcomes of neurological involvement in a cohort of pSS patients followed up in a single centre.

**Methods:** A total of 91 pSS patients (88 females, 3 male) with a mean age 47,6 years, diagnosed according to the 2002 criteria proposed by the American-European Consensus Group, were evaluated for neurological involvement after exclusion of secondary causes. Demographic, clinical, immunological data were compared between patients with and without neurological involvement. Neuroimaging data and peripheral nerve conduction study with quantitative sensory testing were also analysed.

**Results:** Neurological involvement was detected in 24 (26, 4%) patients (all females). The mean age at disease onset and neurological onset were 41,8 and 47,9 years, respectively. Neurologic involvement frequently preceded the diagnosis of pSS in 10 (42%) patients. Fifty (n=12) patients had peripheral system involvement (PNS), 46% (n=11) patients had CNS disorders and 4% (n=1) patients had both PNS and CNS involvement. In patients with PNS involvement, pure sensory neuropathy (small fiber neuropathy confirmed by quantitative sensory testing and sural neuropathy) occurred most frequently (n=5), followed by cranial nerve involvement affecting trigeminal, facial, or trochlear nerves (n = 4). Multiple mononeuropathy (n = 1), sensorimotor polyneuropathy (n=1), autonomic neuropathy (n=1) and myasthenia gravis (n = 1), were also observed. In patients with CNS disorders, headache with MRI abnormalities compatible with inflammatory disease (n=3) occurred most frequently. Spinal cord involvement (n=2), seizures (n = 2), motor and sensory deficit (n=2), movement disorders (n=2), aseptic meningitis (n=1) were the other manifestations observed. Cognitive dysfunction was observed in 3 of these patients. Headache was reported in nine patients other than the three mentioned above. The Raynaud's phenomenon was more common in these patients (p=0, 04). The frequency of constitutional symptoms (such as fever and fatigue) and lung involvement was significantly higher (p< 0,05) in pSS with neurological involvement than in pSS without neurological involvement and the articular

symptoms were significantly less frequent (p< 0,05) in pSS with neurological involvement. There was no statistical significance in other factors parameters between the two groups. The neurologic outcome was good in 58% (n=14) patients.

**Discussion and Conclusion:** Our results showed that neurological complications were present in 26, 4% of all patients with pSS. In other series, it was reported a lower prevalence of neurological complications. Maybe it was due to missed diagnosis or different methodologies. In our cohort, the CNS involvement had similar frequency to PNS involvement. This result is quite different from that of previous studies where PNS involvement was mainly described.

### P50 – FLARES IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: ETIOLOGY, OUTCOME AND PROGNOSTIC FACTORS

Teixeira F<sup>1</sup>, Peixoto D<sup>1</sup>, Costa JA<sup>1</sup>, Afonso C<sup>1</sup>, Araújo D<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Ponte de Lima, ULSAM

**Introduction:** Lupus is a chronic, remitting and relapsing autoimmune disorder characterized by unpredictable disease flares and remissions. The rate and the severity of flares during course of treatment are important predictors of disease outcome. An essential part of treating patients with SLE is to try to keep the frequency and intensity of flares to a minimum.

**Objectives:** To determine the flare rate, etiology, outcome and prognostic factors for SLE flares.

**Material and Methods:** One hundred and nine patients with SLE followed by our rheumatology department between 1995 and 2011 were eligible for the study. All patients included fulfilled ACR criteria for SLE. A flare was defined as (according to international consensus for a definition of disease flare in lupus) an increase in disease activity in one or more organ systems involving new or worsening clinical signs and symptoms and/or laboratory measurements. All pre-flare, flare, and post-flare visits were recorded with a SLEDAI score calculated for each visit. The flare rate was calculated by dividing the total number of flares in the cohort by the total follow-up years. We studied 109 patients, 106 female (97.2 %) and 3 male (2.8%), with a mean age of 30.2 ±12.6 years at time of the diagnosis and 40.7 ±12.4 years in follow-up. In the statis-

tical analysis (fisher exact test and student T test for categorical and continuous variables, respectively), a significant association was considered if  $p < 0.05$ .

**Results:** Seventy-eight of 109 patients (72%) had at least one flare. Thirty-one patients had more than one flare and 17 patients had 3 or more flares. The average number of flares/patient was  $1.7 \pm 1.8$  and the mean inter-flare time was  $13.4 \pm 12.3$  months. The flare rate in SLE was 0.52 flares/patient-year of follow-up. The median time to first flare from the date of diagnosis was  $2.7 \pm 1.2$  years. The average SLEDAI score during a flare was  $11.8 \pm 4.2$ , at the pre-flare visit was  $4.7 \pm 3.5$  and post-flare visit was  $5.3 \pm 2.7$ . The average SLEDAI score in the second flare was higher than first flare, ( $13.7 \pm 4.4$  versus  $10.3 \pm 3.9$ ,  $p = 0.07$ ), which reflects a bigger severity. The articular ( $n=47$  patients) and renal flares ( $n=32$  patients) occurred most frequently, followed by hematological ( $n=25$  patients), cutaneous ( $n=17$  patients), pericardium and pleural effusions ( $n=13$ ) and neurological flares ( $n=5$  patients). Patients with arthritis and cytopenia at the time of diagnosis had a significantly higher flare rate than those who did not ( $p < 0.05$ ). Patients receiving continuous treatment with hydroxychloroquine and low dosis of corticosteroids had less and milder flares than patients without this treatment ( $p=0.001$ ). In our cohort, infections (43%) and discontinuation of therapy (32%) were the main causes of flares. In 25% of the patients the flare etiology was undetermined.

**Conclusions:** In our cohort the flare rate in SLE was 0.52 flares/patient-year of follow-up. Most flares occurred in the first years of disease. The second flare was more severe than first. The articular and hematological involvements at time of diagnosis were more associated with flare rate than other organ involvement. This can be explained by the less intense immunosuppressive therapy in articular and hematological involvement. Continuous treatment with hydroxychloroquine and low dosis of corticosteroids decrease the number and severity of flares.

## P51 – INTERSTITIAL LUNG DISEASE IN SYSTEMIC SCLEROSIS

Cordeiro I<sup>1</sup>, Matos C<sup>2</sup>, Cordeiro A<sup>1</sup>, Ramalho JM<sup>3</sup>, Soares J<sup>2</sup>, Menezes F<sup>2</sup>, Roldão Vieira J<sup>2</sup>, Canas da Silva J<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta (Almada);  
2. Serviço de Pneumologia - Hospital Garcia de Orta (Almada);  
3. Serviço de Radiologia, Hospital Garcia de Orta (Almada)

**Introduction:** Interstitial lung disease (ILD) is a main cause of morbidity and mortality in Systemic Sclerosis (SSc) patients.

**Objective:** To assess the presence, severity and independent predictors of ILD in SSc patients followed-up in our hospital.

**Methods:** Transversal study including 24 patients (11 limited cutaneous, 9 diffuse cutaneous, 2 sine scleroderma and 2 overlap syndromes). Assessment included medication, smoking status, New York Heart Association Functional Class (NYHA-FC), pulmonary

**TABLE I. CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS WITH ILD**

Number of patients with ILD	10/24 (40%)
Scl70 Positivity	7/10 (70%)
Smokers	1/10 (10%)
Extensive Disease (> 20% lung involvement)	7/10 (70%)
HRCT pattern	7/10 (70%) predominant ground-glass opacities
NYHA-FC $\geq 3$	2/10 (20%)
FVC (mean $\pm$ SD)	77.4 $\pm$ 26.2
KCO (mean $\pm$ SD)	68.6 $\pm$ 20.0
Hypoxia	4/10 (40%)
Digital Ulcers	3/10 (30%)
Pulmonary Hypertension	3/10 (30%)
Cyclophosphamide	4/10 (40%)

**TABLE II. UNIVARIATE REGRESSION ANALYSIS**

Independent Predictors Of	Variables	Likelihood Ratio	p Value
ILD	Scl70	+12.37	0.007
Extensive Disease	Scl70	+19.10	0.008
Fibrotic Pattern	Scl70	+17.37	0.020
KCO	Not found		
FVC	Disease Extension	-21.72	0.000

function tests (PFT), thoracic high resolution computed tomography (HRCT) scan and serum antibody profile. HRCT disease extent was classified according to Goh et al. and pattern according to Muller et al.

**Results:** See Tables I and II.

**Conclusions:** As most ILD patients present with no or only minor symptoms, regular assessment of SSc patients is crucial, particularly in Scl70 positive patients and those who are candidates to vasodilators and endothelin receptor antagonists, treatments that could potentially cause worsening of the ventilation/perfusion mismatch.

### P52 – NEUROPATHIC PAIN IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS

Teixeira F<sup>1</sup>, Peixoto D<sup>1</sup>, Costa JA<sup>1</sup>, Afonso C<sup>1</sup>, Araújo D<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Ponte de Lima, ULSAM

**Background:** Systemic sclerosis (SSc) is a connective tissue disease characterized by fibrosis of the skin and internal organs, pronounced alterations in the microvasculature and frequent cellular and humoral immunity abnormalities. In clinical practice, patients with SSc occasionally complain of pain in the extremities, such as dysesthesia, burning pain, and autonomic nervous symptoms.

Few studies in SSc include assessments of pain. To date, there are no studies assessing the prevalence of neuropathic pain in SSc.

**Objectives:** To study the prevalence of neuropathic pain (NP) in the SSc patients and associations between SSc clinical variables and pain in all patients with SSc and in limited cutaneous (lcSSc) and diffuse cutaneous (dcSSc) subsets

**Methods:** A total of 42 patients (36 females, 6 males) with a mean age  $53.7 \pm 15.3$  years, diagnosed according to American Rheumatism Association criteria for SSc were evaluated. Patients were classified into SSc subsets (lcSSc or dcSSc) according to the criteria for SSc by Lero *et al.* Skin involvement was assessed with the modified Rodnan skin thickness score (MRSS) ranging from 0 to 51. The severity of Raynaud's phenomenon was assessed with the number of patient-reported episodes in the past week. The severity disease was assessed by systemic sclerosis severity scale (SsSS) range from 0 to 36. The assessment of Hand Function was

evaluated by Hand Mobility in SSc (HAMIS), range from 0 to 27 and the quality of life by Health assessment questionnaire (HAQ). The neuropathic pain was evaluated by the DN4 neuropathic pain questionnaire.

Using the DN4 neuropathic pain questionnaire, we divided patients into two groups: first group – patients with non- NP (0-3 points), second group - patients with NP (4-10 points).

**Results:** In SSc patients 67% (28 patients) had signs of NP by DN4. The prevalence of NP was higher in the patients who had diffuse cutaneous subsets. Patients with NP had longer disease duration ( $9.3 \pm 6.7$  years *versus*  $3.8 \pm 2.3$  y,  $p < 0.05$ ) and a higher disease severity ( $15.3 \pm 9.2$  *versus*  $5.7 \pm 4.1$   $p < 0,05$ ). The modified Rodnan skin thickness score was higher in NP patients group ( $19.2 \pm 6.7$  *versus*  $8.6 \pm 4.6$ ,  $p < 0.01$ ). The NP patients group had higher functional hand disability ( $12.6 \pm 9.6$  *versus*  $3.1 \pm 2.5$   $p < 0.05$ ). We found no significant differences between the two groups in quality of life and severity of Raynaud's phenomenon.

NP presented with numbness 94%, tingling 92%, electric shocks 83%, painful cold 81%, burning 77% and itching 56% in the second group. In neurological examination 79% had hypoesthesia to pinprick and 72% had hypoesthesia to touch.

**Conclusions:** The pain syndrome in SSc is complex, because has multiples sources, with the neuropathic component prevailing in a 67% patients. SSc duration, skin thickness, diffuse cutaneous subsets and a disease severity had an impact in neuropathic pain severity, while severity of Raynaud's phenomenon and HAQ is not linked to neuropathic pain.

More attention to pain and how to best manage it is needed in SSc.

### P53 – CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO DE 125 DOENTES COM ESCLEROSE SISTÉMICA

Gonçalves I, Miguel C, Clemente-Coelho P, Miranda L, Micaelo M, Melo Gomes J, Silva C, Sousa M, Teixeira A, Barcelos F, Parente M, Las V, Silva M, Simões E, Faustino A, Cortes S, Mediavilla MJ, Santos H, Ferreira J, Vaz Patto J  
Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** A Esclerose Sistémica Progressiva (ESP) caracteriza-se por vasculopatia, presença de fibrose cutânea e de outros órgãos e, alterações imunológicas, as

quais são geradoras de uma combinação variável de manifestações clínicas. A doença tem um curso variável, mas determinados perfis clínicos, e serológicos podem ser sugestivos de uma maior ou menor gravidade da doença.

**Objetivos:** Caracterizar a população de doentes com ESP seguidos no Instituto Português de Reumatologia, comparando os diferentes subtipos de doença.

**Métodos:** Foram revistos os Processos Clínicos dos doentes com ESP, recolhendo-se os dados relativos a características demográficas, clínicas, laboratoriais, radiológicas, densitométricas, capilaroscópicas, função cardíaca e respiratória e terapêuticas em curso. Dividiu-se a população, de acordo com o tipo de envolvimento cutâneo, e analisaram-se as diferenças nos parâmetros em estudo.

**Resultados:** Registaram-se 125 doentes com idade média de 55,9 anos, dos quais 111 (88%) do sexo feminino, com duração média de doença de 12,8 anos. Vinte cinco doentes (20%) com a forma cutânea difusa e 100 (80%) a forma cutânea limitada.

Quanto às manifestações clínicas, o fenómeno de Raynaud estava presente em todos os doentes, com duração média de 16,6 anos. Verificou-se calcinose cutânea em 26,7%, sinovite em 41,5%, fraqueza muscular em 16%, envolvimento esofágico em 60%, intestinal em 16,9%, hipertensão arterial em 32,8%, dispneia significativa em 12,2%, alterações da condução cardíaca em 6,3%, disfunção diastólica 8,4%, fibrose pulmonar radiológica 42,6%, sem diferenças entre os dois grupos. Apenas 73,6% dos doentes haviam realizado testes de Difusão Pulmonar de Monóxido de Carbono, dos quais 47,8 % apresentavam alterações da difusão (DLCO <80%). Observou-se úlceras digitais em 27,2%, erosões radiológicas em 12,6%, contracturas articulares em 19,3%, elevação de enzimas musculares em 9,6%, padrão restritivo pulmonar em 22,2%, hipertensão pulmonar em 25,6% e crise renal esclerodérmica em 2,5% dos doentes, sendo estas alterações significativamente mais frequentes na ESP difusa.

Da avaliação laboratorial, verificou-se que 92,8% tinham ANA positivos e 30,6% apresentavam Factor Reumatóide, sem diferenças entre os dois grupos. Os Anticorpos anti-SCL-70, a elevação da VS e PCR e a presença de proteinúria, foram mais prevalentes na ESP difusa. Inversamente, os Anticorpos Anti-Centrómero foram encontrados em 51% dos doentes com ESP limitada mas apenas em 4,0% com ESP difusa.

A Capilaroscopia apresentou alterações em todos os doentes, observando-se dilatações em 30,8%, megaca-

pillares em 81,6%, hemorragias em 64,9% e áreas avasculares em 50,9% dos doentes. A presença de áreas avasculares foi significativamente mais frequente na ESP difusa.

Em relação à terapêutica, 67,2% dos doentes faziam corticoterapia, 52% AINE, 39,2% IECAs; 30,4% bloqueadores dos canais de cálcio, 42,4% pentoxifilina, 26,4% colchicina, 69,6% inibidores da bomba de prótons, 27,2% azatioprina, 14,4% metotrexato, 6,4% penicilamina; 3,2% ciclosporina; 2,4% ciclofosfamida e; 2,4% bosentan. Na ESP difusa o uso de Imunomoduladores e Corticóides foi significativamente superior.

**Conclusões:** Verifica-se que a ESP difusa está mais associada a formas graves, com envolvimento cardiopulmonar, renal e muscular e, à presença de Anticorpos anti-SCL70, bem como maior utilização de corticóides e imunomoduladores.

#### P54 – PREVALENCE, SEVERITY AND CLINICAL CORRELATES OF PAIN IN PATIENTS WITH A SYSTEMIC SCLEROSIS

Teixeira F, Peixoto D, Costa JA, Afonso C, Araújo D  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Ponte de Lima, ULSAM

**Background:** Systemic sclerosis (SSc) is a multisystem disease characterized by immune system activation, fibrosis, and vasculopathy. Because SSc is a complex multisystem disease, pain may have multiple sources, patients with SSc report numerous painful symptoms, including skin breakdown, digital ulcers, Raynaud's phenomenon, musculoskeletal pain, and gastrointestinal symptom.

**Objectives:** To estimate prevalence, severity and associations between SSc clinical variables and pain in all patients with SSc and in limited cutaneous (lcSSc) and diffuse cutaneous (dcSSc) subsets.

**Methods:** A total of 42 patients (36 females, 6 males) with a mean age  $53.7 \pm 15.3$  years, diagnosed according to American Rheumatism Association criteria for SSc completed a standardized clinical assessment and questionnaires about their physical and psychosocial health, including a pain severity numerical rating scale (NRS; range 0–10). Patients were classified into SSc subsets (lcSSc or dcSSc) according to the criteria for SSc by Leroy *et al.* Skin involvement was assessed with the modified Rodnan skin thickness score (MRSS) ranging from 0 to 51. The severity of Raynaud's phenomenon was assessed with the number of patient-re-

ported episodes in the past week.

**Results:** Of the patients, 37 (88%) experienced pain symptoms, with more than one-third reporting pain symptoms in the moderate to severe range, 16 (39%) had mild pain [NRS 1–4], 11 (27%) moderate pain [NRS 5–7], and 15 [36%] severe pain [NRS 8–10].

The mean  $\pm$  SD pain score for the total sample was  $4.3 \pm 2.9$ , for the dcSSc subset was  $5.1 \pm 3.4$  and for the lcSSc subset was  $3.5 \pm 2.4$ . Patients with dcSSc reported higher mean  $\pm$  SD pain than those with lcSSc ( $p = 0,05$ ).

Active ulcers, more frequent episodes of Raynaud's phenomenon, a high modified Rodnan skin thickness score and gastrointestinal (GI) symptoms were associated with moderate and severe pain ( $p < 0,05$ ).

GI symptoms were significantly associated with pain in lcSSc ( $p < 0,05$ ). The presence of active ulcers was significantly associated with pain among patients with dcSSc ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** Pain was common (88%) in the present study, and more than one-third of patients with SSc reported pain symptoms in the moderate to severe range. Severe Raynaud's phenomenon, active ulcers, a high modified Rodnan skin thickness score and GI symptoms were associated with pain in the present study and may represent clinical targets for interventions.

Patients with dcSSc reported higher pain than patients with lcSSc.

#### P55 – VITAMIN D DEFICIENCY AND QUALITY OF LIFE IN A COHORT OF PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS

Santiago MG, Santiago T, Ferreira R, Duarte C, Salvador MJ, da Silva JAP

Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

**Background:** Vitamin D is a steroid hormone with well-known role in calcium-phosphate homeostasis and bone metabolism. Vitamin D has been recently endorsed immunomodulatory effects and its deficiency associated with the risk and severity of autoimmune diseases. An increasing number of studies are suggesting a link between mental health and vitamin D status.

**Objective:** To analyze the association between 25-hydroxyvitamin D (25OHD) serum levels with quality of life (QoL) and disability in a cohort of patients with systemic sclerosis (SSc).

**Methods:** SSc patients from the Systemic sclerosis co-

hort of Coimbra, fulfilling the American College of Rheumatology Criteria, not taking vitamin D supplements, were included.

They underwent standardized socio-demographic, clinical and laboratorial evaluation, which included 25OHD serum level, sun exposure time, scleroderma Health Assessment Questionnaire (sHAQ) and QoL assessed by MOS-SF36.

The 25OHD levels were used to assess the vitamin D status, using the commercial kit LIAISON 25-OH vitamin D assay. 25OHD levels were evaluated in October and November 2011 and classified as deficient ( $< 10\text{ng/ml}$ ), insufficient ( $\geq 10\text{ng/ml}$  and  $< 30\text{ng/ml}$ ) and normal ( $\geq 30\text{ng/ml}$ ).

Data was analyzed using the SPSS® version 19.0 for windows. Categorical data is presented as proportions/percentages and continuous variable as median and inter-quartile range. Correlations between continuous variables were performed by Pearson coefficient correlation. To identify predictors of 25OHD level, multivariate regression analysis was performed using variables identified as potentially significant in univariate analysis.  $P$  value  $< 0,05$  was considered statistically significant.

**Results:** A total of 45 SSc patients, with a mean age of  $59,4 \pm 11,5$  years and a mean disease duration of  $11,2 \pm 7,5$  were included. The mean level of 25OHD was  $16,6 \pm 8,3$  ng/dl and 25OHD deficiency was found in 13 SSc patients (28,9%), insufficiency was present in 27 patients (60%) and only 5 patients (11,1%) showed normal values.

25OHD levels were negatively correlated with the sHAQ ( $r = -0,311$ ;  $p = 0,038$ ). 25OHD showed a strong correlation with the mental component of SF36 ( $r = 0,863$ ;  $p < 0,001$ ) and a weak correlation with physical component of SF36 ( $r = 0,384$ ;  $p = 0,009$ ). In multivariate regression analysis, including age, gender, disease duration, sHAQ, Rodnan skin score and sun exposure time, 25OHD remained an independent predictor of both mental ( $b = 2,304$ ;  $< 0,001$ ) and physical health-related QoL ( $b = 0,882$ ;  $= 0,031$ ). Correlation with disability (sHAQ) was lost in multivariate analysis.

**Conclusion:** Higher levels of disability in SSc as measured by the sHAQ are associated with lower serum levels of 25OD, but correlation is lost in multivariate analysis.

QoL in SSc patients is positively associated with higher serum levels of 25OHD. This correlation is stronger for the mental component of SF36. Correlations persist as significant even after adjustment for potential confounders, such as age, gender, disease dura-

tion, sHAQ, Rodnan skin score and sun exposure time.

This study does not allow an etiological interpretation, ie it is not possible to conclude if low 25OHD is a cause or a consequence of better QoL.

#### **P56 – SYSTEMATIC REVIEW OF THE ASSOCIATION BETWEEN ANTI-DSDNA ANTIBODIES AND RENAL INVOLVEMENT PRESENCE, ACTIVITY AND PROGNOSIS**

Monjardino T<sup>1</sup>, Bogas M<sup>2</sup>, Lucas R<sup>1</sup>, Santos MJ<sup>3</sup>, Fonseca JE<sup>4</sup>, European Autoimmunity Standardization Initiative, EASI<sup>5</sup>

1. Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina do Porto; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto;
2. Serviço de Reumatologia, ULSAM - Hospital de Ponte de Lima;
3. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia da Horta;
4. Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria;
5. EASI Portugal

**Introduction:** Renal involvement is a common severe manifestation of systemic lupus erythematosus (SLE) and contributes significantly toward mortality in this disease. It is crucial to identify the clinical immunological characteristics associated with renal involvement development during the course of SLE. Anti-dsDNA antibodies (abs) have been suggested to be associated with renal disease, its activity and prognosis.

**Objective:** To systematically review the evidence on the association of anti-dsDNA abs in renal involvement presence, activity and prognosis.

**Methods:** We searched Medline (from 01.01.2000 to 08.02.2012) for studies estimating the association between anti-dsDNA and renal involvement in SLE patients. 548 studies were retrieved and 493 studies were excluded after reviewing title and abstract and/or full article (languages other than Portuguese, English and Spanish, case reports, not a primary study full report, samples of not human adults or not associating anti-dsDNA with a renal outcome). Therefore, 55 studies plus 6 studies identified through the cross references search were included.

**Results:** We identified 31 cross-sectional, 12 longitudinal retrospective and 61 longitudinal prospective studies. The number of subjects evaluated ranged from 20 to 600 (male proportion varying from 1.9 to 22.9%). Methods to evaluate anti-dsDNA included immunoenzymatic assays, indirect immunofluorescence

on *crithidia luciliae*, radioimmunoassays and multiplexed immunoassays. Outcomes included the presence of lupus nephritis (biopsy or analytically defined), individual urinalysis markers (proteinuria, hematuria), renal failure, need of dialysis or death and renal disease activity assessed by biopsy or using scoring systems to evaluate LES activity.

Eleven cross sectional studies revealed significantly higher proportions of anti-dsDNA positive results or mean titers in patients with renal involvement when compared to patients without it. However, in 12 studies, no significant differences regarding anti-dsDNA, between patients with or without renal involvement, were found. Positive or higher titers of anti-dsDNA were associated to renal disease activity in 8 studies, while, 10 studies revealed no differences in anti-dsDNA among patients with or without active renal disease.

No significant differences in preceding anti-dsDNA, between patients who develop renal disease and patients who did not, were found in 6 longitudinal studies, whereas anti-dsDNA was a significant predictor of renal involvement in 11 studies. In 5 studies, anti-dsDNA titers in the past appeared to bring an increased risk of renal flare while other 5 studies revealed no significant association with later renal disease activity.

In studies estimating the association between anti-dsDNA and renal involvement the odds ratio ranged from 1.51 (95%CI: 0.55-4.16) to 4.74 (95%CI: 1.77-12.65).

Measures of accuracy of anti-dsDNA revealed, for renal involvement, that sensitivity ranged from 27.7 to 84% and specificity from 58.2 to 71%, while for renal activity, sensitivity ranged from 35.4 to 100% and specificity from 15.5 to 97.5%

**Conclusion:** The substantial heterogeneity in exposure and outcome definition and measurement, as well as in sampling frame and characteristics, does not allow for a quantitative summary of published evidence. However, a qualitative overall appraisal of current research indicates that the usefulness of anti-dsDNA abs to assess renal involvement in SLE remains controversial.

#### **P57 – PREVALENCE OF VITAMIN D INSUFFICIENCY/DEFICIENCY IN PRIMARY SJOGREN'S SYNDROME AND ASSOCIATIONS WITH DISEASE ACTIVITY**

Santiago T, Santiago MG, Rovisco J, Duarte C, Nour D, Salvador MJ, da Silva JAP  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Background:** Vitamin D have been the focus of a growing number of studies in past years, demonstrating powerful influence not only in calcium metabolism and bone, but also in the immune system. Many immune cells contain vitamin D receptors, including monocytes, macrophages, dendritic cells, NK cells, and T and B lymphocytes, and vitamin D has been endowed with mostly immunosuppressive functions. A number of recent studies have highlighted the association between vitamin D deficiency and the activity of autoimmune rheumatologic diseases, including systemic lupus erythematosus (SLE), rheumatoid arthritis (RA), Behçet's, polymyositis/ dermatomyositis and systemic scleroderma. In Primary Sjogren s Syndrome (pSS) serum levels of 25(OH) D have also been found to be decreased. Levels of 25(OH) D correlated inversely with levels of soluble interleukin-2 receptor, indices for global disease status, total exocrine disease, surface exocrine disease, internal organ exocrine disease, and mediator-induced disease. Muller et al. demonstrated a significantly positive correlation between the concentration of circulating 25-OH-D and IgG titers, but a negative correlation between 25(OH)D concentrations and IgM rheumatoid factor in patients with SS.

**Objectives:** The aim of this study was to estimate the prevalence and determinants of vitamin D deficiency in patients with pSS, and to analyze the association of vitamin D with disease activity as measured by ESSDAI. We hypothesized that low levels of vitamin D would be common in patients with pSS and inversely related to disease activity.

**Methods:** Patients with pSS followed at our centre were invited to participate and sign informed consent. Exclusion criteria: administration of Vitamin D supplements within 2 months. Demographic characteristics, clinical features, sun exposure time and indices of disability and disease activity were registered. Levels of 25-OH-Vitamin D were assessed in patients with pSS using radioimmunoassay on banked plasma collected at enrollment. Insufficiency was defined as concentrations  $<30\text{ng/ml}$  and deficiency as  $<20\text{ng/ml}$ . Associations of 25-OH-D insufficiency or deficiency with patient characteristics obtained at enrollment were examined using multivariate logistic regression, adjusting for age, sex and season of enrollment.

**Results:** Patients (32 women; 3 men) had a mean (SD) age of 54 (SD 11.3) years. The prevalence of 25-OH-D insufficiency and deficiency were 54% and 33%, respectively. After multivariate adjustment, both insufficiency and deficiency were negatively related with the

Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ), the short-form health questionnaire with 36 questions (SF36), and EULAR Sjogren's Syndrome Disease Activity Index (ESSDAI). In non-supplemented pSS patients, Body mass index (BMI) and sun exposure time were good predictors of 25-OH-D values ( $P < 0.001$ ). However, the association between disease activity or functional scores and 25-OH-D levels remained statistically significant even after adjusting 25-OH-D levels for both BMI and sun exposure time.

**Conclusion:** In pSS patients, vitamin D deficiency is quite common. Disease activity and disability scores are inversely related to 25-OH-D levels, but our study does not allow conclusion as to the etiological relationships between these two dimensions.

### **P58 – APLICAÇÃO DA ESCALA ESSPRI NA AVALIAÇÃO DE DOENTES COM SÍNDROMA DE SJÖGREN NA PRÁTICA CLÍNICA**

Barcelos F, Vaz Patto J, Fernandes R, Cardoso A, Miranda L, Silva C, Coelho P

Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** O European Sjögren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI) é um instrumento simples elaborado para avaliar as queixas dos doentes com Síndrome de Sjögren Primário. Foi publicada em 2011 e complementa a escala de atividade sistémica ESSDAI (2009) para avaliação do Síndrome de Sjögren Primário (SSP). Para além da sua utilização em eventuais ensaios clínicos, poderá ser um auxiliar importante na prática clínica diária do reumatologista. Deste modo, procedeu-se à avaliação das queixas de doentes com SSP utilizando a escala ESSPRI e a sua relação com aspetos clínicos e com atividade sistémica da doença.

**Material e Métodos:** Foram avaliados 86 doentes consecutivos com SSP classificados segundo os critérios do American-European Consensus Group (Vitali, 2002), seguidos numa consulta de Síndrome de Sjögren. Foram recolhidos dados demográficos a partir dos processos clínicos, foi determinada a presença ou ausência de anticorpos Anti-SSA e aplicaram-se as escaladas ESSPRI e ESSDAI. A análise estatística foi realizada com o SPSS.

**Resultados:** Todos os doentes avaliados eram do sexo feminino, com idade de  $57,2 \pm 11,9$  anos (média  $\pm$  DP) variando entre 26 e 84 anos. A evolução da doença era de  $13,1 \pm 8,2$  anos [1-44 anos]. Detetou-se presença de

Anti-SSA em 69,4% dos doentes. Em relação à escala ESSDAI, o valor médio foi de 2,54 com um máximo de 16, sendo o ESSDAI=0 em 33,9% dos doentes. A escala ESSPRI apresentou um valor médio de 59,7 (para um máximo de 100), variando entre 13 e 96. Em relação aos 10 itens que a compõem, os valores médios foram os seguintes (de 0 a 10): secura global=6,50; fadiga física=6,99; dor articular=6,40; fadiga mental=6,12; secura ocular=6,69; secura oral=6,62; secura cutânea=5,74; secura nasal=4,45; secura traqueal=5,34; secura vaginal=5,63. Não se encontrou correlação entre a atividade sistémica (ESSDAI) e as queixas dos pacientes (ESSPRI). Também não foi encontrada relação significativa entre o ESSPRI, o ESSDAI e a presença de SSA. A pontuação do ESSPRI não se relacionava com a idade ou evolução da doença.

**Discussão e Conclusões:** A escala ESSPRI revelou-se simples e de fácil preenchimento pelos doentes. Na nossa população de doentes com SSP demonstrou queixas acentuadas de secura, dor e fadiga, que não se correlacionavam com a escala de atividade sistémica da doença ESSDAI, e que parecem também ser independentes da idade e da evolução da doença. Estas queixas acentuadas indicam necessidades terapêuticas não satisfeitas, e dada a sua abrangência, justificam uma abordagem multidisciplinar da doença. No entanto, para otimizar a aplicabilidade da escala ESSPRI parece-nos fundamental a caracterização de outros fatores que poderão influenciar a perceção individual das queixas, como a presença de ansiedade e depressão, outros problemas reumatológicos, co-morbilidades ou fármacos.

#### REFERÊNCIAS

Ann Rheum Dis. 2011 Jun;70(6):968-72. Epub 2011 Feb 22.  
Ann Rheum Dis. 2010 Jun; 69(6):1103-9. Epub 2009 Jun 28.

#### P59 – A COMPARATIVE ANALYSIS OF PSA SPONDYLITIS PATIENTS WITH PSA AND AS 12 MONTHS AFTER INITIATION OF TNFi THERAPY

Madruga Dias J, Balogh E, Harty L, Flynn E, Grier A, Molloy M, Minnock, P, Molloy E, FitzGerald O, Veale DJ  
Rheumatology Department, Dublin Academic Medical Centre, St. Vincent's University Hospital, Dublin, Ireland

**Introduction:** Spondyloarthropathies (SpA) are a family of disorders with common characteristics. This

study compares baseline data and clinical outcomes 12 months post-TNFi therapy in patients with PsA plus spondylitis (PsAs), psoriatic arthritis without spondylitis (PsA) and ankylosing spondylitis (AS).

**Material and Methods:** 77 SpA patients (n=23, PsAs; n=26, PsA; n=28, AS) were recruited, prior to TNFi therapy, and followed prospectively for 12 months. PsA was defined by the CASPAR criteria, PsAs plus inflammatory back pain and AS by the ASAS criteria. Demographic, radiographic, clinical and serological data were collected. Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests were used to compare non parametric data between categories. Spearman's Rho was used to test significance of correlations between baseline statistics and longitudinal outcomes. Results are presented as the mean and/or percentages. Statistical analysis was performed using SPSS 18.

**Results:** The PsAs group were significantly younger than the AS and the PsA group (43yrs<47yrs<53yrs; p=0.021). PsAs were more frequently male than AS and PsA (65% v 61% v 54%). 79% of AS patients were using NSAIDs compared to 52% of PsAs and 13% PsA. 64% PsAs patients were on Etanercept, 23% on Adalimumab, 9% on Infliximab and 4% Golimumab.

PsAs patients had significantly higher DAS28 scores at baseline (5.2 v 4.1, p=0.006) yet lower 1yr DAS28 scores (1.5 v 2.6, p=0.003) compared to PsA. The ESR (2 v 16 v 13, p<0.01) and CRP (3 v 7 v 6, p=0.03) were significantly lower in PsAs compared to both AS and PsA pts at 1yr, respectively.

**Conclusions:** The PsAs group appear to be younger, more males and have higher DAS28 scores at baseline compared to PsA without spondylitis or AS patients.

#### P60 – ESTUDO APAR-METABÓLICA – SÍNDROME METABÓLICA: ARTRITE PSORIÁTICA VERSUS ARTRITE REUMATÓIDE

Bordalo J<sup>1</sup>, Antunes J<sup>2</sup>, Aguiar R<sup>3</sup>, Ambrósio C<sup>3</sup>, Cunha I<sup>3</sup>, Barcelos A<sup>3</sup>;

1. USF Flor de Sal - ACES Baixo Vouga II;
2. UCSP Ílhavo I - ACES Baixo Vouga II;
3. Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar Baixo Vouga

**Introdução:** A artrite psoriática (AP) e a artrite reumatóide (AR) são doenças inflamatórias crónicas graves. Provavelmente existe relação directa entre o aumento da síntese de citocinas pró-inflamatórias

(TNF- $\alpha$ ) e, a presença de obesidade, hipertensão arterial (HTA), resistência à insulina, dislipidemia que conduzem ao síndrome metabólica (SM). Doentes com AR apresentam redução da esperança de vida pelo risco de eventos cardiovasculares decorrentes do processo aterosclerótico coronário e extra-coronário, explicado pela resposta inflamatória sistémica. A presença de SM é forte preditor de doença cardiovascular. O estado pró-inflamatório existente nestas patologias pode ser responsável pelo desenvolvimento ou manutenção do SM.

**Objetivos:** Determinar a prevalência de SM nos doentes com AP e AR da consulta de Reumatologia e analisar a associação entre variáveis clínicas/epidemiológicas e o SM, para cada uma das doenças.

**Material e Métodos:** Estudo descritivo, observacional e transversal. Amostra conveniência: doentes com diagnóstico de AP ou AR, seguidos em consulta de Reumatologia, entre novembro de 2011 a janeiro de 2012. Estudaram-se os dados sócio-demográficos e antropométricos, o acesso às consultas do médico de família (MF), o diagnóstico e o tratamento da doença. A classificação do SM foi baseada nos critérios da *International Diabetes Federation* (2005). Efetuou-se avaliação clínica e analítica de parâmetros bioquímicos e inflamatórios para cada doente. Análise em SPSSv.17® e aplicação de testes de hipótese.

**Resultados:** A amostra constituída por 118 doentes (AP: 49 doentes; AR: 69 doentes). Grupo doentes com AP: predominou o sexo masculino (73,5%), média de idades foi de 51,4 anos e 5,2 anos de evolução da doença (DP $\pm$ 6,3). 81,6% dos doentes estavam medicados com metotrexato, 46,9% com AINES e 28,6% com terapia biotecnológica. DAS médio 2,9 (DP $\pm$ 1,1). Destes 63,3% tinham SM: para além do perímetro de cintura aumentado, 96,8% têm HTA, 80,6% HDL reduzido ou medicado, 61,3% diabetes e 25,8% hipertrigliceridemia. 95,9% dos doentes com AP têm MF e recorrem em média 1,5 consultas/ano. Grupo doentes com AR: predominou o sexo feminino (73,9%), média de idades foi de 56,7 anos e 6,3 anos de evolução da doença (DP $\pm$ 7,1). 85,5% dos doentes estavam medicados com corticoterapia, 75,4% com metotrexato e 24,6% com AINES. DAS médio 3,1 (DP $\pm$ 1,2). Destes 44,9% tinham SM: para além do perímetro de cintura aumentado 93,5% têm HTA, 67,7 HDL reduzido ou medicado, 45,2% diabetes e 32,3% com hipertrigliceridemia. 87% dos doentes com AR têm MF e recorrem em média 1,8 consultas/ano. A ocorrência de SM é independente do valor de DAS ( $p=0.394$ ) e da duração da doença ( $p=0.237$ ). Há relação estatisticamente significativa en-

tre a toma de AINE e a presença de SM ( $p=0.047$ ), tal não se verifica para nenhum outro fármaco estudado. Não há relação entre a presença de SM e um maior nº de visitas ao MF. Existe diferença estatisticamente significativa na incidência de SM entre os doentes com AR e AP, sendo maior neste último grupo ( $p=0.049$ ).

**Conclusão:** A síndrome metabólica é uma entidade que deve preocupar qualquer médico, particularmente os MF, pela sua prevalência e a existência de multipatologia. É fundamental identificar os factores de risco cardiovasculares, especialmente em doentes crónicos com patologias inflamatórias sistémicas graves como a AR ou a AP. O objectivo será o estabelecimento de estratégias de abordagem e seguimento multidisciplinar, de modo a diminuir morbi-mortalidade associada.

#### **P61 – QUALIDADE DE VIDA COMO DETERMINANTE DO ABSENTISMO ASSOCIADO À ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

Pimentel-Santos FM<sup>1</sup>, Mourão AF<sup>2</sup>, Sepriano A<sup>2</sup>, Vieira-Sousa E<sup>3</sup>, Costa JA<sup>4</sup>, Santos H<sup>5</sup>, Barcelos A<sup>6</sup>, Tavares V<sup>7</sup>, Fonseca JE<sup>3</sup>, Rabiais S<sup>8</sup>, Felix J<sup>8</sup>, Branco JC<sup>2</sup>, COPOREA<sup>9</sup>

1. Serviço de Reumatologia, CHLO, Hospital de Egas Moniz; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; IBB-CGB, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro;
2. Serviço de Reumatologia, CHLO, Hospital de Egas Moniz; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa;
3. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, CHLN, Hospital de Santa Maria; Unidade de Investigação em Reumatologia, IMM, Faculdade Medicina Universidade Lisboa, Lisboa;
4. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho, Hospital de Ponte de Lima, Ponte de Lima;
5. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa;
6. Serviço de Reumatologia, Hospital Infante D. Pedro, Aveiro;
7. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada;
8. Exigo Consultores, Lisboa, Portugal;
9. Study Group

**Introdução:** A Espondilite Anquilosante (EA), condiciona dor, compromisso funcional, e deterioração da qualidade de vida (QoL) dos doentes, com um grande impacto em termos de emprego e de produtividade.

Deste modo, representa um encargo significativo para o doente, a sua família e a sociedade em geral.

**Objectivos:** Pretende-se estimar a influência de características sócio-demográficas, clínicas e de QoL no absentismo, em doentes com EA em idade activa.

**Métodos:** Foram recrutados 369 doentes com EA em 10 Centros Reumatológicos. Registaram-se características sócio-demográficas (idade, género, profissão), clínicas [duração da doença, actividade da doença (BASDAI), repercussão funcional da doença (BASFI), metrologia (BASMI) e expansão torácica] e de QoL (SF-36, EQ-5D). Recorreu-se ao teste não paramétrico de Mann-Whitney-Wilcoxon e o teste exacto de Fisher para verificar a existência de diferenças demográficas e clínicas entre grupos de doentes com e sem absentismo e foi utilizado um modelo de regressão logística para explicar a variabilidade do absentismo

**Resultados:** Dos 316 doentes com situação profissional conhecida, 88 (23,9%) encontravam-se reformados e 218 (53,2%) a trabalhar. Destes últimos, 2,7% declararam ter tido período de absentismo no ano que precedeu o estudo. Estes doentes tinham valores médios mais baixos de SF-36 ( $p=0,002$ ) e de EQ-5D ( $p=0,001$ ). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre características sócio-demográficas ou clínicas e absentismo. Controlando para o género e idade estimou-se uma redução de 9% da probabilidade de absentismo por cada aumento de 1% no SF-36.

**Conclusões:** A QoL parece ser o principal determinante do absentismo. Este representa mais um motivo pelo qual no tratamento da EA deverão ser considerados os vários factores com influência na QoL destes doentes.

## PE2 – ARTRITE ASSOCIADA A POUCHITIS

Ponte C<sup>1</sup>, Vieira-Sousa E<sup>1</sup>, Castro A<sup>1</sup>, Ramos F<sup>2</sup>, Costa M<sup>2</sup>, Romeu JC<sup>2</sup>, Correia L<sup>3</sup>, Miranda Rosa C<sup>2</sup>, Pereira da Silva JA<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
2. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte;
3. Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** Nos doentes com colite ulcerosa (CU) a proctocolectomia total, com anastomose ileoanal e bolsa ileal, é actualmente o procedimento cirúrgico de eleição realizado em casos de refractariedade à terapêutica médica convencional. Cerca de 10% a 50% dos doentes submetidos a esta cirurgia desenvolve pelo menos um episódio de inflamação aguda da bolsa ileal, *pouchitis* aguda, e em cerca de 3% a 10% ocorre persistência da inflamação, *pouchitis* crónica, cuja etiologia permanece desconhecida.

Encontram-se descritos na literatura alguns casos (menos de dez) de artrite após *pouchitis*, defendida por alguns autores como uma variante distinta da artrite enteropática. Em todos estes relatos os doentes não apresentavam manifestações extra-intestinais da doença antes da cirurgia e o envolvimento articular caracterizou-se por oligoartrite assimétrica dos membros inferiores correlacionado com a actividade inflamatória da bolsa. Nenhum doente apresentava positividade para o antígeno HLA B27.

Apresenta-se o caso clínico de uma doente, seguida na Consulta de Espondilartroses e Uveítes do Hospital de Santa Maria, com artrite desenvolvida após proctocolectomia total com bolsa ileal.

**Caso Clínico:** Rapariga de 16 anos, com o diagnóstico de CU desde os 15 anos com necessidade de proctocolectomia total com bolsa ileal, inicia, 4 meses após cirurgia, quadro de diarreia profusa acompanhada de perdas hemáticas ligeiras. Foram excluídas causas infecciosas e realizada ileoscopia da bolsa ileoanal que revelou inflamação difusa da mucosa, com friabilidade e erosões, compatível, após confirmação anatomo-patológica, com *pouchitis*. Verificou-se melhoria clínica após instituição de ciprofloxacina e metronidazole. Na ileoscopia de controlo, realizada após 2 meses de terapêutica, era ainda possível contudo observar-se uma mucosa edemaciada e friável com presença histológica de infiltrado inflamatório crónico activo. Nos 2 meses seguintes a doente inicia quadro de artrite da tibiotársica esquerda e 2ª e 3ª metatarso-falângicas direitas e poliartralgias de ritmo inflamatório a nível dos pés e joelhos. Analiticamente apresentava aumento dos parâmetros inflamatórios e HLB-27 negativo. O estudo radiográfico simples das articulações envolvidas não mostrava alterações relevantes. Foi instituída imunossupressão com salazopirina 3g/dia e deflazacort 6mg/dia. A doença manteve-se estável com apenas alguns *flares* articulares controlados com o aumento da corticoterapia. Não houve relato de agravamento concomitante gastrointestinal.

**Discussão e Conclusão:** Este caso ilustra o início de manifestações articulares associadas a CU após proctocolectomia total e ocorrência, documentada histologicamente, de *pouchitis*. Tal como nos casos descritos na literatura a doente apresentou oligoartrite com atingimento preferencial dos membros inferiores, sendo a pesquisa do antígeno HLA B27 negativa. No entanto, não foi possível documentar, endoscopicamente ou por histologia, se os *flares* articulares manifestados pela doente se acompanharam de agravamento inflamatório da bolsa ileal. Apesar de não existir referência a aumento do número de dejetões diários, a última revisão anatomo-patológica da bolsa mostrava um processo inflamatório crónico persistente que poderá estar na base das exacerbações articulares.

Chama-se assim a atenção para esta variante rara de artrite enteropática que deverá ser considerada em doentes com colite ulcerosa submetidos a proctocolectomia com bolsa ileal.

### P63 – ARTRITE ENTEROPÁTICA: CASUÍSTICA DOS DOENTES SEGUIDOS EM CONSULTA ESPONDILARTRITES E UVEÍTES DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

Ponte C<sup>1</sup>, Vieira-Sousa E<sup>1</sup>, Figueiredo A<sup>2</sup>, Miranda Rosa C<sup>3</sup>, Pereira da Silva JA<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Mestrado integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

3. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** O envolvimento articular é a manifestação extra-intestinal mais comum observada em doentes com Doença Inflamatória Intestinal (DII), com uma frequência global de aproximadamente 30% e sem diferenças significativas entre a Doença de Crohn (DC) e a Colite Ulcerosa (CU). A artrite associada a DII ou Artrite Enteropática (AE), pertence ao grupo das Espondilartrites e pode apresentar manifestações articulares do tipo axial, periférico ou misto. Doentes com padrão de atingimento articular do tipo axial (caracterizado por lombalgia inflamatória, espondilite ou sacroileíte) apresentam tipicamente HLA-B27 positivo e evolução

clínica e radiográfica da doença independente da componente intestinal. O padrão de acometimento articular periférico pode ser de 2 tipos: tipo I, artrite pauci-articular, aguda e auto-limitada, relacionada com a actividade da DII e associada à presença de HLA-B27 (27% vs 7% da população geral); tipo II, poliartrite simétrica e persistente, com curso independente da DII e não associada ao antígeno HLA-B27.

**Objectivos:** Avaliar o tipo de manifestações articulares em doentes com o diagnóstico de AE seguidos em Consulta de Espondilartrites e Uveítes do Hospital de Santa Maria nos últimos 5 anos.

**Métodos:** Avaliação retrospectiva, por consulta de processo clínico, das características demográficas e de envolvimento articular de todos os doentes com o diagnóstico de AE seguidos em Consulta de Espondilartrites e Uveítes no Hospital de Santa Maria, entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2011.

**Resultados:** Foram identificados 65 doentes, 26 homens (40,0%) e 39 mulheres (60,0%), com artrite associada a DII: 45 doentes com DC e 20 doentes com CU. A média de idades verificada foi de 48,7 anos [17-82 anos]. As primeiras manifestações gastrointestinais da doença surgiram em média aos 31,2 anos [11-60 anos] e o início do envolvimento articular em média aos 35,2 anos [14-62 anos]. A sintomatologia intestinal precedeu a articular em 63,1% dos doentes, sendo este padrão temporal mais frequente nos doentes com CU (85,0%).

Foram identificadas manifestações articulares periféricas em 64,6% dos doentes (poliartrite 52,3%, oligoartrite 45,2% e monoartrite 2,3%) que envolveram preferencialmente os joelhos (76,2%), tornozelos (52,4%) e pequenas articulações das mãos (42,9%) de forma simétrica em 57,1% dos doentes e assimétrica em 42,9% dos doentes. Documentaram-se erosões radiográficas em apenas 2 doentes (pequenas articulações das mãos e pés). 14,2% dos doentes apresentavam HLA-B27 positivo. Não foi possível averiguar a relação entre o envolvimento articular e a actividade da DII.

Em termos de manifestações axiais verificou-se que quase metade dos doentes (49,2%) referia lombalgia inflamatória, com início médio aos 30,3 anos [16-50 anos]. Foi identificada sacroileíte imagiológica em 36,9% dos doentes (27,7% unilateral) e envolvimento da coluna vertebral em 16,9% (*squaring* e/ou *sindesmófitos*). Foi apenas verificada positividade para o antígeno HLA-B27 em 20,7% dos casos.

**Conclusão:** Na nossa casuística foi possível verificar que os doentes com DC apresentavam o diagnóstico

de AE mais frequentemente que os doentes com CU, contrariamente ao descrito na literatura internacional. A artrite periférica, especialmente a poliartrite, foi o tipo de envolvimento articular mais frequente. Surpreendentemente, apenas 20,7% dos doentes com manifestações axiais apresentavam HLA-B27 positivo.

#### **P64 – ESPONDILARTROPATIA SERONEGATIVA REFRACTÁRIA: OUTRA ETIOLOGIA**

Terros G<sup>1</sup>, Bernardes M<sup>1</sup>, Abelha J<sup>1</sup>, Madureira P<sup>1</sup>, Vieira R<sup>1</sup>, Mariz E<sup>1</sup>, Pinto J<sup>1</sup>, Brito J<sup>1</sup>, Costa L<sup>2</sup>

1. Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

2. Hospital de São João, Porto

**Caso Clínico:** Os autores descrevem o caso de um homem caucasiano de 38 anos, avaliado por quadro com 1.5 anos de evolução de lombossacralgia inflamatória e oligoartrite assimétrica (joelho direito, tibiotársicas e mesopé esquerdo).

Negou história pessoal ou familiar de psoríase, alterações gastrointestinais ou genitourinárias, úlceras orais ou genitais recorrentes. No exame objectivo, apresentava manobras das sacroilíacas positivas e oligoartrite.

A RMN das sacroilíacas mostrou franca irregularidade dos bordos articulares, com erosões e exuberante *pannus* compatível com fase activa de sacroileíte inflamatória bilateral, com alterações sequelares articulares e derrame articular bilateral.

Registou-se melhoria da lombalgia com acetaminofeno 150 mg id. Manteve oligoartrite após infiltração do joelho e salazopirina até 3 g id. Referiu também emagrecimento, hipersudorese nocturna e tosse com expectoração não exteriorizada com 2 meses de evolução, pelo que foi admitido para estudo.

Analicamente, apresentava anemia microcítica com Hb 12 g/dL, linfopenia relativa, VSG 43 mm/h, PCR 77.7 mg/dL, hipalbuminemia 36.7 g/L, Widal e Wright negativos, pesquisa de DNA de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* na urina negativas e leucocitúria 319.2u/L. Os marcadores víricos (HIV, HCV e HBV) foram negativos.

Procedeu-se a artrocentese do joelho direito com saída de 25 cc de líquido articular (LA) sero-hemático com 4627/uL leucócitos (79.5% polimorfonucleares) e 82600/uL eritrócitos, glicose <10 mg/dL, DHL 2713 U/L, ADA 177U/L (N< 40).

A RMN do joelho direito mostrou sinovite com

erosões marginais e edema medular ósseo associado; erosão da rótula com duas áreas focais de destruição da cartilagem na sua faceta lateral, associadas a dois quistos subcondrais e pequenos focos de destruição da cartilagem no compartimento interno.

O RX tórácico mostrou micronódulos e aspecto em vidro despolido difuso, simétrico e com predomínio superior.

A TC torácica identificou exuberante padrão micronodular centrilobular com padrão *tree in bud* sugestivo de tuberculose pulmonar.

Os exames directos de urina e de secreções traqueobrônquicas (STB) revelaram numerosos bacilos álcool-ácido-resistentes.

A pesquisa de PCR de *Mycobacterium tuberculosis complex* na urina e nas STB foi positiva.

Os exames culturais do LA do joelho direito, de STB e de urina identificaram uma estirpe de *M.tuberculosis complex*.

Para despiste de sacroileíte infecciosa, realizou artrocentese guiada por TC das articulações sacroilíacas, com colheita de LA cujo exame directo, cultural e por PCR confirmou isolamento do mesmo agente.

Por tuberculose disseminada (pulmonar, genito-urinária e articular) instituiu-se terapêutica anti-tuberculosa. Foi submetido a sinovectomia cirúrgica do joelho direito.

Verificou-se melhoria clínica e analítica, tendo alta clínica após 41 dias de tratamento anti-bacilar para continuação do tratamento em ambulatório.

**Discussão e Conclusão:** O quadro clínico inicial era sugestivo de espondilartropatia seronegativa com atingimento axial e periférico. Contudo, a ineficácia da terapêutica instituída, a presença de leucocitúria e o surgimento de outros sintomas levou à suspeita de causa infecciosa. A investigação permitiu o diagnóstico de tuberculose disseminada, pouco habitual em indivíduo imunocompetente. Confirmou-se isolamento de *M. tuberculosis complex* em amostras de urina, STB e LA (joelho e sacroilíacas).

#### **P65 – SENSORINEURAL HEARING LOSS IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS: IS IT AN EXTRA-ARTICULAR FEATURE OF DISEASE?**

Aguiar R<sup>1</sup>, Cunha I<sup>1</sup>, Ambrósio C<sup>1</sup>, Neves A<sup>2</sup>, Azevedo L<sup>2</sup>, Barcelos A<sup>1</sup>

1. Serviço Reumatologia - Centro Hospitalar Baixo Vouga;  
2. Serviço Otorrinolaringologia - Centro Hospitalar Baixo Vouga

Ankylosing Spondylitis (AS) is a chronic inflammatory disease of unknown aetiology. Sacroiliitis is the hallmark of AS, but peripheral joints and extra-articular structures may also be affected. There are two points of otological interest in AS patients: the possibility of sensorineural hearing loss (SNHL) due to long-term use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and the disease may affect articular tissue in the middle ear and vascular structures owing to autoimmune reactions in the inner ear.

**Objective:** The aim of this investigation was to study the relationship between AS and hearing loss.

**Methods:** This study compared 61 patients with AS (122 ears) with 46 age-matched controls (92 ears). All subjects underwent to an audiological evaluation that included pure-tone audiometry thresholds at octave frequencies of 250 to 8000Hz and impedance audiometry (tympanogram and static compliance).

**Results:** The mean age of the patients was 45,85 years (range 20-75 years) and in the controls group was 41,48 years (range 25-55 years). Sensorineural hearing loss was found in 45 patients (73,7%) that was bilateral in 31 patients and unilateral in eleven patients. There was no statistically significant difference between the two groups with respect to hearing levels at 250-500Hz and 4000-8000Hz ( $p=0,34$ ). In AS group there was no correlation found between SNHL and age ( $p=0,16$ ). There was also no correlation found between SNHL and limitation in neck movement. ( $p=0,17$ ).

**Conclusions:** Sensorineural hearing loss is common in AS patients as well in controls in this study. In opposite of what is described in literature, in our study SHNL was found as frequently in AS patients as in controls.

## P66 – ESPONDILODISCITE COMO MANIFESTAÇÃO DE ESPONDILARTRITE PSORIÁTICA

Vieira R<sup>1</sup>, Aleixo A<sup>1</sup>, Madureira P<sup>1</sup>, Terroso G<sup>1</sup>, Pinto JA<sup>1</sup>, Brito J<sup>1</sup>, Mariz E<sup>1</sup>, Vieira A<sup>2</sup>, Costa L<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Hospital de São João;

2. Serviço de Radiologia, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Hospital de São João

A Artrite Psoriática é uma artropatia inflamatória crónica incluída na família das espondilartrites e que afecta cerca de 10% dos doentes com psoríase. Embora a

manifestação clínica mais frequente seja o acometimento das articulações periféricas, cerca de 5% dos doentes tem um atingimento predominantemente axial.

Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino, 19 anos, caucasiano, com antecedentes de psoríase palmo-plantar desde os 10 anos. Primeiro episódio de envolvimento musculoesquelético aos 13 anos com monoartrite do joelho direito e início de lombalgia inflamatória aos 17 anos, com alguns meses de evolução, que melhorou com AINEs. Manteve-se em remissão clínica durante ano e meio, sem qualquer medicação, e apresentou-se agora na consulta com lombalgia inflamatória altamente incapacitante e resistente a AINEs em dose elevada, pelo que foi internado. Sem queixas apendiculares, envolvimento do estado geral, hipersudorese, alterações cutâneas de novo, aftose, uveíte ou alterações GI. Exame físico geral sem alterações. Ao exame objectivo musculoesquelético, apresentava marcada limitação da mobilidade lombar em todos os planos e manobras sacroilíacas negativas com excepção de dor à palpação da sacroilíaca direita. BASDAI de 3,49 e de BASFI de 7,6.

Dos MCDTs realizados, destaca-se VS normal, PCR 11,2 mg/L (<3,0), com restante estudo para desquite de patologia infecciosa e tumoral negativa. Tipagem HLA-B27 negativo. Rx coluna lombar com estreitamento do espaço discal de L3-L4 e irregularidade dos pratos vertebrais. RX Bacia sem alterações das sacro-ilíacas nem das ancas. Na RMN da coluna lombar, apresentava acentuada redução da amplitude do disco em L3-L4, cuja área central herniava em ambas as plataformas vertebrais, associando-se exuberante edema na medula óssea dos corpos vertebrais adjacentes, sem sinais de envolvimento axial a outros níveis. RMN sacro-ilíacas sacro-ileíte Grau I. Com vista a decisão terapêutica foi realizada biópsia discal e excluído processo de malignidade ou infeccioso.

Atendendo à história clínica, exame físico e MCDTs realizados, conclui-se por espondilodiscite inflamatória como manifestação axial de espondilartrite psoriática. Dada a gravidade da incapacidade funcional, resistente aos AINEs, o doente irá iniciar Infliximab dada persistência das queixas.

Descritas na Espondilite Anquilosante como lesões de Andersson, as espondilodiscites inflamatórias surgem habitualmente de forma tardia no decurso da doença e foram descritas raramente na Artrite Psoriática.

**P67 – THERAPEUTIC COMPLIANCE IN RHEUMATOID AND PSORIATIC ARTHRITIS PATIENTS ON BIOLOGICS – A SINGLE-CENTER 2-YEAR RETROSPECTIVE STUDY**

Cordeiro I<sup>1</sup>, Domingos S<sup>2</sup>, Cordeiro A<sup>1</sup>, Santos MJ<sup>1</sup>, Canas da Silva J<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta (Almada);

2. Serviços Farmacêuticos, Hospital Garcia de Orta (Almada)

**Introduction:** Adhesion to therapy can be a major factor affecting response to biologic treatment.

**Aim:** To assess compliance to subcutaneous biological therapy in RA and PA patients followed-up in our Day Care Hospital Unit and to determine potential predictors of compliance.

**Methods:** Ninety-four patients were included (76 RA and 14 PA), 53.3% on etanercept and 46.7% on adalimumab, with a mean treatment duration of 18.2±7.0 months. Compliance was estimated by crossing data from the Day Care Unit patient registry with the Hospital Pharmacy database, regarding the period between January 2010 and December 2011 (24 months of follow-up). Patient non-compliance was defined as compliance under 75% of expected. Disease activity was assessed with the 28-joint count Disease Activity Score (DAS28). Response to treatment was defined as a variation of DAS28≥1.2 between the baseline and the final visit of the ongoing biologic.

**Results:** Mean compliance was high (89.5%), with only 17.4% non-compliant patients. Several reasons were found for non-compliance: 26.3% infectious complications, 15.8% programmed surgery, 10.5% inefficacy (interruption before switch), with true non-adhesion corresponding to about 36.8% of these cases (7 patients). No predictive association was found between compliance and response to treatment (p=0.396 in a univariate regression analysis). Assessing DAS variation, we found 41.4% of patients considered as non responders, 30.6% (11 patients) of which switched therapy.

**Conclusions:** Adhesion to biologics is high in RA/PA patients and it appears not to be related to response to treatment. Fulfillment of an anonymous questionnaire on patient-perceived reasons for non-compliance would allow better understanding of true non-adhesion and to develop strategies to overcome it.

**P68 – ESPONDILARTRITE E LINFOMA: CONSEQUÊNCIA OU COINCIDÊNCIA?**

Vieira R, Aleixo A, Madureira P, Terroso G, Pinto JA, Brito J, Mariz E, Silva L, Costa L  
Serviço de Reumatologia, Faculdade de Medicina  
Universidade do Porto, Hospital de São João

Diversas doenças inflamatórias estão associadas ao aumento da incidência de linfomas. No caso particular das espondilartrites, os dados são escassos mas estudos observacionais de base populacional não conseguiram mostrar essa associação. Está igualmente descrito, ainda que de forma inconsistente, o aumento da ocorrência de linfomas nas Doenças Inflamatórias Intestinais. Esta associação poderá estar relacionada com o uso de imunossuppressores ou com a cronicidade da doença.

Os autores descrevem o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 56 anos, caucasiana, com antecedentes de espondilartrose associada a Doença de Crohn com cerca de 15 anos de evolução, Prolactinoma, Hipotiroidismo e Tuberculose Pulmonar na juventude. Sem antecedentes de medicação imunossupressora à excepção de corticoterapia. Actualmente sem medicação dirigida. A doente foi internada por massa supraclavicular esquerda, com cerca de 3 semanas de evolução, rapidamente progressiva, associada a dor epigástrica, astenia e anorexia desde «há várias semanas». Sem outros sintomas constitucionais, artralguas, alterações do trânsito intestinal ou queixas respiratórias. Ao exame físico, apresentava massa supraclavicular esquerda e massa epigástrica/periumbilical. Ao exame objectivo musculoesquelético sem alterações de relevo. BASDAI 2,1 e BASFI 3.

Do estudo analítico há a referir anemia microcítica (Hb 10,7 g/dL (13.3-18.0)), leucopenia (3.17x10<sup>9</sup> (4.0-11.0) com linfopenia (11.9% (25-47)), DHL 357 U/L (135-225), VS 65 mm/h (<30) e PCR 39.1 mg/L (<3). Despiste de Tuberculose negativo.

Ecografia cervical revelou numerosas adenopatias à esquerda, heterogêneas, a maior com 55 mm de maior diâmetro cuja caracterização por TC mostrou adenopatias a nível cervical esquerdo (7cm de diâmetro), mediastino posterior (3cm), retroperitoneais (7,5 cm). Sem alterações ósseas, pulmonares, hepáticas ou pélvicas.

A biópsia excisional revelou Linfoma B - periférico difuso de células grandes (imunoblástico) «enxertado» em linfoma folicular grau 3 prévio, sem envolvimento da medula óssea, em Estádio IIIA.

Em face deste diagnóstico, a doente foi transferida

para Hematologia Clínica, tendo iniciado esquema de quimioterapia (R-CHOP).

A suspeição clínica, levantada por estudos tipo *case series*, de que tanto as espondilartrites como as doenças inflamatórias intestinais aumentam o risco de Linfomas nunca foi consistentemente reproduzida em estudos epidemiológicos de base populacional. Ainda assim, o caso que descrevemos ilustra a necessidade de manter a vigilância nestes doentes, mesmo que a actividade da doença esteja controlada e não haja uso de imunossupressão.

### **P69 – TERAPIA ANTI-TNF- $\alpha$ EM ESPONDILARTRITE: ESTARÃO OS NOSSOS DOENTES PROTEGIDOS DE UVEÍTES?**

Santiago T, Santiago MG, Marques A, Duarte C, Nour D, Salvador MJ, da Silva JAP  
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**Introdução:** A terapia anti-TNF- $\alpha$  é utilizada frequentemente, com efeitos benéficos, no tratamento de doenças reumáticas, como as espondilartrites (Spa). Este grupo de doenças está associado a diversas manifestações extra-articulares, entre as quais as uveítes, que constituem uma causa importante de morbidade ameaçando a acuidade visual. Apesar de ser reconhecido o efeito benéfico da terapia anti-TNF- $\alpha$  sobre as manifestações articulares, alguns autores colocam a hipótese de um eventual papel promotor desta terapia na ocorrência de uveítes, sugerindo riscos diferentes associados aos vários anti-TNF- $\alpha$ .

**Objectivo:** Avaliar a incidência de uveítes em doentes com Spa, determinando o impacto da terapia anti-TNF- $\alpha$  na ocorrência das mesmas.

**Material e Métodos:** Avaliação retrospectiva, através da consulta da base de dados da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, de uma *coorte* de 83 doentes com Spa (de acordo com os critérios do Grupo de Estudos Europeu das Espondilartropatias), seguidos na Consulta do Hospital de Dia do SR-CHUC e tratados com anti-TNF- $\alpha$ .

**Resultados:** Dos 83 doentes com Spa (46 homens; 37 mulheres; idade média 48.5 $\pm$ 11.5 anos; 50 com EA e 33 com AP) sob anti-TNF- $\alpha$ , 19 tiveram episódios de uveítes (4 exclusivamente após o início da terapia).

Destes 19 doentes (9 homens; 10 mulheres), 18 tinham o diagnóstico de EA e 1 de AP, e o alelo HLA-B27 estava presente em 78.6%. Dez doentes estavam sob etanercept, 6 sob infliximab e 3 sob adalimumab. A du-

ração média da terapia anti-TNF- $\alpha$  foi de 4.26 anos (etanercept 2.95; infliximab 6.83; adalimumab 2.3).

O número de uveítes por doente/ano, antes de iniciar terapia anti-TNF- $\alpha$ , foi 0.26, 0.37 e 0.17, respectivamente, para o grupo total, do infliximab e do etanercept. Durante a terapia estes valores alteraram-se para 0.22, 0.1 e 0.23, respectivamente.

Durante o tratamento, dos 10 doentes sob etanercept, 4 (40%) apresentaram episódios de uveíte (2 recorrentes e 2 «de novo»), enquanto que nos 6 doentes sob infliximab ocorreram 3 casos (33%; 2 recorrentes e 1 «de novo»). No grupo sob adalimumab ocorreu uma recorrência e um episódio de uveíte «de novo».

**Conclusão:** Os autores realçam duas particularidades com a análise retrospectiva efectuada. Primeiro, a diminuição global da frequência dos episódios de uveíte nos doentes com SpA sob terapia anti-TNF- $\alpha$ . Segundo, esta diminuição apesar de evidente com o infliximab, não se observa com o etanercept. De acordo com a nossa experiência, os doentes estão, globalmente, mais protegidos de uveítes quando tratados com anti-TNF- $\alpha$ , embora tal varie de acordo com a terapia usada. Na nossa opinião, o papel promotor atribuído por alguns relatos ao etanercept deve ser merecedor de mais investigação no futuro.

### **P70 – PRESENÇA DO ANTIGÉNIO HLA-B27 NA ARTRITE ENTEROPÁTICA**

Ponte C<sup>1</sup>, Vieira-Sousa E<sup>1</sup>, Figueiredo A<sup>2</sup>, Miranda Rosa C<sup>3</sup>, Pereira da Silva JA<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Mestrado integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

3. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** O presença do antigénio HLA-B27 está fortemente associada ao desenvolvimento de Espondilartropatias (SpA), no entanto a intensidade desta associação varia de acordo com o subtipo de SpA. Na Espondilite Anquilosante (EA) o antigénio HLA-B27 encontra-se positivo em mais de 90% dos doentes, ao passo que na Artrite Enteropática (AE) esta positividade encontra-se em apenas 35-75% dos casos e fortemen-

te relacionada com o tipo de envolvimento articular. Sabe-se que em doentes com AE e acometimento articular predominantemente axial (caracterizado por lombalgia inflamatória, espondilite ou sacroileíte), a positividade para HLA-B27 assemelha-se à encontrada na EA. Nos doentes com padrão de acometimento periférico esta positividade varia consoante o tipo de artrite verificada: tipo I, oligoartrite assimétrica relacionada com a actividade intestinal, com HLA-B27 positivo em cerca de 27% dos doentes (vs 7% da população geral); tipo II, poliartrite simétrica com evolução independente do acometimento intestinal, não associada ao antígeno HLA-B27.

**Objectivos:** Averiguar a presença do antígeno HLA-B27 nos diferentes tipos de manifestações articulares verificadas nos doentes com AE seguidos em Consulta de Espondilartrites e Uveítes do Hospital de Santa Maria nos últimos 5 anos.

**Métodos:** Avaliação retrospectiva, por consulta de processo clínico, das características demográficas e de envolvimento articular de todos os doentes com o diagnóstico de AE seguidos em Consulta de Espondilartrites e Uveítes do Hospital de Santa Maria, entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2011. Foram excluídos os doentes em que não foi possível obter o resultado da tipagem HLA-B27.

**Resultados:** Foram identificados 45 doentes, 20 homens (44,4%) e 25 mulheres (55,6%), com artrite associada a Doença Inflamatória Intestinal (DII): 32 doentes com Doença de Crohn (DC) e 13 doentes com Colite Ulcerosa (CU). A média de idades verificada foi de 49,7 anos [17-82 anos].

Foram identificadas manifestações articulares periféricas em 73,3% dos doentes (poliartrite 51,5%, oligoartrite 45,5% e monoartrite 3,0%) de forma simétrica em 57,6% dos casos. Não foi possível averiguar a relação entre o envolvimento articular e a actividade da DII. Foi constatada a presença do antígeno HLA-B27 em 14,2% destes doentes.

Em termos de manifestações axiais verificou-se que mais de metade dos doentes (62,2%) referia lombalgia inflamatória, com início médio aos 28,5 anos [16-50 anos]. No total de doentes com AE foi identificada sacroileíte imagiológica em 48,8% (18,2% unilateral) e envolvimento da coluna vertebral em 17,8% (*squaring* e/ou sindesmófitos). Foi verificada positividade para o antígeno HLA-B27 em 21,4% dos doentes com manifestações articulares axiais da doença e em 27,3% dos doentes com sacroileíte imagiológica.

Foi observada a presença de HLA-B27 em 18,8%

dos doentes com DC e em 15,8% dos doentes com CU.

**Conclusão:** Contrariamente ao descrito na literatura internacional, na nossa casuística não foi possível verificar a presença elevada do antígeno HLA-B27 em doentes com AE e queixas articulares do tipo axiais (20,7% vs população geral portuguesa 9%). Apesar de não ter sido possível efectuar retrospectivamente a distinção entre os dois tipos de envolvimento periférico (sem dados sobre a actividade gastrointestinal concomitante) também não se verificou aumento significativo do HLA-B27 nestes doentes (14,2% vs população geral portuguesa 9%). De referir que estudo englobou um número pequeno de doentes.

## P71 – CORPO STUDY: COMPREHENDING OSTEOPOROSIS REAL PERCEPTION AND OVERVIEW

Cunha-Miranda L<sup>1</sup>, Simões E<sup>1</sup>, Fernandes S<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>2</sup>, Leiria E<sup>2</sup>, Nogueira L<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;

2. KeyPoint, Consultoria Científica

**Background:** Osteoporosis (OP) is associated with pain, disability and increased mortality<sup>1</sup>. For being a silent disease and recognized by the general population as an aging disease<sup>2</sup> a population with OP and an older population can be more aware of its severity.

**Objectives:** To evaluate subjects' perceptions on OP including its severity degree, in individuals in the general population and individuals in a high risk of fracture (HRF) population, comparing subjects with and without self-reported OP.

**Methods:** A cross sectional survey was performed including a representative sample of the Portuguese population aged  $\geq 50$  years (selected by a random route method, door to door) and a HRF population (convenience sample, selected randomly from nursing homes and long term facilities from Mainland Portugal). Inclusion criteria for the HRF population are age  $\geq 50$  years, history of femoral neck fracture on the 24 months prior and absence of cognitive limitations. Survey included demographics and clinical variables. A descriptive analysis was performed for all variables, including relative frequencies for categorical variables and mean  $\pm$  standard deviation for continuous variables. T-test was performed for the study hypothesis. 95% Confidence intervals (CI) are determined and all calculations assume a 5% significance level.

**Results:** The analyses included 2007 subjects from the general population (mean age  $65.3 \pm 10.4$  years; 55.2% female). 62 subjects self-reported OP (3.1%; 95% CI: 2.4% > 3.9%). The HRF population included 419 subjects (mean age  $78.3 \pm 7.8$ ), being 70.4% female. 37.5% self-reported OP (n=157; 95% CI: 32.9% > 42.2%). In a scale from 1 (no severity) to 10 (maximum severity), the general population graded OP as  $5.7 \pm 2.0$ . Self-reporting OP subjects significantly graded this disease as more severe than the remaining population ( $7.6 \pm 1.9$  vs.  $5.7 \pm 2.0$ ;  $p < 0.001$ ). The HRF population graded OP with a  $6.8 \pm 2.2$  score. Subjects who self-report OP in this population significantly graded this disease as more severe than the remaining subjects ( $7.9 \pm 1.7$  vs.  $6.4 \pm 2.2$ ;  $p < 0.001$ ). The HRF population significantly graded OP as a more severe disease than the general population ( $5.7 \pm 2.0$  vs.  $6.8 \pm 2.2$ ;  $p < 0.001$ ). When asked about their concern regarding OP, in a scale from 1 (no concern) to 10 (maximum concern), the mean level on the general population was  $5.7 \pm 2.4$ . Subjects in this population with self-reported OP significantly revealed more concern with this disease than subjects without OP ( $8.2 \pm 2.1$  vs.  $5.6 \pm 2.4$ ;  $p < 0.001$ ). The mean level of concern on the high risk of fracture population was  $6.8 \pm 2.5$ . Within this population, subjects who self-reported OP significantly revealed more concern with this disease than subjects without self-reported OP ( $8.1 \pm 2.0$  vs.  $6.1 \pm 2.5$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** The high risk population understands OP as a more severe disease than the general population. Moreover, subjects with self-reported OP tend to grade OP as a more serious disease when comparing with subjects without OP, in both studied populations. Awareness of this disease must be improved in order to trigger prevention measures especially for the general population.

#### REFERENCES

1. American College of Rheumatology. The Role of Rheumatologists in the Management of Osteoporosis-Position statement. 2. Werner P. Knowledge about osteoporosis: assessment, correlates and outcomes. *Osteoporos Int* 2005;16(2):115-27.

### P72 – QUALITY OF LIFE AND PAIN EVALUATION IN PATIENTS WITH AND WITHOUT SELF-REPORTED OSTEOPOROSIS – CORPO STUDY: COMPREHENDING OSTEOPOROSIS REAL PERCEPTION AND OVERVIEW

Cunha-Miranda L<sup>1</sup>, Simões E<sup>1</sup>, Fernandes S<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>2</sup>, Leiria E<sup>2</sup>, Nogueira L<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;
2. KeyPoint, Consultoria Científica

**Background:** The awareness of osteoporosis (OP) symptoms and evolution may impact on patients daily activities. Osteoporosis may cause pain, reduce physical functioning and mobility also resulting in social isolation and depression<sup>1</sup>.

**Objectives:** To evaluate Health Related Quality of Life (HRQoL) and pain in subjects with and without self-reported OP, in the general population and in a high risk of fracture (HRF) population.

**Methods:** Cross sectional survey including a representative sample of Portuguese population aged  $\geq 50$  years (random route method, door to door) and a HRF population (convenience sample, selected randomly from nursing homes and long term facilities from Portugal). Inclusion criteria for HRF population were age  $\geq 50$  years, history of femoral neck fracture on the 24 months prior and absence of cognitive limitations. SF12 scale and ECOS were used.

**Results:** Table I- Quality of Life - SF12

From the 2007 subjects of the general population (mean age of  $65.3 \pm 10.4$  years; 55.2% female), 62 (3.1%; CI: 2.4% > 3.9%) self-reported OP. HRF population included 419 subjects (mean age of  $78.3 \pm 7.8$ ; 70.4% were female), 37.5% (n=157; CI: 32.9% > 42.2%) self-reported OP. Significant differences were found for SF12 dimensions between subjects in general population with and without self-reported OP (Table I). In HRF population no significant differences were found (Table 1). Regarding ECOS, significant differences were found between general population and HRF population with self-reported OP ( $2.74 \pm 0.79$  vs.  $3.15 \pm 0.85$ ,  $p = 0.001$ ). No significant differences were found in ECOS pain items between general population and HRF population with self-reported OP (ECOS items 1 to 5:  $p = 0.410$ ;  $p = 0.134$ ;  $p = 0.086$ ;  $p = 0.323$ ;  $p = 0.144$ , respectively).

**Conclusions:** The evidence suggests that the HRQoL on the general population with self-reported OP was significantly lower in comparison with the population without OP, although no significant differences were found between groups in the HRF population. That could be partial explained by the presence of a low hip fracture in this group.

#### REFERENCES

1. Bianchi ML, Orsini MR, Saraifoger S, Ortolani S, Radaelli G, Betti S. Quality of life in post-menopausal osteoporosis. *Health Qual Life Outcomes* 2005;3:78.

**TABLE I. QUALITY OF LIFE - SF12**

	General Population					HRF Population			
	OP	N	Mean	SD	p-value	N	Mean	SD	p-value
SF12: Physical functioning	Yes	62	45.2	34.7	<0.001	157	35.6	32.4	0.833
	No	1836	72.2	33.0		224	34.8	30.7	
SF12: Physical role functioning	Yes	62	14.5	35.5	<0.001	157	3.2	16.7	0.363
	No	1836	39.7	46.8		224	1.8	13.3	
SF12: General health perceptions	Yes	62	25.9	22.9	<0.001	157	21.0	19.5	0.975
	No	1836	45.9	28.6		224	21.1	18.7	
SF12: Vitality	Yes	62	50.0	22.3	<0.001	157	48.2	19.7	0.059
	No	1835	63.3	22.7		224	51.9	18.3	
SF12: Social role functioning	Yes	62	58.9	24.4	<0.001	157	45.9	28.3	0.988
	No	1836	75.8	22.4		224	46.0	25.5	
SF12: Emotional role functioning	Yes	62	20.2	37.8	<0.001	157	5.4	21.6	0.573
	No	1836	45.5	48.2		224	4.2	18.8	
SF12: Mental health	Yes	62	55.5	16.8	<0.001	157	58.6	18.0	0.608
	No	1835	67.5	15.9		224	57.7	15.2	

### P73 – IS THERE A BEFORE AND AFTER FEMORAL NECK FRACTURE REGARDING QUALITY OF LIFE? – CORPO STUDY: COMPREHENDING OSTEOPOROSIS REAL PERCEPTION AND OVERVIEW

Cunha-Miranda L<sup>1</sup>, Simões E<sup>1</sup>, Fernandes S<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>2</sup>, Leiria E<sup>2</sup>, Nogueira L<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;

2. KeyPoint, Consultoria Científica

**Background:** Femoral neck fracture is considered as one of the most severe consequence of osteoporosis (OP) due to its high mortality and morbidity, affecting patients' Health Related Quality of Life (HRQoL) physically, psychologically and socially<sup>1</sup>.

**Objectives:** To evaluate HRQoL and impact of femoral neck fracture in subjects lives in a high risk of fracture (HRF) population with and without self-reported OP.

**Methods:** HRQoL was assessed by SF12 scale and subjects perception on their HRQoL before and after the fracture. Cross-sectional survey including a convenience sample of HRF population selected randomly from nursing homes and long-term care facilities in Portugal. Inclusion criteria for subjects were age  $\geq 50$  years, history of a low impact femoral neck fracture on the 24 months prior, absence of cognitive limitations.

Confidence intervals (CI) of 95% will be determined and calculations were performed assuming a 5% significance level.

**Results:** Table I- Quality of Life - SF12 dimensions.

419 HRF subjects were included, mean age  $78.3 \pm 7.8$ , 70.4% female. From these 37.5% (n=157; CI: 32.9%>42.2%) selfreported OP. Mean age for occurrence of a femoral neck fracture was  $77.2 \pm 8.1$ , with no significant differences between subjects with and without self-reported OP ( $77.3 \pm 9.6$  vs.  $76.9 \pm 7.4$ ; p=0.656). In a scale of 1 (worst possible) to 10 (better possible), significant differences were found for subjects' perception about their HRQoL before and after femoral neck fracture ( $7.0 \pm 2.4$  vs.  $4.2 \pm 2.3$ ; p<0.001) and between subjects with and without OP before and after the fracture (With OP:  $7.9 \pm 1.7$  vs.  $4.9 \pm 2.2$ ; p<0.001; Without OP:  $6.8 \pm 2.6$  vs.  $4.1 \pm 2.3$ ; p<0.001). In these groups, significant differences were observed before and after fracture (p=0.038).

**Conclusions:** Subject's perceptions of their HRQoL change after a femoral fracture. Lower HRQoL levels are reported by individuals after experiencing a femoral neck fracture. Fracture is a life altering event on people's lives diminishing their QoL.

#### REFERENCES

1. Randell AG, Nguyen TV, Bhalerao N, Silverman SL, Sambrook PN, Eisman JA. Deterioration in quality of life following hip fracture: a prospective study. *Osteoporos Int* 2000;11(5):460-6

**TABLE I. QUALITY OF LIFE - SF12 DIMENSIONS**

	General Population					HRF Population			
	OP	N	Mean	SD	p-value	N	Mean	SD	p-value
SF12: Physical functioning	Yes	62	45.2	34.7	<0.001	157	35.6	32.4	0.833
	No	1836	72.2	33.0		224	34.8	30.7	
SF12: Physical role functioning	Yes	62	14.5	35.5	<0.001	157	3.2	16.7	0.363
	No	1836	39.7	46.8		224	1.8	13.3	
SF12: General health perceptions	Yes	62	25.9	22.9	<0.001	157	21.0	19.5	0.975
	No	1836	45.9	28.6		224	21.1	18.7	
SF12: Vitality	Yes	62	50.0	22.3	<0.001	157	48.2	19.7	0.059
	No	1835	63.3	22.7		224	51.9	18.3	
SF12: Social role functioning	Yes	62	58.9	24.4	<0.001	157	45.9	28.3	0.988
	No	1836	75.8	22.4		224	46.0	25.5	
SF12: Emotional role functioning	Yes	62	20.2	37.8	<0.001	157	5.4	21.6	0.573
	No	1836	45.5	48.2		224	4.2	18.8	
SF12: Mental health	Yes	62	55.5	16.8	<0.001	157	58.6	18.0	0.608
	No	1835	67.5	15.9		224	57.7	15.2	

#### **P74 - DO INFORMATION SOURCES TRANSLATES TO KNOWLEDGE IN OSTEOPOROSIS? – CORPO STUDY: COMPREHENDING OSTEOPOROSIS REAL PERCEPTION AND OVERVIEW**

Cunha-Miranda L<sup>1</sup>, Simões E<sup>1</sup>, Fernandes S<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>2</sup>, Leiria E<sup>2</sup>, Nogueira L<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;
2. KeyPoint, Consultoria Científica

**Background:** Osteoporosis (OP) is a major public health problem with great impact on patient's quality of life and daily living activities. Knowledge on OP may influence the engagement in preventive measures for the development of the disease and fracture<sup>1,2</sup>.

**Objectives:** To evaluate information sources and knowledge about OP, comparing three populations: general practitioners (GPs), general population and high risk fracture (HRF) population.

**Methods:** Cross sectional survey was performed including GPs (convenience sample, contacted via email or telephone), subjects representative of Portuguese population aged  $\geq 50$  years (selected by random route method, door to door) and HRF population (convenience sample, selected from nursing homes and long term facilities from Portugal). Inclusion criteria for HRF population were age  $\geq 50$  years, history of femoral neck fracture on the 24 months prior, absence of cognitive

limitations. Descriptive analysis was performed, including relative frequencies for categorical variables and mean  $\pm$  standard deviation for continuous variables.

**Results:** 194 GPs were included (mean age  $51.6 \pm 9.9$  years, 53.1% female). In general population, 2007 subjects were included (mean age of  $65.3 \pm 10.4$  years, 55.2% female). 419 HRF subjects were included (mean age of  $78.3 \pm 7.8$ , 70.4% female). GPs mentioned congresses and clinical meetings (88.7%), followed by medical sales representatives (74.7%) as the most common sources of information on OP. General population referred having heard about OP (80.9%), mostly through television (64.8%) and GPs (41.5%). In HRF population, 80.7% referred having heard about OP, being the most referred information sources GPs (57.8%) and television (29.8%). In a TRUE and FALSE questionnaire, all GPs referred as being TRUE OP is more frequent in women after menopause (100%). In general population, 75.4% acknowledged OP is a bone disease, OP is an unavoidable consequence of aging (43.0%) and for the majority of subjects with OP the mean life expectancy is significantly affected (40.1%). For HRF population, the three most frequently indicated as being TRUE were OP is a bone disease (75.2%), OP is an unavoidable consequence of aging (63.7%) and OP is a joint disease (47.7%). GPs considered fracture (94.8%), height decrease (83.0%) and curvature of the spine (79.9%) as the main OP symptoms. 70.3% of general population mentioned at least

one disease symptom, being most commonly pointed pain (82.1%). In HRF population, 76.4% indicated at least one OP symptom, with pain (86.3%) and fracture (81.3%) the most common ones.

**Conclusions:** Despite the awareness about the existence of the disease, there is still a great gap in the knowledge of OP symptoms, severity and consequences. Both general population and HRF population referred GP has one of their sources of information. Strategies for information dissemination could be developed to help increasing GP awareness for this disease that will also help spreading it to the rest of the population.

#### REFERENCES

1. von Hurst PR, Wham CA. Attitudes and knowledge about osteoporosis risk prevention: a survey of New Zealand women. *Public Health Nutr.* 2007;10(7):747-53.
2. Riaz M, Abid N, Patel J, Tariq M, Khan MS, Zuberi L. Knowledge about osteoporosis among healthy women attending a tertiary care hospital. *J Pak Med Assoc* 2008;58(4):190-4.

### P75 – FRAX DETERMINATION IN THE PORTUGUESE POPULATION – CORPO STUDY: COMPREHENDING OSTEOPOROSIS REAL PERCEPTION AND OVERVIEW

Cunha-Miranda L<sup>1</sup>, Simões E<sup>1</sup>, Fernandes S<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>2</sup>, Leiria E<sup>2</sup>, Nogueira L<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;
2. KeyPoint, Consultoria Científica

**Background:** FRAX tool has been developed by the World Health Organization (WHO) to estimate the 10-year fracture probability in men and women from clinical risk factors, age, sex and body mass index with or without the measurement of femoral neck bone mineral density<sup>1</sup>.

**Objectives:** To evaluate the differences in the Portuguese population in the FRAX 10 year probability of fracture and reported risk factors for osteoporosis (OP), comparing the general population and a high risk fracture (HRF) population.

**Methods:** Cross sectional survey was performed including subjects representative of the Portuguese population aged  $\geq 50$  years (selected by random route method, door to door) and a HRF population (convenience sample, selected from nursing homes and long term facilities in Portugal). Inclusion criteria for HRF population are age  $\geq 50$  years, history of femoral neck

fracture on the 24 months prior, absence of cognitive limitations. The overall and HRF population included demographics and clinical variables. The FRAX 10 year probabilities of hip and major osteoporotic fractures were calculated, according to the Spanish algorithm and reported risk factors for OP were collected. Descriptive analysis was performed, including relative frequencies for categorical variables and mean  $\pm$  standard deviation for continuous variables. T-test was performed to validate study hypothesis. Confidence intervals (CI) of 95% will be determined and all calculations were performed assuming a 5% significance level.

**Results:** The analyses included 2007 subjects from the general population (mean age of 65.3 $\pm$ 10.4 years, 55.2% female). 62 subjects self-reported OP (3.1%; 95% CI: 2.4%>3.9%). The HRF population included 419 subjects (mean age 78.3 $\pm$ 7.8, 70.4% female). In general population, the probability of a major osteoporotic fracture was 5.0 $\pm$ 5.3 and 2.1 $\pm$ 3.7 for hip fracture. These values were statistically higher for subjects in general population with self-reported OP (Major Osteoporotic: 11.0 $\pm$ 11.8 vs. 4.8 $\pm$ 4.8;  $p < 0.001$ ; Hip Fracture: 6.1 $\pm$ 10.6 vs. 1.9 $\pm$ 3.1;  $p = 0.003$ ). The probability of major osteoporotic fracture in HRF population was 20.7 $\pm$ 11.4. Considering hip fracture, HRF population had a mean probability of 12.1 $\pm$ 9.6. No significant differences were found in the HRF population between subjects with and without self-reported OP.

**Conclusions:** As expected, subjects in HRF population (that already had suffered a previous fracture) have a higher risk for major osteoporotic and hip fractures when compared with the general population.

#### REFERENCES

1. Kanis JA, Oden A, Johansson H, Borgström F, Ström O, McCloskey E. FRAX and its applications to clinical practice. *Bone* 2009;44(5):734-43.

### P76 – WHAT DO GENERAL PRACTITIONERS KNOW ABOUT OSTEOPOROSIS? – CORPO STUDY: COMPREHENDING OSTEOPOROSIS REAL PERCEPTION AND OVERVIEW

Cunha-Miranda L<sup>1</sup>, Simões E<sup>1</sup>, Fernandes S<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>2</sup>, Leiria E<sup>2</sup>, Nogueira L<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;
2. KeyPoint, Consultoria Científica

**Background:** General practitioners have an important role in the prevention and management of osteoporosis

sis (OP). However, patients with OP are frequently under diagnosed and under treated in general practice as physicians underestimate its prevalence, despite being associated with serious physical and psycho-social consequences<sup>1</sup>.

**Objectives:** To evaluate general practitioners (GPs) knowledge on OP.

**Methods:** Cross-sectional survey was performed including a convenience sample of GPs, contacted by phone or email through the primary care units, to address OP knowledge. It was performed a descriptive analysis of all the variables collected, including the relative frequencies for the categorical variables and the mean  $\pm$  standard deviation for the continuous variables.

**Results:** The analyses included a total of 194 GPs with a mean age of 51.6 $\pm$ 9.9 years, from which 53.1% were female. 9.3% of GPs referred to ignore the major risk factors for OP and 35.1% the minor risk factors for OP. The most commonly mentioned major risk factor for OP was premature menopause (48.3%), followed by age > 65 years (30.7%) and history of systemic corticoid therapy for more than 3 months (29.5%). Concerning minor risk factors for OP, the most indicated was smoking (34.9%), low calcium intake (31.0%) and prolonged immobilization (15.9%). 28.4% of GP do not recognize tools/scales to evaluate fracture risk, but 59.7% indicated densitometry and 47.8% FRAX. 57.1% have already heard about FRAX, from whom 84.3% considers it as a useful tool, and 26.4% uses it regularly. In a scale from 1 (nothing relevant) to 5 (very relevant), the mean importance given by GPs to the existence of guidelines for diagnosis and treatment of OP was 4.3 $\pm$ 0.8. The majority of GPs was informed about Portuguese available clinical guidelines: Guidelines for the management of Osteoporosis (68.4%); Norma de Orientação Clínica – OP (Clinical Guidance on OP: 66.5%); Orientações Técnicas (Technical Guidance: 78.7%).

**Conclusions:** Although there are rules, regulations and several guidelines about osteoporosis in Portugal there is still a great gap in GPs knowledge about OP risk factors, diagnose and treatment tools. Educational and informative intervention must be carried to help increasing awareness for diagnose and early treatment of OP among GPs. Other forms besides the traditional ones must be consider to increase the knowledge of GPs in this important disease.

#### REFERENCES

1. Werner P. Knowledge about osteoporosis: assessment, correlates and outcomes. *Osteoporos Int* 2005;16(2):115-27.

#### P77 – CHARACTERIZATION OF MEDICATION COMPLIANCE IN PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS. CORPO STUDY: COMPREHENDING OSTEOPOROSIS REAL PERCEPTION AND OVERVIEW

Cunha-Miranda L<sup>1</sup>, Simões E<sup>1</sup>, Fernandes S<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>2</sup>, Leiria E<sup>2</sup>, Nogueira L<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;

2. KeyPoint, Consultoria Científica

**Background:** Pharmacological treatment in osteoporosis (OP) has been demonstrated as effective in significantly reduction the risk of osteoporotic fracture. However, the effectiveness of this treatment may be compromised by poor treatment compliance and can result in increased rates of fracture<sup>1</sup>.

**Objectives:** To evaluate patients' compliance for the treatment of OP, comparing patients in the general population and subjects in a high risk of fracture (HRF) population.

**Methods:** Cross sectional survey was performed including subjects representative of the Portuguese population  $\geq$ 50 years (selected by random route method, door to door) and HRF population (convenience sample, selected from nursing homes and long term facilities from Portugal). Inclusion criteria for HRF population are age  $\geq$ 50 years, history of femoral neck fracture on the 24 months prior and absence of cognitive limitations. The general and HRF population included demographics and clinical variables. Patients' compliance was evaluated through the Morisky scale (range 0-7). It was performed a descriptive analysis of all variables collected, including relative frequencies for categorical variables and mean  $\pm$  standard deviation for continuous variables. T-test and chi-square test were performed to validate the study hypothesis. All calculations were performed assuming a 5% significance level.

**Results:** This analysis included a total of 2007 subjects from the general population (mean age of 65.3 $\pm$ 10.4 years, 55.2% female). 3.1% (n=62; CI: 2.4%>3.9%) had self-reported OP. HRF population included 419 subjects (mean age of 78.3 $\pm$ 7.8, 70.4%female). From these, 37.5% (n=157; CI: 32.9%>42.2%) had self-reported OP. In general population with self reported OP 67.7% (n=42) referred being medicated and more than half referred to never forget to take their medication (56.5%; n=26). In HRF population 91.1% (n=143) were medicated for OP and the majority of patients reported never forgetting to take their medication

(71.6%; n=106). Globally, the results suggest that HRF population is more compliant than the general population with self-reported OP (Morisky scale value  $5.9 \pm 0.7$  vs.  $4.1 \pm 1.9$ ;  $p < 0.001$ ). The most significant differences found in each item of the Morisky scale were «Do you forget to take your medicine?» (Yes: 46.5% vs. 2.0%;  $p < 0.001$ ); «Did you ever missed your medication during the last 4 weeks?» (Yes: 48.8% vs. 5.4%;  $p < 0.001$ ); «When you travel or go out of home, do you ever forget to take your medication with you?» (Yes: 44.2% vs. 8.1%;  $p < 0.001$ ); and «Do you ever feel that it is hard to follow your treatment plan for OP?» (Yes: 32.6% vs. 4.1%;  $p < 0.001$ ).

**Conclusions:** Our study proves that OP treatment is poor; especially the HRF population and that compliance is lower in the general population. This behavior may expose patients to higher risk of developing low bone mass and consequent osteoporotic fractures. Patient and physician awareness and education must be stimulated as a useful way of improving compliance with treatment.

#### REFERENCES

1. Huas D, Debiais F, Blotman F, Cortet B, Mercier F, Rousseaux C, Berger V, Gaudin AF, Cotté FE. Compliance and treatment satisfaction of post menopausal women treated for osteoporosis. Compliance with osteoporosis treatment. BMC Womens Health. 2010 Aug 20;10:26.

#### P78 – CHARACTERIZATION OF PORTUGUESE POPULATION WITH SELF-REPORTED OSTEOPOROSIS – CORPO STUDY: COMPREHENDING OSTEOPOROSIS REAL PERCEPTION AND OVERVIEW

Cunha-Miranda L<sup>1</sup>, Simões E<sup>1</sup>, Fernandes S<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>2</sup>, Leiria E<sup>2</sup>, Nogueira L<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;
2. KeyPoint, Consultoria Científica

**Background:** Osteoporosis (OP) is a skeletal disorder, characterized by reduction of bone mass, deterioration of bone structure, leading to bone fragility and increasing fracture risk. It is a common disease associated with pain, disability and increased mortality. Osteoporosis occurs most frequently in women after menopause, but can also affect men<sup>1</sup>.

**Objectives:** To characterize Portuguese subjects with self-reported OP and with risk of developing a fracture according to FRAX calculation (considering the Spa-

nish algorithm).

**Methods:** This was a cross-sectional study. A representative sample of the Portuguese population aged  $\geq 50$  years was considered. Data were collected in a door to door interview through the method of random route. FRAX calculation was performed using the WHO Fracture Risk Assessment Tool and Spanish weighted values. A descriptive analysis of all variables was performed. Relative frequencies are presented for categorical variables and mean and standard deviation for continuous variables. Chi-square test were performed to validate the study hypothesis. Confidence intervals (CI) of 95% will be determined and all calculations were performed assuming a 5% significance level.

**Results:** A total of 2007 subjects with a mean age of  $65.3 \pm 10.4$  years were included, from whom 55.2% were female. From these 3.1% (n=62; CI: 2.4%>3.9%) had self-reported OP. The majority of this subjects were from the North region of Portugal (53.2%; n=33), and no cases of OP were self-reported in Alentejo and Algarve regions. 80.6% (n=50) of subjects with self-reported OP were female. The proportion of subjects with self-reported OP decreases with the increase of age. The great majority of these subjects (67.7%; n=42) was illiterate or had finished the elementary school and was retired (62.9%; n=39). According to FRAX, the risk of developing a major osteoporotic fracture was of 12.2% (n=222; CI: 10.7%>13.7%). The majority of subjects who self-reported OP were from the «Lisboa e Vale do Tejo» region of Portugal (42.3%; n=94), and the North region was the second with the highest proportion of subjects in risk (30.2%; n=67). Most subjects with self-reported OP and risk for fracture were female (n=205; 92.3%). The inverse was verified in what concerns subjects age, the proportion of subjects with risk for OP increases with the increase of age, and the majority of patients has 80 or more years of age (51.8%; n=115). The majority of these subjects (84.3%; n=187) was also illiterate or had finished the elementary school and was retired (91.4%; n=203). 54.1% (n=119) of these subjects were married, however the group of widows has a higher percentage of subjects (42.3%; n=93) than for the self-reported OP group.

**Conclusions:** Self-reported OP was more common in older subjects, in women and in the northern region of the country. This can be explained by the differences in sun exposure and subjects lifestyle. The region with more patients with risk of fracture according to the FRAX tool was different when comparing with the self-reported OP population, showing that there must be

a considerable number of under diagnosed OP cases in the Portuguese population.

#### REFERENCES

1. Kanis JA. Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. *Lancet* 2002; 359:1929–36.

### P79 – UTILIZAÇÃO DE BIFOSFONATOS ENDOVENOSOS NO TRATAMENTO DA DOENÇA ÓSSEA DE PAGET NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE EGAS MONIZ

Araújo F<sup>1</sup>, Silva I<sup>2</sup>, Sepriano S<sup>1</sup>, Nero P<sup>3</sup>, Branco JC<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Instituto de Microbiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz;

3. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E., Hospital de Egas Moniz; Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa;

**Introdução:** A doença óssea de Paget (DOP) caracteriza-se por remodelação óssea acelerada em que existe reabsorção mediada por osteoclastos seguida de deposição anómala de osso lamelar pelos osteoblastos. Os bifosfonatos, pela inibição dos osteoclastos, surgem como terapêutica de 1<sup>a</sup> linha nestes doentes.

**Objectivo:** Rever a utilização de bifosfonatos endovenosos no tratamento da DOP no nosso serviço entre 2006 e 2011.

**Métodos:** Foram obtidos os registos de todos os doentes do nosso serviço com DOP que realizaram perfusão de pamidronato ou ácido zoledrónico (AZ) entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2011. As informações foram recolhidas a partir dos processos clínicos e de contacto telefónico. As características disponíveis relativas à demografia, à patologia de base e às perfusões foram registadas.

**Resultados:** Dos 60 doentes com DOP consultados no nosso serviço entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2011, 46 (76,7%) foram tratados com bifosfonatos endovenosos. Nestes, a média de idades correspondia a 73,7 anos e 56,5% eram do sexo masculino. A maioria era natural do Alentejo (41%) e Lisboa (22%). O tempo médio entre início dos sintomas e o diagnóstico foi de 1 ano e 10 meses e entre o início dos sintomas e a perfusão de bifosfonato foi de 3 anos e 11 meses; 58,7%

tinham doença polioestótica; o local mais atingido, tanto na doença mono como polioestótica, foi o osso ilíaco. Dos 46 doentes perfundidos, 31 (67,4%) realizaram primeira perfusão com pamidronato (81% na dose de 90 mg) e 15 (32,6%) com AZ 5 mg. O valor médio de Fosfatase Alcalina (FA) prévia ao tratamento era de 278 U/L no grupo do pamidronato e 289 no grupo do AZ e após perfusão verificou-se, respectivamente, descida de 144 U/L e 181 U/L. Os doentes inicialmente perfundidos com pamidronato tiveram de ser retratados em 61,3% dos casos (19 doentes; média de 4 retratamentos por doente) contra apenas 2 retratamentos naqueles inicialmente perfundidos com AZ. O tempo médio entre retratamentos foi de 1 ano e 1 mês para o grupo do pamidronato (a maioria, 35%, foi retratada ao fim de 7-12 meses). Estes últimos apresentavam maior duração média de doença e menor FA inicial média quando comparado com o grupo do AZ (8 anos e 6 meses VS. 1 ano e 9 meses; 302 U/L VS. 405 U/L). O principal motivo para o retratamento no grupo do pamidronato foi a elevação assintomática da FA (52%), enquanto que no grupo do AZ os doentes foram retratados por dor no local de envolvimento pagético. Em 8 dos 21 doentes retratados a última perfusão realizada foi de AZ, contudo tinham múltiplas perfusões anteriores de pamidronato, apresentando uma duração média de remissão 9 meses superior com esta última perfusão de AZ do que com o pamidronato anteriormente realizado.

**Discussão e Conclusão:** Os bifosfonatos apresentam-se como 1<sup>a</sup> linha no tratamento da DOP. Este estudo avaliou retrospectivamente os dois bifosfonatos endovenosos, pamidronato e AZ, mostrando grande eficácia do AZ na redução da FA, no atingir de remissão duradoura e na menor necessidade de retratamento.

### P80 – DETERMINANTES DAS QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA PORTUGUESA

Carnide F, Moniz-Pereira V, Machado M, André H, Veloso AP

Faculdade de Motricidade Humana-Universidade Técnica de Lisboa

**Introdução:** O *Health Evidence Network Report*<sup>1</sup> estabelece que aproximadamente 30% dos idosos caem pelo menos 1 vez por ano, sendo esta prevalência superior para idades acima dos 75 anos. Adicionalmente, a elevada incidência de doenças crónicas, designada-

mente a osteoporose, a redução de massa óssea e as alterações fisiológicas associadas à idade, incrementam a probabilidade de lesões, mesmo em situação de queda ligeira, transformando as quedas num problema mais complexo, que ultrapassa o mero conhecimento da sua magnitude. O programa de investigação «Biomecânica da Locomoção em Idosos» (PTDC/DES/72946/2006) conduzido pelo Grupo de Investigação Neuromecânica do Movimento Humano do CIPER-FMH/ UTL tem por objetivo o desenvolvimento de ferramentas que permitam identificar idosos em elevado risco de cair e o estabelecimento de recomendações e desenvolvimento de programas de exercício conducentes à redução do risco de queda nesta população.

**Objetivos:** Este estudo tem como objetivo a descrição do processo de recolha de dados preconizado no âmbito do projecto supramencionado através da: (1) apresentação dos resultados preliminares sobre a validação dos instrumentos e procedimentos (testes de atividade física (AF) e aptidão funcional (ApF)), (2) identificação dos fatores determinantes das quedas episódicas e recorrentes na população idosa portuguesa.

**Métodos:** 647 sujeitos, com idade superior ou igual a 65 anos, foram selecionados aleatoriamente na região de Lisboa e Vale do Tejo. Examinadores treinados administram: (1) questionário que incluía fatores sociodemográficos, de saúde e de quedas (prevalência, circunstâncias e consequências); (2) questionário de AF-YPAS e (3) testes de ApF (30sec Chair-Stand and 8foot Up&Go da bateria SFT e os itens 4 a 7 da FAB Scale). O tratamento dos dados foi realizado com recurso à regressão logística para modelar a ocorrência de quedas, englobando 3 grupos: sem queda (SQ), queda episódica ( $C=1$  queda) e queda recorrente ( $QR \geq 2$  quedas).

**Resultados/Discussão:** Os testes de avaliação da AF e ApF apresentaram resultados excelentes relativamente à validade e reprodutibilidade, conferindo-nos confiança nos resultados obtidos. As variáveis relativas à perceção da saúde e da ApF evidenciaram-se como determinantes para a avaliação do risco de quedas na população idosa. Os parâmetros da AF apresentaram-se como fatores protetores e, consistentemente, o tempo despendido na postura de sentado como um fator de risco importante para a ocorrência de quedas. Os resultados evidenciam ainda que as quedas poderão não ser uma consequência inevitável da idade, mas estão sobretudo associadas com os fracos níveis de saúde e de ApF.

**Conclusão:** A idade não se afigurou um fator de risco

para a ocorrência de quedas episódicas ou recorrentes. Não obstante, os nossos resultados mostram que a melhoria da funcionalidade e da saúde podem ser uma via efectiva para a prevenção das quedas na população idosa. Neste sentido, consideramos que a validação de um instrumento de despiste que permita avaliar as dimensões consideradas no presente estudo e de fácil aplicação no contexto clínico e do exercício, permitirá identificar atempadamente os idosos que estão em maior risco de queda e o estabelecimento de programas de prevenção adaptados aos diferentes perfis de risco de quedas nesta população.

#### REFERÊNCIAS

1. Todd C, Skelton D. (2004) Health Evidence Network Report; <http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>, accessed 15-02-2010).

#### P81 – COREUMAPT-OSTEOPOROSE – A NATIONAL BASED COHORT STUDY OF POST-MENOPAUSAL WOMEN

Rodrigues AM<sup>1</sup>, Canhão H<sup>1</sup>, Gouveia N<sup>2</sup>, Tavares V<sup>3</sup>, Branco JC<sup>4</sup>

1. Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisbon, Portugal;
2. EpiReumaPt - Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal;
3. Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal;
4. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO)/ EPE/ Hospital Egas Moniz e Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisbon, Portugal;

**Introduction:** Osteoporosis is a major public health concern however its impact in Portuguese population is unknown.

Our aim is to set up a national post-menopausal women cohort- CoReumaPt-Osteoporose in order to find novel tools that predict vertebral fragility fractures and improve osteoporosis therapy decision-making. This study will also provide Portuguese epidemiological data regarding vertebral fractures and osteoporosis.

In this abstract we present the preliminary results from baseline evaluation of Lisbon population.

**Methods:** Portuguese women over 65 years from EpiReumaPt are being invited to constitute a 24 month

prospective cohort study. Patients are assessed by an experienced rheumatologist at baseline and every 12 months. A clinical protocol is applied in order to collect clinical risk factors (CRF) for fracture. 10 year risk of major and hip fracture is calculated using FRAX tool. X-rays and blood sample collection are being performed at EpiReumaPt's diagnostic van. Peripheral and axial DXA and vertebral CT scans will be performed at baseline and at 24 months. An interim descriptive analysis is presented in this work.

**Results:** From September 2011 up to February 2012, 85 post-menopausal women were recruited in the great Lisbon area. The mean age was of  $73 \pm 7$  years. 12% had taken anti-osteoporotic therapy for at least one year (5% were currently under anti-osteoporotic therapy). 36% were diagnosed with osteoporosis by the rheumatologist. Regarding CRFs, 28.2% had previous history of a fragility fracture, 8.2% had family history of hip fracture and 7.4% had secondary osteoporosis (one patient had rheumatoid arthritis). The 10 year risk of fracture calculated using only CRFs was of  $9.2 \pm 7.7\%$  for major fractures and of  $3.7 \pm 6.4$  for hip fractures. The mean bone mineral density of distal radio was of  $0.352 \pm 0.095 \text{ cm}^2$  and the Tscore was  $-1.9 \pm 1.2$ . The ten year risk of a major fracture ( $r = -0.376$ ;  $p = 0.001$ ) and of hip fracture ( $r = -0.378$ ;  $p = 0.001$ ) using only CRFs was significantly inversely associated with peripheral DXA results.

**Conclusion:** These preliminary results confirm OP as an important public health problem in Portuguese women. National data from CoReumaPt-osteoporose will contribute to refine individual treatment decision and minimize societal and healthcare costs.

## P82 – ASSOCIATIONS BETWEEN A POSTERIORI DEFINED DIETARY PATTERNS AND BONE MINERAL DENSITY IN ADOLESCENTS

Monjardino, T<sup>1</sup>; Lucas, R<sup>1</sup>; Ramos, E<sup>1</sup>; Barros, H<sup>1</sup>  
 1. Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina do Porto; Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

**Background:** Beyond the rate of bone loss, the attained peak bone mass during early adulthood is an important determinant of adult bone health, namely to prevent osteoporosis later in life. Beyond the importance of ge-

netic determinants, environmental factors, such as diet, have been shown to modulate bone gain during childhood and adolescence. Traditional analyses in nutritional epidemiology, examining the influence of individual nutrients or foods, tend to be reductionist and have been insufficient to uncover nutritional influences on bone health. The relationship between dietary intake and bone strength is complex and dietary pattern analysis may be a preferred approach since it account for the cumulative and interactive effects of foods and nutrients within the diet. The *a posteriori* approach to define dietary patterns, based on the statistical modelling of available empirical data without a priori hypothesis, have been proposed as a valuable approach to generate patterns that represent relevant actual eating behaviours of the population under examination. So far, research investigating *a posteriori* dietary patterns and bone quality indices is limited and largely confined to older adults.

**Objective:** To quantify cross-sectional associations between dietary patterns and bone mineral density (BMD) in 13 years old urban adolescents.

**Methods:** We analysed 1155 adolescents (50.3% males) evaluated as part of an urban population-based cohort of adolescents born in 1990 and present at schools in Porto during the 2003/2004 school year (EPITeen study). Adolescents were evaluated through physical examination, including height, weight and forearm BMD using dual-energy X-ray absorptiometry. Dietary intake was assessed using a validated food frequency questionnaire. Dietary patterns, representing mutually exclusive clusters of individuals, were identified by the method of K-means enhanced by bootstrapping and choice of different centres. The relationship between dietary patterns identified and BMD was examined using multiple regression analysis. All models were adjusted for BMI, total energy intake and, in girls, for menarche age.

**Results:** Four dietary patterns, significantly different regarding food groups mean intake, were identified: «healthy», «high calories», «low calories» and «mixed». Although girls with a «low calories» patterns and boys in the «high calories» patterns had higher mean BMD, differences in BMD across dietary patterns were not significant. Associations between a posteriori identified dietary patterns and forearm BMD at 13 years of age were not detected even after adjustment for major confounders. Subtle and not significant differences were found in BMD among tertiles of consumption of food groups that have traditionally been associated to

bone quality (Vegetables, Fruits, Dairy products, Soft drinks).

**Conclusion:** The identified dietary patterns may not capture the elements of diet that are truly important in determining adolescent bone quality. Alternatively, diet may not be the primary driver in determining BMD in early adolescence or, the homogeneity of our sample may have hampered the finding of consistent associations between dietary patterns and bone quality.

### **P83 – HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO NUMA DOENTE COM OSTEOMALÁCIA ONCOGÉNICA**

Abelha-Aleixo J<sup>1</sup>, Terroso G<sup>1</sup>, Madureira P<sup>1</sup>, Vieira R<sup>1</sup>, Bernardo A<sup>1</sup>, Mariz E<sup>1</sup>, Pimenta S<sup>1</sup>, Pinto J<sup>1</sup>, Brito J<sup>1</sup>, Costa L<sup>2</sup>

1. Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
2. Hospital de São João, Porto

A osteomalácia hipofosfatémica é uma entidade rara, mais comum nos adultos. Ocorre por inibição tumoral do transporte renal de fósforo nas células epiteliais, conduzindo a hipofosfatémia e défice de calcitriol, sem alterações no metabolismo do cálcio. O tratamento, se o tumor não for ressecável, consiste em suplementação com fósforo e calcitriol, sendo que alguns estudos sugerem ainda o uso de somatostatina.

Os autores apresentam o caso de uma mulher de 62 anos seguida na consulta de Reumatologia por osteomalacia oncogénica hipofosfatémica, secundária a meningioma do seio cavernoso esquerdo, diagnosticado e excisado em 1996, com recidiva em 2003 razão pela qual foi submetida a radiocirurgia. Actualmente mantém lesão estável com vigilância imagiológica. Estava medicada com fosfato monossódico e calcitriol.

Num estudo analítico de controlo foi detectado: aumento de paratormona (PTH) (2416pg/ml), hipercalcémia (cálcio total 11,9 mg/dl, cálcio ionizado 4,8mg/dl) com hipofosfatémia (4,1mg/dl), fosfatase alcalina normal e défice de Vitamina D (9ng/ml). A urina 24 horas evidenciou: proteinúria 0,96g/24, hipocalciúria: 2.08 mEq/24h, taxa reabsorção fósforo de 56% e clearance de creatinina 36,7 ml/min (Insuficiência renal crónica classe III).

Clinicamente, referia dores generalizadas, sem diminuição da força muscular ou outros sintomas constitucionais ou infecções prévias. Foi internada no Servi-

ço de Reumatologia para estudo.

Realizou Ecografia de Tiróide que mostrou: «...nódulos infracentimétricos e paratiróide hiperplasiada posterior ao terço médio do lobo esquerdo da tiróide.»

A cintigrafia das paratiróides com Sestamibi-TC-99m confirmou Hiperparatiroidismo (HpPT) primário, pelo que foi submetida a lobectomia tiroideia esquerda e paratiróidectomia com normalização de dosesamentos de PTH. Foram excluídas complicações: sem nefrocalcinose nem alterações de novo no estudo radiológico.

O exame anátomo-patológico revelou microcarcinoma papilar da tireóide e excluiu adenocarcinoma da paratiróide. Actualmente está medicada com Carbonato de Cálcio e Calcitriol, nas doses 1,5 g/d e 1,5 ug/d, respectivamente, sob vigilância clínica, analítica e ecográfica.

Perante o aumento de PTH é necessária a distinção entre causa primária e secundária de HpPT. A doente apresentava IRC classe III que pode causar desregulação de PTH e consequente hiperplasia glandular secundária.

A presença de hipercalcémia numa doente com osteomalacia sob controlo terapêutico com calcitriol e fosfato, colocou como hipótese mais provável o HpPT 1º.

Esta patologia é normalmente assintomática, pode ocorrer em qualquer idade, com predomínio nas mulheres. As formas mais comuns são: o adenoma (único em 89% e duplo em 5% dos casos), hiperplasia glandular (6%) e carcinoma (1-2%). É também importante excluir as formas familiares e iatrogenia (irradiação, diuréticos tiazídicos, lítio, etc...).

Este caso sublinha a importância da vigilância regular do metabolismo fosfo-cálcio no controlo da doença e na detecção de novas patologias.

### **P84 – BONE TURNOVER MARKERS IN FRACTURE HEALING: STUDY OF 83 OSTEOPOROTIC PATIENTS**

Felício JC<sup>1</sup>, Rodrigues AM<sup>2</sup>, Caetano-Lopes J<sup>3</sup>, Lopes A<sup>3</sup>, Canhão H<sup>4</sup>

1. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
2. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria;
3. Unidade de investigação em reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Instituto de Medicina Molecular;
4. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas,

Hospital de Santa Maria; Unidade de investigação em reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Instituto de Medicina Molecular

**Background:** Bone has the ability to heal itself regaining all its pre-fracture properties. The aim of the work was to study bone turnover markers (BTMs) in the early stages of bone healing (inflammation and callus formation) in patients who underwent a fragility fracture.

**Methodology:** 83 patients submitted to hip replacement surgery after a low-energy fracture were enrolled in this study. The patients were grouped according to the time interval between fracture and surgery: patients who underwent surgery in 3 days time (n=14); between the 4th day and the 7th day (n=52); and after one week from the fracture (n=17). Clinical evaluation was performed and blood samples were collected after surgery for evaluation of bone turnover markers (alkaline phosphatase (ALP), bone-specific ALP (BASLP), osteocalcin, amino-terminal propeptide of type I collagen (P1NP), carboxy-terminal collagen crosslinks (CTX-I) and Tartrate-resistant acid phosphatase 5b (TRAcP5b)).

**Results:** Eighty-three patients were recruited. The mean age was of  $81 \pm 8$  years. When separated into the three groups considered, no statistical significant differences were observed in the parameters used to characterize our population (age, gender, FRAX 10-year probability of a major osteoporotic fracture and of hip fracture). The levels of BSALP remained constant in all groups as OCL had a slight decrease until the first week and then on it peaked. P1NP levels increased in the first week and then on it maintained fairly constant. DPD significantly increased over time. There was also a significantly increase in CTX-I by the end of the first week followed by a maintenance of its level. The levels of TRAcP5b increased until the end of the first week followed by a slight decrease then on. Calcium levels did not show a particular variation although the mean levels were reduced considering normal range. Phosphate, ApoE and thyroid hormones levels remained stable. PTH had a slight increase at the end of the first week, followed by a downfall then on. TSH had a significant decrease after the first week.

**Conclusions:** Bone turnover markers remained stable over the first 2 weeks after fracture.

## **P85 – OSTEOPOROSE TRANSITÓRIA DA ANCA**

Vieira R, Aleixo A, Terroso G, Madureira P, Pinto JA, Costa L

Serviço de Reumatologia, Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Hospital de São João

A osteoporose transitória da anca é uma doença rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por coxalgia associada a osteopenia radiológica e a edema medular na RMN. Afecta principalmente homens entre os 40 e 60 anos e mulheres no 3º trimestre de gravidez. Atinge preferencialmente as articulações de maior carga, sendo a anca a localização mais comum. Trata-se de uma doença com um curso benigno e que tende para a recuperação total ao fim de 4 a 6 meses.

Os autores descrevem o caso clínico de um doente do sexo masculino, 51 anos, caucasiano, com antecedentes de psoríase cutânea, hemocromatose (homozigoto para mutação H63D) e osteoporose transitória da anca direita em 2006.

Doente apresenta coxalgia esquerda com cerca de 3 semanas de evolução, de características mistas, intensificada em carga.

Do estudo analítico há a referir hemograma sem alterações, VS e PCR normais, metabolismo Fosfo-Cálcio apenas com diminuição da Vit D (22 ng/mL para normal >30), função hepática, renal e tiroideia sem alterações.

RX Anca esquerda com osteopenia da cabeça e colo do fémur.

Densitometria Óssea Coluna lombar/Fémur esquerdo/Fémur direito: DMO ( $\text{g/cm}^2$ ) 0,980 0,692 0,925; Score T - 2,1 - 3,1 - 1,3 ; Score Z - 1,9 - 2,5 - 0,7

RMN Anca Esq: Extenso edema medular ósseo da cabeça e colo do fémur, com derrame articular, num padrão de distribuição muito sugestivo de osteopenia transitória. Este diagnóstico é apoiado por RMN de 2006 que revela alterações semelhantes na anca contralateral, auto-limitadas e com resolução completa.

O doente mantém-se, à data, medicado com AINE, anti-osteoclástico e com indicação de descarga articular.

Assim, estamos perante um doente com dois episódios de osteoporose da anca, separados no tempo, o primeiro à direita e agora à esquerda. Embora este segundo episódio tenha ainda apenas 3 meses de evolução, a verificar-se a reversão clínica e imagiológica, estaremos perante um diagnóstico de Osteoporose Transitória Regional Migratória. O curso migratório corresponde a cerca de 10 a 40% casos de osteoporose transitória, sendo que o intervalo entre episódios é muito variável. O atingimento simultâneo de mais que uma articulação é raro.

Tanto quanto sabemos, não está descrita na literatura qualquer associação da osteoporose transitória nem com a psoríase cutânea nem com a hemocromatose.

**P86 – OSTEOPOROSE NO HOMEM**

Godinho E, Eiras A

Centro de Saúde Estarreja

**Objectivos:** Apresentar uma revisão actualizada sobre a osteoporose masculina, com particular ênfase para epidemiologia, diagnóstico, prevenção e tratamento.

**Resumo:** A osteoporose é uma doença esquelética sistémica caracterizada por diminuição da massa óssea e pela deterioração arquitectural do tecido ósseo, que resulta num aumento do risco de fracturas por fragilidade. Apesar da osteoporose ser frequentemente considerada uma doença da população feminina, vários estudos têm demonstrado que as fracturas osteoporóticas resultam, também no homem, em substancial morbidade e mortalidade, assim como em elevados custos financeiros.

**Metodologia:** Revisão bibliográfica, com consulta das bases de dados Medline/Pubmed (2005-2011), revistas científicas e livros de referência, em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

**Conclusões:** É estimado que o homem perca densidade mineral óssea (DMO) a uma taxa superior a 1% por ano com o aumento da idade, e que, 1 em cada 8 homens com mais de 50 anos sofra pelo menos uma fractura osteoporótica durante a sua vida. O tratamento deve ser iniciado com a suspensão dos fatores de risco, como tabaco, álcool e sedentarismo, adequar a ingestão de cálcio na dieta, incentivar a prática de exercício físico. O despiste de doenças e fármacos potencialmente causadores de osteoporose secundária é também indispensável. A terapêutica de eleição para o tratamento da osteoporose masculina são os bifosfonatos, principalmente o alendronato e o risedronato, que também atuam na osteoporose induzida por corticóides. O ibandronato mensae o zolendronato endovenoso anual podem ser utilizados. O ranelato de estrôncio, sendo um formador de osso, não tem ainda protocolo definido para uso no homem.

Com o envelhecimento da população, espera-se que as taxas de osteoporose no homem aumentem, aproximadamente, 50% nos próximos 15 anos e que as taxas de fractura da anca aumentem para o dobro ou o triplo até 2040, o que em nosso entender, são motivos suficientes para que o médico de família deva conhecer esta patologia, de modo a identificá-la precocemente, realizando uma acção preventiva sempre que possível, e instituindo a terapêutica adequada nos casos em que a doença esteja já estabelecida.

**P87 – ABORDAGEM E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Eiras A, Godinho F

Centro Saúde Estarreja

**Introdução:** A Osteoporose é uma doença progressiva do esqueleto que se caracteriza pela perda de tecido ósseo e disrupção da micro estrutura, levando ao incremento da fragilidade óssea e conseqüente aumento do risco de fracturas.

A prevalência da osteoporose aumenta com a idade e pode atingir ambos os sexos, embora o género feminino seja o mais afectado, principalmente as mulheres pós-menopausicas.

De acordo com a Fundação Internacional da Osteoporose, cada 30 segundos alguém na União Europeia sofre uma factura em conseqüência da sua osteoporose.

Esta doença e as fracturas que lhe estão associadas são, por isso, segundo a OMS, um grave problema de saúde pública na medida em que se relacionam com uma enorme morbidade e incapacidade, levando à diminuição da qualidade de vida e ao aumento da mortalidade. Além disso, anualmente, os custos médicos directos associados ao tratamento destas fracturas na Europa ronda os 2.3 milhões de euros.

Torna-se, portanto, obrigatório diagnosticar e tratar de modo precoce e correcto esta doença, minorando as comorbidades que dela resultam.

Os cuidados de saúde primários estão na linha da frente face a um diagnóstico atempado e um tratamento eficaz da osteoporose, desempenhando por isso um importante papel na redução destes riscos.

**Objectivo:** A realização deste pôster teve como principal objectivo, a elaboração de um algoritmo de diagnóstico, abordagem e tratamento da osteoporose nos cuidados de saúde primários que conseguisse sistematizar todos estes aspectos baseando-se na evidência científica actual.

**Material e Método:** Pesquisa através da Pubmed, MEDLINE e EMBASE (até Janeiro de 2012) dos artigos de revisão publicados nos últimos 5 anos, em Português, Castelhana e Inglês. Realizou-se uma pesquisa manual das guidelines de prática NICE sobre o diagnóstico, abordagem e tratamento da osteoporose. Foram revistos também alguns documentos de opinião de peritos

A avaliação da qualidade dos estudos foi efectuada segundo os critérios da declaração CONSORT.

Os resultados foram extraídos por duas revisoras em duas ocasiões diferentes. Foram recolhidas variáveis de idade para implementação de exames para diagnóstico, quais os exames de diagnóstico e fármacos utilizados para o tratamento da osteoporose.

**Discussão/conclusão:** A elevada incidência e prevalência da osteoporose na população alvo dos cuidados de saúde primários, justifica o atempado diagnóstico, uma abordagem correcta e um tratamento o mais eficaz possível por parte do médico de família.

Este algoritmo é em si, uma ferramenta fundamental para o médico desta especialidade com áreas tão abrangentes.

### **P88 – MOVES: MAGNITUDE OF OSTEOARTHRITIS DISADVANTAGE ON PEOPLE’S LIVES: PAIN IN SELF-REPORTED OSTEOARTHRITIS**

Cunha-Miranda L, Faustino A  
Instituto Português de Reumatologia

**Background:** Osteoarthritis (OA) is the most prevalent rheumatic disease and its impact on patients’ lives is related primarily with pain. In a population setting, it is important to evaluate the factors associated with pain.

**Objectives:** To determine potential factors associated with pain in self-reported OA.

**Methods:** An observational, population-based, cross-sectional study was conducted by Eurotrials Consultants in mainland Portugal, between September and October 2011, by random route. Citizens aged >45 years who agreed to participate completed a survey in home interviews including sociodemographics and presence of OA. Prevalent cases were characterized regarding treatment of OA, co morbidities, impact (VAS 0-10, none to higher impact) and pain of OA (VAS 0-10, no pain to worse pain), patient’s perception of importance of OA given by current physician (VAS 0-10, none to higher importance), disability due to OA (VAS 0-10, none to maximum disability) and health status (SF-12 v2.0®; physical and mental health, 0 no health - 100 better health). Spearman correlation coefficient (r) was calculated.

**Results:** A representative sample of 1039 participants completed the screening survey. About 54% were female, mean age of 62 years (range: 45-99), average of 7 school-years, 18% obese (body mass index >30 kg/m<sup>2</sup>)

and 77% retired (0.8% due to OA). Self-reported OA was present in 9.9% of participants (95% CI, 8.1-11.7%), 92% of those with OA diagnosis confirmed by x-ray (self-reported). In this population, mean level of pain was 4.5 (standard deviation: 3.3). Mental and physical health scores averaged 45.9 and 38.5, respectively. Pain showed to be poorly but significantly associated with height ( $r=-0.221$ ;  $p=0.025$ ) and moderately associated with physical health ( $r=-0.479$ ;  $p<0.001$ ) and mental health ( $r=-0.414$ ;  $p<0.001$ ). Median pain score was higher in participants with neck OA than without (7.9 vs 4.2;  $p=0.008$ ), hands (5.0 vs 3.1;  $p=0.029$ ), lumbar spine (7.3 vs 4.1;  $p=0.020$ ) and shoulders (7.2 vs 4.1;  $p=0.025$ ). Pain was associated with OA impact ( $r=0.524$ ;  $p<0.001$ ), OA severity ( $r=0.557$ ;  $p<0.001$ ) and disability due to OA ( $r=0.587$ ;  $p<0.001$ ).

**Conclusions:** We found that OA pain is related to factors like severity, mental health and disability due to OA as a contributing factor of clinical impairments. Interestingly, we found that some of the less prevalent locations of osteoarthritis are more related with pain in contrast to knee or hip. Therefore pain reduction should be an important aim in the management of OA because of its close relation to severity, impact and disability.

### **P89 – MOVES: MAGNITUDE OF OSTEOARTHRITIS DISADVANTAGE ON PEOPLE’S LIVES: BURDEN OF SELF-REPORTED OSTEOARTHRITIS**

Cunha-Miranda L, Faustino A  
Instituto Português de Reumatologia

**Background:** The social impact of a disease can be related to its mortality but also to the prevalence and disability associated. In osteoarthritis (OA), pain, joint limitation and overall disability are the main components of its social and individual impact.

**Objectives:** To evaluate the impact of self-reported OA and to study its correlation with several clinical and sociodemographics factors.

**Methods:** Observational, population-based, cross-sectional study was conducted in mainland Portugal by Eurotrials Consultants, between September and October 2011, by random route. Citizens aged >45 years who agreed to participate completed a survey in home interviews including socio-demographics and presence of OA. Prevalent cases of OA were characterized re-

garding treatment, co morbidities, impact of OA (VAS 0-10, none to higher impact), pain of OA (VAS 0-10, no pain to worse pain), patient's perception of importance of OA given by current physician (VAS 0-10, none to higher importance), disability due to OA (VAS 0-10, none to maximum disability) and health status (SF-12 v2.0®; physical and mental health, 0 no health - 100 better health). Spearman correlation coefficient (r) was calculated.

**Results:** A representative sample of 1039 participants completed the screening survey. About 54% were female, mean age of 62 years (range: 45-99), average of 7 school-years, 18% obese (body mass index >30 kg/m<sup>2</sup>) and 77% retired (0.8% due to OA). OA was self-reported by 9.9% of participants (95% CI 8.1-11.7%), 92% of those with OA diagnosis confirmed by x-ray (self-reported). In this population, the score for OA impact averaged 6.1. The mean score for mental and physical health was 45.9 and 38.5, respectively. About 30% of OA cases referred previous sick leave or temporarily work stop due to OA (absenteeism varied between 3 days and 3 years). 41.4% of OA participants had to change from job activity, 34.5% had to change the way their occupational tasks were done and 10.3% had to stop working definitely. OA had a higher impact in participants which had already been in sick leave or temporarily had to stop working due to OA (8.1 vs 6.0; p=0.001).

Impact of OA showed to be associated with physical (r=-0.582; p<0.001) and mental health (r=-0.460; p<0.001) and severity of the disease (r=0.506; p<0.001).

**Conclusions:** OA is related in our study to a low psychological but even lower physical outcome in the SF-12. Sick leave was present in almost a third of the cases and work adjustments or change of occupation was even more relevant. One in ten patients had to stop working due to OA. In an ageing population that has to work more years than before, we have to take in to account that disease can influence the work productivity and performance and that OA is a serious issue as an occupational and as an overall economic burden to the society.

#### **P90 – MOVES: MAGNITUDE OF OSTEOARTHRITIS DISADVANTAGE ON PEOPLE'S LIVES: PREVALENCE OF SELFREPORTED OSTEOARTHRITIS**

Cunha-Miranda L, Faustino A  
Instituto Português de Reumatologia

**Background:** Osteoarthritis (OA) is considered to be the most prevalent rheumatic disease. Its prevalence can be determined in studies considering self-reported information that in many studies can be quite accurate compared to studies with evaluation by physicians (70-80%).

**Objectives:** To determine and characterize the prevalence of self-reported OA in the Portuguese population over 45 years old.

**Methods:** Observational, population-based, cross-sectional study conducted in mainland Portugal by Euro-trials Consultants, between September and October 2011, by random route. Citizens aged >45 years who agreed to participate completed a survey in home interviews including sociodemographics and presence of OA. Prevalent cases of OA were characterized regarding treatment, comorbidities, impact and pain of OA (VAS 0-10), patient's perception of importance of OA given by current physician (VAS 0-10), disability due to OA (VAS 0-10) and health status (SF-12 v2.0®; physical and mental health, 0 no health - 100 better health).

**Results:** A representative sample of 1039 participants completed the screening survey. About 54% were female, mean age of 62 years (range: 45-99), average of 7 school-years, 18% obese (body mass index >30 kg/m<sup>2</sup>) and 77% retired (0.8% due to OA). OA was self-reported by 9.9% of participants (95% CI 8.1-11.7%), 92% of those with OA diagnosis confirmed by x-ray (self-reported). On average, participants reported OA in 3 different localizations (range: 1-11): 6.3% knees, 5.5% hands, 3.1% feet, 2.7% lumbar spine, 2.2% ankles/hip, 1.8% shoulders, 1.5% elbows, 1.2% neck and 0.9% thoracic spine. OA was diagnosed at a mean age of 52 years (range: 20-85 years) with a mean disease duration of 13 years (range: 1-56). About 95% of OA cases were being treated. More common therapeutic approaches were NSAIDS (42%), NSAIDS + analgesics (20%) and NSAIDS + analgesics + chondroprotective drugs (17%). More than half of OA participants were being followed by a general practitioner (58%) and less than a fifth by a rheumatologist (17%). Identical estimates were obtained when considering who made the diagnosis (general practitioner 63%, rheumatologist 18%). We found some regional differences with a higher OA prevalence in north than in south of Portugal.

**Conclusions:** We found that almost 10% of the Portuguese population self-reported having OA, mostly involving knees, hands and feet. Participants reported on average 3 locations of OA. Because of its prevalence,

OA is mainly diagnosed and treated by general practitioners. Almost all participants that reported OA are currently being treated.

### P91 – OSTEOARTHRITIS IS ASSOCIATED WITH OLDER AGE, FEMALE GENDER AND RETIREMENT – A CROSS-SECTIONAL STUDY IN 641 EPIREUMAPT PARTICIPANTS

Machado P<sup>1</sup>, Ramiro S<sup>2</sup>, Gouveia N<sup>3</sup>, Canhão H<sup>4</sup>, Branco JC<sup>5</sup>

1. Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra & EpiReumaPt Investigation Team, Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
2. Hospital Garcia de Orta, Almada & EpiReumaPt Investigation Team, Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
3. EpiReumaPt Investigation Team, Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
4. Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa & EpiReumaPt Investigation Team, Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
5. Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa & Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Lisboa & EpiReumaPt Investigation Team, Sociedade Portuguesa de Reumatologia;

**Background:** Osteoarthritis (OA) is the most common musculoskeletal disease and has important social and

economic consequences. Our knowledge about the epidemiology of osteoarthritis of the hip (OAH), knee (OAK) and hand (OAHD) still remains poor in Portugal. Few studies on socio-demographic factors associated with OA have been conducted.

**Objectives:** To identify socio-demographic factors associated with OAH, OAK and OAHD.

**Methods:** Data collected as part of the EpiReumaPt epidemiological study was used (December 2011 cut-off). The first phase of the study consists of a screening survey for several rheumatic diseases, including OA, randomly performed by trained interviewers at subjects' homes (selection by a random-route methodology). Positive screenings and a random 20% negative screenings sample are selected for the second phase of the study. This second phase consists of a clinical observation performed by a Rheumatologist, in order to establish the final diagnosis of observed participants. Subjects with a negative screening for OA in the first phase of the study (n=386) and subjects observed by a rheumatologist (n=255, including those who had a positive screening for OA) were included in this analysis. Subjects with a positive OA screening that were not observed by a rheumatologist (drop-outs) were excluded from the analyses (n=193). Physician diagnoses of OAH, OAK and OAHD were used as dependent variables in univariable logistic regression models to

**TABLE I. LOGISTIC REGRESSION ANALYSES FOR SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH OAH, OAK AND AOHD**

Best-fit OAH model Independent variables	Best-fit OAK model OR (95% CI)	Best-fit OAHD model OR (95% CI)	OR (95% CI)
Age (years)	1.06 (1.02, 1.11)	1.05 (1.01, 1.08)	1.07 (1.05, 1.10)
Gender (female vs male)	*	2.48 (1.26, 4.85)	34.4 (4.6, 256.3)
Coffee intake (yes vs no)	*	*	*
Alcohol intake (yes vs no)	*	†	*
Smoking (pack-years)	*	*	*
Physical activity (yes vs no)	*	*	†
Body mass index (kg/m <sup>2</sup> )	*	*	*
Ethnicity (white vs other)	*	*	*
Education level (years)	†	†	†
Active worker (yes vs no)	*	†	†
Retired (yes vs no)	†	3.09 (1.11, 8.65)	†
Income:			
a) 1001-2500€ (vs. ≤1000€)	*	*	*
b) >2500€ (vs. ≤1000€)	*	*	*

\*Not selected in univariable analysis. †Not selected in multivariable analysis.

identify socio-demographic factors associated with these diagnoses. Significant variables in the univariable analysis were re-tested in multivariable models (backward method).

**Results:** A total of 641 participants were analysed. Of those, 11 (1.7%) had OAH, 56 (8.7%) had OAK and 40 (6.2%) had OAHD. In univariable analysis, all types of OA were associated with older age, lower educational level and retirement; OAK was also associated with the absence of alcohol intake, OAHD with decreased physical activity, and both OAK and OAH with female gender and inactive working status. In multivariable analysis, OAH, OAK and OAHD were all independently associated with older age; OAK and OAHD were also independently associated with female gender and only OAK was independently associated with retirement (table).

**Conclusion:** In this Portuguese population, older age, female gender and retirement were independent factors associated with OAK. OAHD was strongly associated with female gender and to a lower extent with older age. Older age was the only factor associated with OAH.

## P92 – DOENÇA POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS DE PIROFOSFATO DE CÁLCIO, UMA NOVA LOCALIZAÇÃO?

Castro A<sup>1</sup>, Polido-Pereira J<sup>1</sup>, Romeu JC<sup>2</sup>, Saraiva F<sup>2</sup>, Pimentão JB<sup>3</sup>, Pereira da Silva JA<sup>2</sup>

1Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa; Portugal; Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa

3. Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, CHLO; Lisboa ; Portugal

**Introdução:** A doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio está associada a várias síndromes clínicas, principalmente várias formas de inflamação e degeneração articulares.

De acordo com as recentes recomendações EULAR a doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio (CPPD) pode apresentar quatro síndromes clínicas: CPPD assintomática, CPPD com osteoartrose, CPPD com artrite microcristalina aguda e CPPD com artrite

inflamatória crónica. A prevalência da calcificação cartilágnea (habitualmente designada por condrocalcinose) atinge os 10% dos indivíduos na sexta década de vida, podendo atingir 30-60% após os 85 anos.

Os depósitos de cristais de pirofosfato de cálcio podem ocorrer na cartilagem articular, meniscos, membrana sinovial e tecidos periarticulares, sendo as localizações preferenciais os meniscos dos joelhos, ligamento triangular do carpo e fibrocartilagem da sínfise púbica. Outras localizações raramente descritas na literatura incluem a coluna vertebral, a articulação acrómio-clavicular, a articulação temporo-mandibular, para além de formas tofáceas e pseudo-tumorais extra-articulares.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso clínico de uma doente de 74 anos com antecedentes pessoais de artrite dos punhos de etiologia microcristalina (CPPC), com um ano de evolução, medicada para o efeito com prednisona 7,5 mg/dia. Foi internada no Serviço de Reumatologia por massa/colecção com duas semanas de evolução, em relação com fractura da metáfise proximal do úmero direito, comportando-se como pseudoartrose, associada a dor e impotência funcional, sem febre associada. Foi realizada punção ecoguiada da referida massa com drenagem de pús, cujos sucessivos exames bacteriológicos foram negativos. Foram observados cristais de pirofosfato de cálcio ao microscópio de luz polarizada. A biópsia da massa mostrou membrana sinovial com fibrose e identificação de múltiplos cristais de PPC. Foi realizada terapêutica conservadora com AINE e colchicina com resolução do quadro clínico em 36 horas. Actualmente a doente encontra-se assintomática.

**Conclusão:** A CPPD apresenta múltiplas formas de apresentação e uma evolução clínica variável. Trata-se de uma doença que pode mimetizar situações clínicas mais agressivas, particularmente de etiologia infecciosa. A identificação precoce de cristais e sua caracterização melhora o prognóstico e diminui o tempo de permanência hospitalar. No presente caso foi demonstrada a presença de cristais de pirofosfato de cálcio numa pseudo-articulação (pseudoartrose), uma localização não previamente descrita na doença de deposição de cristais de pirofosfato de cálcio.

## P93 - ÁCIDO ÚRICO E ANTIHIPERTENSORES

Henriques AC, Duarte AL, Botto R  
USF Mactamã

**Introdução:** A hiperuricémia, isolada ou enquanto comorbidade, é muito prevalente em Portugal. Alguns doentes hiperuricémicos desenvolvem artrite gotosa por deposição de cristais de monourato de sódio nas articulações, podendo evoluir para cronicidade.

Para além deste potencial lesivo é ainda reconhecido o papel do ácido úrico na doença cardiovascular (CV). Apesar da extensa investigação é ainda debatido se o ácido úrico é factor de risco CV independente ou apenas adjuvante na presença de outros como hipertensão arterial (HTA), dislipidémia e intolerância à glicose. Neste sentido surgem os fármacos anti-hipertensores com um papel importante na regulação da uricémia. Existem assim vários estudos que procuram estabelecer uma relação entre os seus níveis e a utilização de fármacos para tratamento da HTA.

**Objectivo:** Revisão do conhecimento científico sobre o perfil de acção das diferentes classes de anti-hipertensores nos níveis séricos de ácido úrico.

**Métodos:** Pesquisa sistemática nas bases de dados MedLine, UpToDate e BMJ, utilizando as palavras chave Mesh *uric acid, gout, antihypertensive, calcium channel blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors,  $\beta$  blockers, angiotensin receptor antagonists e diuretics*. A pesquisa foi limitada a artigos escritos em português e inglês publicados de 2000 a Fevereiro 2012.

**Resultados:** Os estudos parecem reunir algum consenso relativamente ao papel do losartan enquanto uricosúrico. São referidas reduções de 13-25% no valor sérico de ácido úrico em saudáveis e hipertensos. De realçar que este efeito não é partilhado pelos demais fármacos da classe.

Nos artigos analisados não existiu consenso relativamente aos IECA, havendo artigos que descrevem efeito hipouricémico, hiperuricémico ou até um efeito neutro sobre o ácido úrico.

Os bloqueadores canais cálcio amlodipina e diltiazem demonstraram tendência a reduzir a uricémia. Por outro lado, a nifedipina e o verapamil parecem ter efeito neutro.

As restantes classes de anti-hipertensores encontram-se associadas a aumento do risco de hiperuricémia. Os diuréticos, em especial tiazídicos, aumentam a reabsorção de ácido úrico no túbulo proximal e aumentam este risco, o que se pode verificar mesmo nos primeiros dias de tratamento. Com menor evidência e mecanismo desconhecido verificou-se também nos  $\beta$  bloqueantes aumento da uricémia.

**Discussão:** É clara a associação entre hiperuricémia e HTA.

Da análise efectuada, o fármaco mais estudado e que parece reunir maior consenso enquanto uricosúrico é o losartan; o mesmo não se verifica na restante classe.

Também com este perfil surgem os bloqueadores canais cálcio, ainda que com resultados a necessitar de maior validação.

As restantes classes –IECA, diuréticos,  $\beta$  bloqueantes– apresentam globalmente perfil hiperuricémico, devendo por isso ser preteridas em relação às anteriores no tratamento destes hipertensos.

Apesar do extenso trabalho já realizado, persistem incertezas na repercussão destes fármacos sobre a uricémia, sendo relevante o desenvolvimento de mais estudos.

**Conclusão:** Está demonstrada a importância dos anti-hipertensores na regulação dos níveis de ácido úrico, o que tem necessariamente implicações na prática clínica ao doente hipertenso com hiperuricémia.

Neste sentido, a prescrição da terapêutica anti-hipertensora merece especial atenção por parte dos médicos que seguem estes doentes, de forma a aumentar o potencial benéfico para ambas as patologias.

## **P94 – GOTA TOFÁCEA CRÓNICA – AINDA UM PROBLEMA SÉRIO NO SEC. XXI!**

Abreu P

ULS Castelo Branco, EPE

**Introdução:** A gota é uma doença reconhecida há séculos e é entendida actualmente como a forma de artrite mais frequente em homens, afectando 1 a 2% na Europa. A sua etiopatogenia está bem definida, tem um diagnóstico preciso e tratamento eficaz. Contudo, é frequentemente não diagnosticada ou diagnosticada tardiamente e, mesmo quando correctamente diagnosticada, o seu tratamento é frequentemente insuficiente ou inadequado.

O autor apresenta 3 casos clínicos com gota tofácea crónica orientados à Unidade de Reumatologia da ULS de Castelo Branco, EPE com tofos exuberantes e franca limitação funcional nas AVD:

- Caso 1 – sexo masculino, 55 anos, construtor civil, com diagnóstico de gota há 25 anos. Sem medicação adequada. Ao exame objectivo com vários tofos gotosos, o mais exuberante e limitando-o funcionalmente no 1º dedo da mão esq. Analiticamente, ác. Úrico=12mg/dl. Encaminhado para Ortopedia para remoção de tofo gotoso.

- Caso 2 – sexo masculino, 52 anos, construtor civil, com início de crises de podagra desde os 26 anos. Sem qualquer controlo alimentar. Tofos gotosos vários, com o mais exuberante no joelho direito e causador de alguma limitação funcional em algumas AVD. Encaminhado para Ortopedia para remoção de tofo gotoso.
- Caso 3 – sexo masculino, 56 anos, reformado, recorre ao Serviço de Urgência por poliartralgias generalizadas e tumefacção articular de punhos e peq. artic. das mãos. Vários tofos gotosos e franca limitação funcional nas suas AVD. Dado o quadro de poliartrite em contexto de artropatia gotosa e ser alérgico ao alopurinol é avaliado em Reumatologia e decidido o seu internamento. Após alta com melhoria clínica e já no domicílio, 1 tofo gotoso de dedo da mão direita drena espontaneamente. Feita cultura de ferida com identificação de *Staphylococcus aureus*. Foi iniciada antibioterapia.

**Conclusão:** Os casos apresentados destacam-se pela situação clínica e exuberância das imagens, dramáticas neste século. Pretende-se, assim, alertar para a elevada capacidade de destruição osteo-articular, deformação, dano físico e psicossocial desta doença, que continua a ser frequentemente negligenciada e subvalorizada.

#### **P95 – EFFECTIVENESS OF RASBURICASE FOR THE MANAGEMENT OF HYPERURICEMIA IN A PATIENT WITH CHRONIC TOPHACEOUS GOUT AND ALLOPURINOL ALLERGY**

Santiago MG, Santiago T, Ferreira JF, Duarte C, Salvador MJ, Malcata A, Da Silva JAP  
Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

Gout is a clinical entity caused by joint deposition of monosodium urate monohydrate crystals, leading to acute inflammatory response with acute pain. In severe longstanding gout, crystal accumulation occurs in soft tissues, leading to the formation of tophi. Tophi cause deformation, disability and can be responsible for compressive symptoms, whose nature and severity depends on the affected structure.

Despite perfect therapy compliance, conventional urate-lowering treatment with alopurinol can fail to control hyperuricemia. Besides, alopurinol can be responsible for unacceptable side effects, such as serious hypersensitivity reactions.

The authors describe a case of severe and destructive tophaceous gout in a 79-year-old male patient, who had been suffering gouty arthritis attacks for 10 years. He developed multiple tophi over his hand fingers, forearms, elbows and feet. Allopurinol therapy was contraindicated due to allergy, and hyperuricemia was present throughout follow-up.

Tophi developed within the first 3 years of gout. The patient had started on oral allopurinol desensitization 4 years before, which consisted of gradual dosage-escalation of allopurinol. The patient progressed through the protocol but could not tolerate doses higher than 100mg per day. Over the previous 4 years, the patient remained under 50 to 100 mf of allopurinol per day, associated with persistent hyperuricemia and continuous tophi growth. During the last year patient developed paresthesia of both upper limbs, caused by tophaceous nerve compression. We was admitted to receive monthly rasburicase 0,2 mg/Kg intravenously. Rasburicase was well tolerated and serum acid uric (SUA) level decreased from baseline levels of approximately 10 mg/dl to <1,5 mg/dl in the day after the first infusion. Medication was repeated monthly. SUA level showed a wide range from 10mg/dl, prior each infusion, to below detection limit, after the first infusion of rasburicase. A «tolerance-like effect» was observed with the continuing of treatment. During 8 months of follow-up the patient did not experienced gouty attacks, SUA level was stable around 8 mg/dl, hands paresthesias disappeared and the tophi were slightly smaller.

Rasburicase was effective and safe therapy for control of hyperuricemia and prevention of new attacks.

#### **P96 – SARCOIDOSE, PSORÍASE E GOTA: SÍNDROME OU COINCIDÊNCIA?**

Santiago T, Santiago MG, Coutinho M, Malcata A, da Silva JAP  
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC)

**Introdução:** A ocorrência simultânea de sarcoidose, psoríase e gota - três patologias aparentemente não relacionadas, mas relativamente comuns - no mesmo doente, pode parecer coincidência. Contudo, esta tríade levou-nos a investigar uma possível relação entre as referidas entidades.

**Caso Clínico:** Doente do sexo masculino, de 39 anos de idade, com sarcoidose pulmonar (estadio II) desde os 33 anos e psoríase crónica em placas (medicada ape-

nas com terapêutica tópica) desde os 37 anos. Apresentava, concomitantemente, desde os 30 anos de idade, artrite gotosa com episódios recorrentes de artrite dos cotovelos, joelhos e tibiotársicas, de resolução espontânea em dias ou necessitando de AINEs.

Foi internado no Serviço de Reumatologia por agravamento da poliartrite. Ao exame objectivo apresentava tofos gotosos volumosos bilaterais nos cotovelos associados a sinais inflamatórios, assim como no dorso das mãos e tendão de Aquiles. Tinha, igualmente, placas eritemato-descamativas, bem delimitadas, localizadas nos cotovelos e faces extensoras das pernas. Nas unhas das mãos observava-se um *pitting* associado a onicólise.

A artrocentese do joelho esquerdo revelou a presença de cristais de ácido úrico. Analiticamente salientava-se uma elevação dos parâmetros inflamatórios, ácido úrico 14.7 mg/dL (N<7.1), ureia 49 mg/dL (N<20.0) e creatinina 1.4 mg/dL (N<1.3). A ecografia abdominopélvica mostrou litíase renal à esquerda, sem dilatação dos canais excretores. O doente iniciou terapêutica com colchicina, naproxeno, omeprazol e alopurinol, com melhoria clínica e analítica.

**Conclusão:** O número de casos publicados na literatura que retratam a combinação de sarcoidose, psoríase e gota é escasso, e mais dados serão necessários para clarificar esta tripla associação. A coexistência destas patologias num mesmo doente sugere mecanismos patogénicos comuns. A dúvida, quanto a se tratar de uma ocorrência fortuita ou consequência de uma relação efectiva entre essas doenças, permanece, contudo, por resolver.

### **P97 – EFEITO DA HIDROCINESIOTERAPIA SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DO SONO EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA**

Silva K<sup>1</sup>, Porto EF<sup>2</sup>

1. UNASP;
2. UNIFESP

A Síndrome da fibromialgia acomete 8% da população maior de 40 anos, cerca de 75% dos pacientes com fibromialgia queixam-se de má qualidade do sono.

**Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da hidrocinestoterapia sobre a capacidade funcional e qualidade de sono em pacientes com fibromialgia.

**Materiais e Métodos:** Os pacientes foram atendidos na Policlínica da UNASP. Foram avaliadas 60 pacientes portadores de síndrome da fibromialgia com faixa etária entre 30 e 75 anos, todos os pacientes eram do sexo feminino. Dos 60 pacientes avaliados, 20 não preencheram os critérios de inclusão, e 10 desistiram devido ao horário do programa. Todos os pacientes responderam aos questionários: Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), Escala de Epworth. As sessões foram realizadas duas vezes por semana com duração de 45 minutos cada, no período de dois meses.

**Resultados:** A média da idade dos pacientes foi de 45 anos. Foi verificado que após participarem do programa de hidrocinestoterapia os pacientes, avaliados por meio do FIQ, apresentaram melhora nos aspectos de capacidade funcional, absenteísmo ao trabalho, capacidade de serviço, intensidade da dor, fadiga, cansaço matinal, rigidez  $p<0,0001$ , ansiedade  $p=0,0013$ , depressão  $p<0,0001$ . Houve também melhora da qualidade do sono  $p<0,0001$ , e grau de sonolência diurna  $p=0,0003$ .

**Conclusão:** A hidrocinestoterapia está bem indicada para o paciente com fibromialgia sendo importante para melhora da capacidade funcional e qualidade do sono.

### **P98 – ACUPUNTURA SHAM VS VERUM NA FIBROMIALGIA: RESPOSTA IMEDIATA DA VAS**

Stival RSM, Schafranski M, Cavalheiro PR, Stasiak CE, Galdino DT, Hoekstra, BE  
Universidade Estadual de Ponta Grossa

**Introdução:** A fibromialgia refere-se a uma condição dolorosa generalizada e crônica não inflamatória, de etiologia desconhecida, que se manifesta no sistema músculo-esquelético, podendo apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas. Há um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, devido a intensidade da dor, fadiga e decréscimo da capacidade funcional. A acupuntura visa restabelecer a circulação da energia (Qi) nos Canais de Energia dos Órgãos e Visceras, com isso levando o corpo a uma harmonia de energia e de matéria. Tem sido utilizada para tratar diversas condições dolorosas. Seus efeitos neurobiológicos, que também interferem sobre os neurotransmissores relacionados com a dor e a depressão, qualificam o método como adequado para o tratamento da dor

crônica. A base teórico-filosófica do tratamento através da acupuntura *verum* (fundamentada nos princípios da Medicina Tradicional Chinesa) consiste no reequilíbrio energético dos meridianos, que são canais que conduzem a energia vital (Qi) pelo nosso organismo. A acupuntura tem sido utilizada para tratar diversas condições dolorosas, em virtude dos seus efeitos neurobiológicos. A acupuntura *sham* (acupuntura simulada) consiste no agulhamento superficial de um ponto selecionado da acupuntura *verum*. Muitos dos pacientes portadores de fibromialgia não se beneficiam dos tratamentos propostos até o momento. E estímulos realizados através de agulhas podem causar um alívio da dor, da fadiga e da ansiedade. Desse modo, nosso estudo avaliou a eficácia da acupuntura *verum* no tratamento da fibromialgia.

**Objetivos:** Comparar os resultados obtidos com a acupuntura *verum* e com a acupuntura *sham* em pacientes portadores de fibromialgia, por meio de um estudo randomizado controlado duplo-cego.

**Delineamento e Métodos:** Foram avaliados 36 casos de fibromialgia, selecionados no ambulatório de Reumatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa (PR-BRASIL), de acordo com os critérios do American College of Rheumatology (1990). Em 21 pacientes foi realizada acupuntura *verum* e em 15 pacientes foi feita acupuntura *sham*. Os pacientes foram submetidos a uma sessão de acupuntura semanal, totalizando quatro sessões. Os pontos de acupuntura utilizados foram intestino grosso 4, estômago 36, fígado 2, baço 6, pericárdio 6 e coração 7, bilateralmente. Para avaliação da dor foi utilizada a escala visual analógica de dor (VAS), os pacientes respondiam à escala imediatamente antes e após a sessão de acupuntura. Os resultados foram avaliados por meio do teste t student, foram considerados significativos valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** O nível de dor relatado pelos pacientes diminuiu em todas as semanas após as sessões de acupuntura, nos dois grupos. Nos pacientes tratados com acupuntura *verum* a melhora foi maior e mais significativa,  $p < 0,002$ .

**Discussão:** Não há uma concordância entre especialistas sobre o uso da acupuntura para o tratamento da fibromialgia. Sabe-se que a acupuntura tem efeitos benéficos no tratamento da dor crônica e de sintomas gerais como fadiga, ansiedade, insônia. Por isso, faz-se necessário estudos dessa modalidade para esclarecer qual o papel da acupuntura no alívio dos sintomas.

**Conclusão:** O nível de dor referida pelos pacientes diminuiu com a evolução do tratamento nos dois gru-

pos, mas para os pacientes tratados com a acupuntura *verum* a melhora foi maior e mais significativa,  $p < 0,002$ .

### P99 – SEGURANÇA E EFECTIVIDADE DAS TÉCNICAS INVASIVAS EM REUMATOLOGIA: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

Silva I<sup>1</sup>, Araújo F<sup>2</sup>, Sipriano A<sup>1</sup>, Falcão S<sup>3</sup>, Mateus M<sup>1</sup>, Pimentão JB<sup>1</sup>, Branco JC<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz;
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
3. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz; CEDOC- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa;
4. CEDOC- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz, EPE

**Introdução:** As técnicas invasivas em Reumatologia têm conquistado um papel de relevo no tratamento do doente reumático. No Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) são realizadas infiltrações periarticulares e intra-articulares (corticosteróides de curta duração), sinoviotomias articulares (corticosteróides de longa duração), viscosuplementações, artroclises, aponevrotomias transcutâneas por agulha, biópsias das glândulas salivares minor do lábio inferior e da gordura abdominal subcutânea e biópsias fechadas do músculo e membranas sinoviais com sistema de trocares. Este trabalho pretende avaliar a segurança e efectividade das técnicas reumatológicas invasivas realizadas neste Serviço, a partir da casuística de 12 meses.

**Métodos:** Estudo retrospectivo e longitudinal referente ao período de Outubro de 2010 a Outubro de 2011. Dados obtidos a partir dos livros de registo de técnicas e processos clínicos. Avaliação da evolução clínica de cada doente até 3 meses após a realização da respectiva técnica. Avaliaram-se as comorbilidades modificáveis como diabetes mellitus insulino dependente (DMID) e não insulino dependente (DMNID), hipertensão arterial (HTA), dislipidemia e obesidade, as terapêuticas anti-inflamatória e analgésica de base. Pesquisaram-se as in-

tercorrências metabólicas (alterações da glicémia em jejum/pós-prandial, da tensão arterial sistólica, do perfil lipídico e modificação das respectivas terapêuticas), as intercorrências directas do procedimento (despigmentação, atrofia cutânea, roturas tendinosas, osteonecrose, infecção, desconforto da punção/incisão, dor localizada por 24h, sintomas vagais e *flushing* facial) e resultados finais (melhoria ligeira, moderada ou significativa da dor, persistência de rigidez articular e satisfação global). Os dados não registados no processo foram colhidos por contacto telefónico.

**Resultados:** Registaram-se 947 técnicas invasivas (467 periarticulares, 456 intra-articulares e 24 pequenas cirurgias) numa população de 81% do sexo feminino e 87,5% de raça caucasiana, com uma média de idade de 59 anos. Patologias reumatológicas de base mais prevalentes: osteoartrose (40,1%), artrite reumatóide (18,5%), fibromialgia (8,6%), espondilartrites (8,1%) e em reduzido número artrite idiopática juvenil, artrite e miopatia de etiologia a esclarecer, síndrome de Sjögren e amiloidose. Identificou-se 7,8% de doentes com DMID, 17,6% com DMNID, 31,7% com HTA e 21,5% com dislipidemia. Em 3,4% dos doentes diabéticos verificou-se alteração da glicemia em jejum, condicionando a mudança de terapêutica anti-diabética em 0,4% dos casos. Em 1,3% e 0,4% dos casos verificou-se, respectivamente, discreta elevação da pressão arterial sistólica e do perfil lipídico sem alterações das respectivas terapêuticas. A intercorrência directa mais frequente do procedimento foi o desconforto local da punção/incisão (91,3%) seguida de dor localizada durante as 24 horas seguintes (63%). Em 3,2% dos casos verificaram-se sintomas vagais e em 1,3% *flushing* facial. Cerca de 67,1% dos doentes referiram melhoria significativa, 83,3% recuperaram a mobilidade e 93,8% mostraram satisfação global com o procedimento. Todas as biópsias de produtos orgânicos resultaram em material suficiente para o exame anatomopatológico.

**Conclusões:** Embora se trate de um estudo retrospectivo sujeito a enviesamento, as técnicas reumatológicas invasivas quando aplicadas adequadamente mostraram-se seguras e efectivas.

#### **P100 – BURSITE DO PSOAS-ILÍACO ASSOCIADA A ARTROPATIA EROSIVA DA ANCA EM INSUFICIENTE RENAL CRÓNICO**

Fernandes S, Saraiva F, Romeu JC, Pereira da Silva JA

Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa; Portugal

**Introdução:** A bursa do psoas-ilíaco situa-se entre o músculo psoas-ilíaco e a face anterior da articulação coxo-femural, comunicando com o espaço articular em cerca de 15% dos indivíduos saudáveis. A sua inflamação está frequentemente associada a patologia da articulação coxo-femural, mais frequentemente na artrite reumatóide e osteoartrose, microtraumatismos de repetição e episódios de traumatismo agudo. A infecção da bursa é rara. Por outro lado, as alterações do metabolismo fosfocálcico na doença renal crónica e a amiloidose associada à diálise podem ser causa de artropatia da anca.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de um doente, 51 anos, sexo masculino, com Insuficiência Renal Crónica, status pós-transplante renal sob imunossupressão, Osteodistrofia Renal submetido previamente a paratiroidectomia total e coxoartrose bilateral, em que se detecta, em Tomografia Computorizada efectuada por dor na face anterior da anca esquerda, volumosa bursite do psoas-ilíaco esquerdo em comunicação com o espaço articular e associada a grave coxoartrose erosiva bilateral. A revisão de exames imagiológicos prévios permitiu verificar a sua detecção, embora não identificada como bursite do psoas-ilíaco, em exame ecográfico abdomino-pélvico efectuada 6 meses antes. Procedeu-se à sua total aspiração sob controlo ecográfico, drenando-se 50 cc de líquido amarelo citrino, com boa viscosidade, sem características inflamatórias, baixa celularidade, sem identificação de cristais à luz polarizada e estéril, verificando-se significativa melhoria das queixas algicas.

**Conclusão:** A bursite do psoas-ilíaco deve ser considerada como causa de dor na anca na artropatia erosiva associada à insuficiência renal crónica. Como no nosso caso, a sua correcta identificação e a sua aspiração, com recurso às técnicas imagiológicas disponíveis, podem permitir uma adequada e eficaz abordagem terapêutica.

#### **P101 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE RECIDIVA DE DOR NO OMBRO APÓS INFILTRAÇÃO PERIARTICULAR: CORRELAÇÃO CLÍNICA E ECOGRÁFICA**

Teixeira F<sup>1</sup>, Peixoto D<sup>1</sup>, Bogas M<sup>1</sup>, Lucas R<sup>2</sup>, Afonso C<sup>1</sup>, Araújo D<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Ponte de Lima, ULSAM;
2. Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A dor no ombro secundária a patologia periarticular tem uma elevada prevalência, sendo uma das causas mais comuns de dor músculo-esquelética. Embora as infiltrações periarticulares com corticosteróides sejam uma das terapêuticas mais utilizadas no tratamento desta entidade, não há evidência científica que suporte o seu uso.

**Objetivos:** Em doentes com dor no ombro secundária a patologia periarticular, submetidos a tratamento local:

1. Avaliar o risco de recidiva da dor no ombro após tratamento local aos 12 e 18 meses.
2. Correlacionar o risco de recidiva com aspectos clínicos e ecográficos

**Material e Métodos:** Foram avaliados 92 doentes com dor no ombro submetidos a infiltração intra-bursa subacromiodeltoideia. Em todos os doentes foi realizada uma avaliação clínica e ecográfica antes do tratamento local. Considerou-se resposta clínica a ausência completa de dor no ombro e recidiva o reaparecimento da dor no ombro, na qual tinha havido uma resposta clínica prévia.

Os doentes foram avaliados clinicamente após 1 mês do tratamento local. Os que tiveram recidiva da dor ao 1º mês foram excluídos.

Posteriormente foi registado o tempo (em meses) decorrido entre o tratamento local e a recidiva. No total foram incluídos 85 doentes, com idade média de 61,3 anos (33-78).

**Resultados:** O tempo médio de duração da dor no ombro antes do tratamento foi de 17,5 meses (3-36). O ombro direito foi o mais frequentemente envolvido (74%), a dor nocturna foi registada em 68% dos doentes. O risco de recidiva foi de 15,3% aos 12 meses e 25,9% aos 18 meses. A taxa de incidência de recidiva por ano foi de 1,9 recidivas/10 pessoas-ano.

As alterações ecográficas mais frequentemente encontradas foram tendinopatia da coifa dos rotadores (n = 55; 65%) com distensão de bolsa subacromiodeltoideia (n=31; 36%), calcificações peri/intra-tendinosas (n=16; 19%), alterações degenerativas da articulação acrómio-clavicular (n=14; 16%), ruptura incompleta da coifa dos rotadores (n=12; 14%) e distensão da bainha de longa porção do bicípito (n= 18; 21%)

O risco de recidiva esteve associado a um maior tempo de evolução da dor no ombro antes do tratamento, principalmente naqueles doentes com dor no ombro superior a 6 meses (p< 0,05) e com presença de calcificações peri/intra-tendinosas na ecografia (p<0,05).

A presença de dor nocturna esteve associada a uma melhor resposta ao tratamento (p=0,06).

Pareceu haver uma tendência para um menor risco de recidiva ao tratamento nos doentes que apresentavam distensão da bolsa subacromiodeltoideia (p=0,07), mas não estatisticamente significativa.

Não foi registado nenhum efeito adverso, durante o período de *follow-up*.

**Conclusões:** O tratamento foi mais eficaz nos doentes com dor nocturna e distensão da bolsa subacromiodeltoideia. A taxa de recidiva de dor no ombro foi de 25,9% aos 18 meses. O risco de recidiva foi maior no grupo de doentes com uma duração da doença superior a 6 meses e com presença de calcificações peri/intra-tendinosas na ecografia.

## P102 – TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE DUPUYTREN. EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO JOÃO

Pimenta S, Madureira P, Terroso G, Abelha J, Vieira R, Fidalgo I, Costa L

Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar São João

**Introdução:** A Doença de Dupuytren (DD), descrita em 1831 pelo Barão Guillaume Dupuytren é uma fibrose retráctil da aponevrose palmar superficial que conduz à flexão progressiva e irredutível de um ou mais dedos. Esta afecção frequente e incapacitante atinge cerca de 2 a 5 % da população geral, é mais frequente no sexo masculino com idade acima dos 60 anos e envolve predominantemente o 4º e 5º dedos. Pode existir uma associação com a doença de Ledderhose e de La Peyronie (diátese da Doença de Dupuytren). A sua etiopatogenia ainda indeterminada, parece ser multifactorial. A cirurgia foi durante muitos anos o único tratamento para a DD. No início dos anos 70 surge em Paris, com o Dr Jean-Luc Lermusiaux, reumatologista, um tratamento alternativo à cirurgia: a aponevrotomia percutânea por agulha.

**Objetivos:** Apresentação e modo de execução da técnica, suas indicações, complicações e resultados, assim

como a apresentação da casuística do serviço.

**Método:** Esta técnica consiste numa ou várias secções da corda aponevrótica com o bisel da agulha usada na anestesia local, obtendo a ruptura da mesma por extensão enérgica do dedo. A utilização da mão é imediata após o procedimento.

O método é feito em regime de ambulatório, com anestesia local (lidocaína a 2%), utilizando agulhas de 16- 5/10<sup>a</sup>, é pouco oneroso e com possibilidade de retratar as recidivas. Os doentes com teste da mesa positivo (impossibilidade de hiperextensão dos dedos acima do plano da mesa) têm indicação para tratamento. Existe uma baixa incidência de complicações, sendo as mais frequentes: fissuras cutâneas, disestesias transitórias e dores locais pós-aponevrotomia, e as mais raras: rupturas tendinosas e secção do nervo colateral. Têm-se verificado bons resultados imediatos para os estadios I, II e III de Tubiana. As recidivas aos 5 anos são aproximadamente de 50%.

Os autores apresentam os resultados de 68 doentes com Doença de Dupuytren tratados em consulta externa de Reumatologia, entre meados de 2009 e finais de 2011. Destes doentes, 51 (75%) foram submetidos a aponevrotomia, tratando na totalidade 64 dedos. 86% dos doentes encontravam-se nos estadios I ou II de Tubiana, houve 84% de bons resultados imediatos (ganho  $\geq$  70 % de extensão), com 0,2 % de complicações.

**Conclusão:** Os autores realçam o interesse do conhecimento e divulgação desta técnica, válida, exequível e reproduzível em regime de ambulatório, por profissionais experientes, dando oportunidade aos doentes de serem tratados com resultados imediatos e com o mínimo de complicações, contornando deste modo as dificuldades, por vezes penosas, de uma cirurgia.

### P103 – EXPLORAÇÃO ECOGRÁFICA DO NERVO MEDIANO NO DIAGNÓSTICO DO SÍNDROME DO TÚNEL CÁRPICO: EXPERIÊNCIA CLÍNICA

Bogas M, Teixeira F, Peixoto D, Araújo D  
Serviço de Reumatologia, ULSAM, Ponte de Lima

**Introdução:** O síndrome do túnel cárpico (STC) é um diagnóstico frequente na consulta de reumatologia. A modernização dos aparelhos de ecografia permitiu descrever com mais acuidade o nervo mediano pelo

que esta técnica tem sido descrita como um possível meio complementar de baixo custo para o diagnóstico de STC.

**Material e métodos:** Estudo prospectivo, *single-blinded*; exploração efectuada com ecógrafo de alta-resolução com sonda linear multifrequência da área de secção do nervo mediano imediatamente antes da entrada (proximal) no túnel cárpico em 2 grupos de doentes: A) grupo com suspeição clínica de STC; B) grupo assintomático para STC, com queixas de outra origem. A área de secção do nervo mediano considerada patológica foi a superior a 10 mm<sup>2</sup>.

**Resultados:** Foram explorados 20 doentes em cada um dos grupos num total de 80 punhos. Dos 20 doentes do grupo A, 12 apresentavam sintomas de forma bilateral. As principais alterações ecográficas encontradas foram aumento da área de secção do nervo mediano (>10 mm<sup>2</sup>), perda do padrão fascicular, perda da ecogenicidade habitual e perda da forma oval típica do nervo. Os valores medianos da área de secção do nervo nos doentes do grupo A foram superiores aos do grupo B mas não de forma estatisticamente significativa ( $p>0.05$ ). Quando avaliado o subgrupo de doentes com maior duração da doença, esta diferença tornou-se estatisticamente significativa ( $p<0.05$ ). No grupo A, 1 doente apresentava tenossinovite dos flexores dos dedos, 1 apresentava o nervo mediano bifido com artéria central e 1 outro tinha um quisto gangliónico que comprimia extrinsecamente o nervo.

**Discussão e Conclusão:** A avaliação ecográfica do nervo mediano pode auxiliar no diagnóstico mas não parece poder substituir o exame de condução do nervo, considerado goldstandard. A ecografia poderá ser, no entanto, bastante útil para excluir patologia associada que condicione compressão extrínseca e avaliar alguns doentes com formas mais severas da doença.

### P104 – CASES REPORT. ELECTROACUPUNCTURA NO TRATAMENTO DA DOR NEUROPÁTICA PÓS-HERPÉTICA

Teixeira A  
Instituto Português de Reumatologia

A Acupunctura, nasceu na China, há pelo menos 5000 anos, foi trazida de Java para o mundo ocidental há 300 anos por médicos de Dutch East Trading Company. A medicina contemporânea tem-lhe dedicado pouca importância e assim, deixado por mãos alheias este meio

terapêutico, relativamente simples, com múltiplas aplicações, que se baseia essencialmente na estimulação neuro-muscular. A electroacupunctura utiliza a electroestimulação, que a torna mais eficaz.

A recente pós-graduação em Acupunctura Médica Contemporânea da Faculdade de Medicina de Lisboa veio permitir, à luz dos actuais conhecimentos anatómicos e fisiológicos, a interpretação e aplicação desta técnica. Em Reumatologia, tem especial interesse no tratamento da dor miofascial, periarticular e neuropática.

Apresentam-se 3 casos clínicos de doentes com dor neuropática crónica, secundária a infecção por Herpes Zoster, muito incapacitante e resistente à medicação clássica, que recorreram à consulta de Reumatologia.

Caso Clínico 1: Mulher de 78 anos, doméstica, sedentária - Nevralgia intercostal de D6, D7 e D8 direita com 2 anos de evolução, pós-herpética, intensa, resistente a AINE, analgésicos e gabapentina. Fez 1 tratamento de electroacupunctura semanal durante 4 semanas. Verificou-se melhoria, logo após o 1º tratamento, e suspensão da terapêutica analgésica em curso. EVA 85 inicial. EVA 30 na 1ª semana e EVA 0 na 2ª e 3ª semanas, sem efeitos adversos e sem reaparecimento das queixas aos 3 meses. Esquema de tratamento: T6, T7, T8 - BL 16,17,18 direito/esquerdo, BL 44,45, Huat-Tuo, SP 21 direitos (nervos: intercostais, torácicos-r. dorsais; músculos multifídeos, Iliocostais).

Caso Clínico 2- Homem de 66 anos, reformado, desporto regular. Dor glútea esquerda pós-herpética há 4 meses, profunda, tipo pontada, incapacitante, sem posição de alívio, resistente a paracetamol, tramadol, AINE. Dor mais intensa a nível do piriforme, sem Lasegue, sem alterações da coxo-femoral, sacro-iliacas ou da força muscular. Fez 4 tratamentos de electroacupunctura, 1 por semana. EVA inicial 90, EVA na 1ª semana 25, EVA 0 na 2ª semana, com dor ligeira à pressão local, EVA 0 na 3ª e 4ª semanas, sem efeitos adversos e sem reaparecimento de queixas aos 3 meses. Esquema de tratamentos: desactivação de pontos gatilho dos músculos médio e pequeno glúteos (nervo glúteo superior- ramos posteriores L4-L5-S1), Piriforme: GB 30 (plexo sagrado-ramo primário ventral -L5-S1-2-3); BL 24,25 (nível L4 e L5) BL 27,28 L29,30,31,32, 33,34 (níveis S1 a S4).

Caso Clínico 3: Homem de 68 anos, professor, sedentário. Dor da transição dorso-lombar com irradiação aos quadrantes inferiores do abdómen à esquerda, com 2 anos de evolução por nevralgia pós-herpética, resistente a analgésicos, AINE, pregabalina. Dor intensa, permanente, tipo queimadura. EVA inicial 83. Dor

toraco-lombar T12-L1 e L1-L2 irradiada à fossa ilíaca esquerda e hipogastro. Fez 6 tratamentos, com periodicidade semanal. Referiu alívio progressivo de dor, com EVA dor 32 à 3ª semana e EVA 10 à 4ª semana e EVA 0 às 4ª e 5ª semanas, sem efeitos adversos e sem reaparecimento de dores aos 3 meses. Esquema de tratamento: BL 21,22,23,24 direito/esquerdo, Hua-Tuo esquerdos - níveis T1-L1-L2, nervo iliohipogástrico; GB 25 e 26 esquerdo - musculo obliquo interno.

**Conclusão:** Electroacupunctura no tratamento dor neuropática pós-herpética parece ser eficaz em casos resistentes à terapêutica convencional com uma rapidez de ação muito importante.

### P105 – CONSUMO DE RECURSOS EM SAÚDE ASSOCIADO AS DOENÇAS REUMÁTICAS NA REGIÃO DE LISBOA

Laires PA<sup>1</sup>, Canhão H<sup>2</sup>, Gouveia N<sup>1</sup>, Branco JC<sup>3</sup>

1. Equipa de Investigação EpiReumaPt;
2. Equipa de Investigação EpiReumaPt; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa;
3. Equipa de Investigação EpiReumaPt; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz, Lisboa

As doenças reumáticas (DR) representam uma causa principal de despesa em saúde. O EpiReumaPt (ERPt) recolheu informação relacionada com o consumo de recursos em saúde. Neste momento estão disponíveis os resultados dos primeiros 3 meses de avaliação no terreno, na área de Lisboa. O objectivo principal deste trabalho foi comparar as frequências de utilização dos recursos em saúde mais relevantes, incluindo hospitalizações, consultas e medicação, entre a população inquirida no ERPt com e sem auto-reporte de DR. A população em análise consistiu nos participantes, com idade igual ou superior a 25 anos, entrevistados no ERPt entre Setembro e Dezembro de 2011 na região de Lisboa. Nesta população, comparou-se o grupo de inquiridos que auto-reportou um diagnóstico prévio de DR (Grupo DR) com um grupo de inquiridos sem auto-reporte de DR (Grupo não-DR). Foram analisados os resultados de 769 participantes (64,6% mulheres; idade média de 52,4 anos). O Grupo DR apresentou

uma proporção de género feminino e idade média superiores ao Grupo não-DR: 84,4% vs. 58,1% ( $p<0,001$ ); 63,8 vs. 48,6 anos ( $p<0,001$ ), respectivamente. No Grupo DR verificou-se uma frequência relativa de hospitalizações, ocorridas nos 12 meses anteriores à data da entrevista, superior ao Grupo não-DR (15,1% vs. 9,5%;  $p=0,03$ ). No entanto, de acordo com os inquiridos, 93% dessas hospitalizações não terão sido devidas directamente à DR. Adicionalmente, o risco superior de hospitalização no grupo DR (OR=1,69; IC:1,04-2,74;  $p=0,03$ ), quando ajustado a outros factores de confundimento, como a idade e a presença de outras comorbilidades (média de comorbilidades major auto-reportadas, Grupo DR: 4,2 IC:3,9-4,5 vs. Grupo não-DR=1,4 IC:1,3-1,5;  $p<0,001$ ), revela-se inexistente (OR=1,16; IC:0,6-2,1;  $p=0,48$ ). Nos 12 meses anteriores às entrevistas, o Grupo DR apresentou um maior número de utilizadores (definidos como tendo registado pelo menos uma consulta/intervenção) de consultas de Medicina Geral e Familiar (77,1% vs. 63,1%;  $p<0,001$ ) e um maior número médio dessas consultas por cada utilizador (3,8 vs. 2,5;  $p<0,001$ ). O mesmo se verificou para as consultas hospitalares (utilizadores: 79,1% vs. 64,6%;  $p<0,001$ ; média consultas/utilizador: 6,6 vs. 3,7;  $p<0,001$ ) e para as consultas de reumatologia em particular (utilizadores: 8,3% vs. 1,8%;  $p<0,001$ ; média consultas/utilizador: 3,1 vs. 2,1;  $p=NS$ ). Durante o mesmo período de tempo verificou-se no Grupo DR maior utilização de medicação regular (utilizadores: 85,9% vs. 47,1%;  $p<0,001$ ; média medicamentos/utilizador: 5 vs. 2,8;  $p<0,001$ ); mais sessões de fisioterapia (utilizadores: 18,2% vs. 6,2%;  $p<0,001$ ; média sessões/utilizador: 23,8 vs. 26,7;  $p=NS$ ) e maior necessidade de assistência ao domicílio (utilizadores: 4,7% vs. 1,7%;  $p=0,02$ ). Até à data e na região analisada, a população de inquiridos no ERPt que auto-reportaram DR apresenta um maior consumo geral de recursos em saúde. No entanto, a idade média superior e a maior prevalência de factores de risco associados a essa população, como por exemplo outras comorbilidades, explicarão em parte esse consumo em excesso comparativamente à população sem DR. Isto é particularmente evidente no risco de hospitalização em que a maior prevalência de comorbilidades no Grupo DR é um determinante desse excesso de risco. Com os dados futuros do ERPt, os autores pretendem explorar os factores que influenciam o consumo de recursos em saúde nas DR e estimar o seu impacto económico no SNS e na Sociedade em geral.

## P106 – EPIREUMAPT VERSUS INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE: PRIMEIRA COMPARAÇÃO DAS PREVALÊNCIAS DE DOENÇAS CRÓNICAS AUTO-REPORTADAS NA REGIÃO DE LISBOA

Laires PA<sup>1</sup>, Canhão H<sup>2</sup>, Gouveia N<sup>3</sup>, Branco JC<sup>4</sup>

1. Equipa de Investigação EpiReumaPt;
2. Equipa de Investigação EpiReumaPt; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa;
3. Equipa de Investigação EpiReumaPt;
4. Equipa de Investigação EpiReumaPt; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz, Lisboa

O EpiReumaPt (ERPt) é um estudo epidemiológico, observacional, transversal sobre as principais doenças reumáticas (DR). Serão inquiridos, segundo um método aleatório, cerca de 10.000 residentes no território nacional, constituindo uma amostra representativa da população portuguesa. Neste momento estão disponíveis os primeiros resultados do ERPt da área de Lisboa. O 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2005-2006) foi por seu lado um inquérito geral de saúde com recolha de dados por entrevista directa a uma amostra aleatória, também representativa da população residente em Portugal. Nos dois estudos os inquiridos responderam a um questionário que incluiu o auto-reporte de DR e de outras doenças crónicas. O objectivo principal do presente trabalho foi comparar as prevalências obtidas no ERPt e no INS de auto-reporte de DR, hipertensão (HTA), diabetes *mellitus* (DM) e cancro, na região de Lisboa. A população do ERPt consistiu nos inquiridos entre Setembro e Dezembro de 2011 na área de Lisboa. Comparou-se as prevalências de algumas doenças crónicas (DR, HTA, DM e cancro) auto-reportadas no ERPt com aquelas projectadas para a população da região de Lisboa e Vale do Tejo, com base nos auto-reportes obtidos na amostra entrevistada no INS nessa mesma região. Nesta comparação foram utilizados os escalões etários definidos pelo INS com idade igual ou superior a 25 anos. Foram analisados os resultados de 769 inquiridos do ERPt (64,6% mulheres, com idade média de 52,4 anos), com a seguinte distribuição por grupo etário decenal: 18,6% (25-34 anos); 20,8% (35-44 anos); 17,6% (45-54 anos); 14,3% (55-64 anos);

15,2% (65-74 anos); e 13,5% ( $\geq 75$  anos). No INS os mesmos grupos etários tiveram a seguinte composição: 21,9%; 19,7%; 18,2%; 16,7%; 13,5%; e 9,9%. Calculou-se a seguinte distribuição das prevalências auto-reportadas de DR por grupo etário, ERPt vs. INS: 3,5% vs. 5,1% (25-34 anos); 9,4% vs. 7,3% (35-44 anos); 21,5% vs. 19,3% (45-54 anos); 40,0% vs. 36,0% (55-64 anos); 41,0% vs. 40,8% (65-74 anos); e 49,0 vs. 54,7% ( $\geq 75$  anos). As prevalências totais de DR auto-reportadas no ERPt e no INS foram 25% e 23% (mulheres: 32,6% vs. 30,5%; homens: 11,0% vs. 14,6%), respectivamente. Nas restantes doenças crónicas analisadas verificaram-se as seguintes prevalências totais, na mesma comparação ERPt vs. INS: 27% vs. 29% (HTA); 8,7 vs. 8,3% (DM); e 5,6% vs. 2,5% (cancro). Até à data e na região analisada, o ERPt apresentou prevalências de doenças crónicas auto-reportadas comparáveis àquelas calculadas pelo INS para a população de Lisboa e Vale do Tejo. Excepto no caso do cancro, que foi superior no ERPt, e que se poderá dever a um excesso de mulheres idosas entre os participantes até à data neste estudo. É, no entanto, prematuro extrair conclusões definitivas sobre a comparabilidade destes resultados porque no ERPt remanescem localidades por inquirir na região de Lisboa e Vale do Tejo e é necessária a aplicação de um ponderador aos dados para que a amostra se torne representativa da população em relação à idade e ao género, tal como foi realizado para o INS. Porém os resultados aqui apresentados revelam-se promissores e atestam a qualidade do ERPt na sua primeira fase de recolha primária de dados da população portuguesa. Os autores pretendem futuramente aprofundar esta comparação com o INS, por um lado no que diz respeito às prevalências auto-reportadas, e por outro na descrição de características associadas às DR e às outras doenças crónicas auto-reportadas.

### **P107 – REFERREUMAPT SENSITIVITY AND SPECIFICITY ON IDENTIFYING AND DIAGNOSING RDS – FIRST RESULTS**

Gouveia N<sup>1</sup>, Canhão H<sup>2</sup>, Branco JC<sup>3</sup>

1. Equipa de Investigação EpiReumaPt;  
2. Equipa de Investigação EpiReumaPt; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa;

3. Equipa de Investigação EpiReumaPt; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz, Lisboa

**Introduction:** EpiReumaPt is a national epidemiologic, cross-sectional study of rheumatic diseases (RDs) in the Portuguese population. EpiReumaPt involves two stepwise encounters. The first phase, a survey performed by CESOP-UCP interviewers at subjects' house (ReferReumaPt), and phase 2, which consists of a clinical observation performed by a Rheumatologist in a health center. Phase 1 main aims are to characterize Portuguese population and to identify potential RD patients, while phase 2's main aims are to confirm RD diagnosis using a blinded methodology and to apply validate questionnaires for specific RDs.

The aim of this work was to analyse ReferReumaPt questionnaire sensitivity and specificity on identifying and diagnosing DRs, evaluating the results for the first EpiReumaPt 3 months on the field.

**Methods:** ReferReumaPt was developed by the EpiReumaPt's research team. CESOP/UCP provided the informatics platform. The methodology used by interviewers for data collection was CAPI (computer assisted personal interview). The questionnaire consists of several distinct parts: Demographics data; Assessment of quality of life; Screening of DRs estimated to be more common in Portugal, according to international criteria validated (Low back pain; Rheumatoid Arthritis; Spondylarthritis; Osteoarthritis (hand, hip and knee); Fibromyalgia; Lupus; Gout; Polymyalgia Rheumatica; Periarticular pathology; Osteoporosis); General questions, which include among others: nationality, ethnicity, height, weight, marital status, alcohol and coffee consumption, smoking, physical activity and health care.

Positive screening algorithms were previously defined for each pathology by the identification of specific items. This information was included into the software and allows the interview to identify individuals with rheumatic complaints.

The clinical observation performed by a Rheumatologist was aimed to confirm the diagnosis of selected individuals. Medical diagnosis was used as the standard of comparison for the results obtained for the same participants in CESOP's survey. IA blinded methodology is used. Rheumatologists only are aware whether the screening is positive or negative. A software application was also designed to allow the stan-

standardization of data collected by Rheumatologist.

We compared the results obtained by ReferReumaPt with the Rheumatologist diagnosis (gold standard). Sensitivity, specificity, positive predict value (PPV+) and negative predict value (PVP-) were measured.

**Results:** To analyze sensitivity and specificity of the screening of those individuals examined by the Rheumatologist (n=255) we compared the CESOP's screening and the Rheumatologist diagnosis. Regarding total screening, sensitivity was 0.99 (99%) and specificity was 0.19 (19%). The PPV+ was 0.74 (74%) and PPV- was 0.88 (88%).

The same process was repeated on some specific pathologies: rheumatoid arthritis - sensitivity was 0.75 (75%) and specificity was 0.39 (39%), the PPV+ was 0.02 (2%) and PPV- was 0.99 (99%); lupus - sensitivity was 1 (100%) and specificity was 0.83 (83%), the PPV+ was 0.04 (4%) and PPV- was 1 (100%); spondyloarthritis - sensitivity was 1 (100%) and specificity was 0.58 (58%), the PPV+ was 0.02 (2%) and PPV- was 1 (100%); fibromyalgia - sensitivity was 0.85 (85%) and specificity was 0.79 (79%), the PPV+ was 0.10 (10%) and PPV- was 0.99 (99%); osteoarthritis - sensitivity was 0.98 (98%) and specificity was 0.42 (42%), the PPV+ was 0.44 (44%) and PPV- was 0.97 (97%).

**Conclusions:** CESOP's survey (ReferReumaPt) had high sensitivity regarding total screening, being able to detect positivity among subjects; however specificity was very low and warrants optimization.

#### **P108 – IRIS STUDY: IMPACT OF RHEUMATIC DISEASES ON SEXUALITY**

Cunha-Miranda L, Cardoso A, Donica O, Fernandes R

Instituto Português de Reumatologia

**Introduction:** Sexual satisfaction is an important issue in everyday life of modern occidental societies. The quality of sexual life, self-esteem and relationship issues might be impaired in patients with chronic rheumatic diseases, due to their poor physical health, pain and functional disability. The aim of this study is to assess the self-esteem, confidence and relationship satisfaction in patients with rheumatic disease, maintaining sexual activity.

**Methods:** 97 patients were selected in an inpatient questionnaire was applied concerning sexual and socio-demographic information (age, education, marital

status, occupation, frequency of sexual activity); the Self-Esteem and Relationship (SEAR) questionnaire: Sexual Relationship domain and Confidence domain; Quality of life was assessed by the Short Form-12 Health Survey (SF-12). Several visual analogue scales (VAS, higher value means higher involvement) were applied for pain, sleep quality, fatigue and two sexual questions: «how far your disease limited your sexual activity» (VAS-SexAct) and «how far your sexuality is important in your relationship» (VAS-Relation).

**Results:** A total of 42 patients were sexually active, 90.5% were female, mean age 56.3±9.8 years [34-77], were distributed by the following diseases: 31% with rheumatoid arthritis (RA), 19% with connective tissue disease (CTD), 16.7% with spondyloarthritis, 16.7% with SMED, 11.9% with osteoarthritis (OA) and 4.8% for other diseases. In the frequency of sexual intercourse analysis, 64.3% reported «once or more than once a week». Sex frequency was associated with higher limitation in VAS-Relation and with lower scores in SEAR domains. SEAR global score was 51±21 [11-89], (highest score means greater satisfaction) the sexual relationship domain was 42±25 and confidence domain had an average score of 59±21. The mean SF-12 physical component score (PCS) was 27±7 and the mental component score (MCS) 35±11. Higher limitation in VAS on «how far your disease limited your sexual activity» (VAS-SexAct) was related to lower values in the PCS. Patients with lower sexual satisfaction and confidence had higher MCS impairment. In RA patients, the global SEAR score and all SEAR domains correlated with VAS on «how far your sexuality is important in your relationship» (VAS-Relation); fatigue was associated with major limitations on VAS-SexAct. In patients with CTD, pain was associated to lower confidence; the PCS related to VAS-SexAct and the MCS with VAS-Relation. In SMED patients, SEAR score influenced the SF-12 mental health. In Spondyloarthritis, sexual activity limitation by disease affected the quality of sleep; the mental health domain was associated with higher confidence. In patients with OA, the VAS-SexAct was related to pain and to the SF-12 physical health.

**Conclusion:** Our study demonstrates that the SF-12 scores were well below average, with significant impairment of physical and mental health. Mental health was related to confidence domain and to relationship limitation by disease. Sexual satisfaction was influenced by several factors, such as general health, pain, fatigue and sleep quality. It was demonstrated that the disease

may be a constraint on relationship and sexual quality of life.

### P109 – MIRROR, MIRROR ON THE WALL: PATIENTS BODY PERCEPTION

Cardoso A, Donica O, Fernandes R, Cunha-Miranda L

Instituto Português de Reumatologia

**Introduction:** Physical disabilities can cause disturbances in a patient's body image. Body dissatisfaction has severe impact on obesity related psychological distress and other mental health problems. The recommendation to achieve optimal weight and body fat tissue has been an essential principle in the non-pharmacologic treatment of most rheumatic diseases. This study aim is to evaluate body perception on rheumatic patients and its relation to body composition, pain and quality of life.

**Methods:** Demographic information was recorded, quality of life was assessed by the Short Form-12 Health Survey (SF-12) (physical component score – PCS and mental component score – MCS), the body image perception was assessed by an adapted body shape questionnaire (BSQ) with 13 figures, and two visual analogue scales (VAS, value increase with body surface area) for the current and ideal appearance. Body composition was determined by octapolar bioimpedance (Inbody720).

**Results:** A total of 96 patients from a rheumatology in-patient clinic, 95% female, mean age  $61.5 \pm 11.9$  years [34-91], 30% with rheumatoid arthritis (RA), 22% with connective tissue disease (CTD), 14.6% with Spondylarthritis, 14.6% with osteoarthritis (OA), 13.5% with SMED and 5% other diseases. The majority was overweight (36.5% pre-obese, 35.4% obese), with mean BMI of  $28.3 \pm 5.7$ , no significant differences between diseases. Body fat (BF) average of 38.3% was higher in RA patients (42.1% GC;  $p=0.018$ ). The visceral fat (VF) was increased in 80% of patients, especially in RA (89.7%;  $p=0.039$ ). The current body image (CI-BSQ) was  $7 \pm 3$  figures, with higher value in RA (7.3) and the ideal appearance (IdI-BSQ) was  $4 \pm 2$ , with a higher value in the CTD (4.4). The mean current image VAS was  $46.5 \pm 25.8$  (higher score means larger body surface area), with higher value in the RA (EVA: 51); mean ideal VAS appearance of  $18.6 \pm 15.1$ , was higher in Spondylarthritis (EVA: 21). Spondylarthritis ( $3.43 \pm$

$3.1$ ) and RA ( $3.38 \pm 2.7$ ) patients presented the highest body shape difference between current and ideal appearance, while current and ideal VAS's variation was higher in RA (31.5), SMED (29.5) and CTD (27.3). BMI was associated with higher CI-BSQ ( $r = 0,770$ ,  $p < 0.0001$ ), IdI-BSQ ( $r = 0,306$ ,  $p = 0.002$ ) and current VAS appearance ( $r = 0,607$ ,  $p < 0.0001$ ). The BF was related to the current body image from both scales ( $r > 0,455$ ,  $p < 0.0001$ ). Individuals with increased VF reported higher figure number in current image ( $p < 0.0001$ ), and CI VAS ( $p = 0.001$ ). There were no significant correlations with the quality of life.

**Conclusion:** The BSQ was correlated to the corresponding VAS (current and ideal), as well as body composition variables. We observed an increased prevalence of overweight and obesity (72%) and a significant excess of body fat (38%) and visceral fat (80%), especially in patients with RA. Body image dissatisfaction was higher in RA, even when no difference in BMI between the studied diseases. Patients with higher BMI, increased body fat and visceral fat generally reported greater dissatisfaction with body image. The larger body image gap to ideal appearance was observed in RA patients, showing the significant dissatisfaction with body image. Measuring body dissatisfaction might provide a good tool to identify high risk groups to develop optimal intervention programs, for which rheumatic patients would significantly benefit due to their physical impairments.

### P110 – DO RHEUMATIC DISEASES HAVE GLAMOUR? PATIENTS AND PHYSICIANS PERCEPTIONS

Cunha-Miranda L<sup>1</sup>, Simões E<sup>1</sup>, Fernandes S<sup>1</sup>, Gonçalves N<sup>2</sup>, Leiria E<sup>2</sup>, Nogueira L<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;

2. KeyPoint, Consultoria Científica

**Background:** Rheumatic diseases (RD) represent a significant public health problem. Evidence suggests that knowledge about these diseases can contribute for preventive behavior<sup>1</sup>. Despite being recognized has a serious problem, the population do not acknowledge their susceptibility to develop them<sup>2</sup> neither there social importance.

**Objectives:** To evaluate general practitioners (GP) perceptions on rheumatic diseases (RD) severity and compare it with general population and high risk of fracture

(HRF) population perceptions.

**Methods:** Cross sectional survey was performed including GP (convenience sample, contacted via email or telephone) representative sample of the Portuguese population aged  $\geq 50$  years (selected using the random route method, door to door) and HRF population (convenience sample, selected randomly from all nursing homes and long term facilities from Mainland Portugal). Inclusion criteria for the HRF population are age  $\geq 50$  years, history of a femoral neck fracture on the 24 months prior and absence of cognitive limitations. GP survey addressed knowledge of RD. Overall and HRF population included demographics and clinical variables. A descriptive analysis was performed for all variables, including the relative frequencies for categorical variables and mean  $\pm$  standard deviation for continuous variables.

**Results:** The analysis includes a total of 194 GP with a mean age of  $51.6 \pm 9.9$  years, from which 53.1% are female. In the general population, 2007 subjects with a mean age of  $65.3 \pm 10.4$  years were included, from which 55.2% were female. 419 HRF subjects were included with a mean age of  $78.3 \pm 7.8$ , from which 70.4% were female. GP rank acute myocardial infarction (Mean position:  $1.82 \pm 0.74$ ), cancer excluding breast malignancies (Mean position:  $1.85 \pm 0.88$ ) and Alzheimer's disease (Mean position:  $1.87 \pm 0.76$ ) as the most severe diseases. The general population refers stroke (Mean position:  $1.82 \pm 0.83$ ), breast cancer (Mean position:  $1.91 \pm 0.78$ ) and other cancers (Mean position:  $1.92 \pm 0.84$ ). While the HRF population mentions breast cancer (Mean position:  $1.73 \pm 0.79$ ), stroke (Mean position:  $1.79 \pm 0.88$ ), and rheumatoid arthritis (Mean position:  $2.00 \pm 0.91$ ) paired with other cancers (Mean position:  $2.00 \pm 0.77$ ). OP was considered one of the three most severe diseases by 12.9% of the GPs, appearing 60.0% of the times ranked in 3rd place in terms of severity; 11.4% by the general population, 46.9% of the times on the 3rd position and 10.0% by the HRF population, from which 59.5% are in the 3rd position. **Conclusions:** Rheumatic diseases were not considered by any of the studied populations as a high-risk group of diseases. Cancer was more often mentioned has the most severe disease. Rheumatic diseases become relevant in an older population in high risk of developing fracture. Although rheumatic diseases have a huge social impact in terms of disability and suffering, GP s and the general population consider them as of lower importance. The political and social weight of diseases is linked to the perception of the society and clearly we are failing in that area.

## REFERENCES

1. Riaz M, Abid N, Patel J, Tariq M, Khan MS, Zuberi L. Knowledge about osteoporosis among healthy women attending a tertiary care hospital. *J Pak Med Assoc* 2008;58(4):190-4.
2. von Hurst PR, Wham CA. Attitudes and knowledge about osteoporosis risk prevention: a survey of New Zealand women. *Public Health Nutr* 2007;10(7):747-53.

## P111 – ROLE OF ULTRASOUND (US) IN THERAPEUTIC DECISION AND MONITORING OF RESPONSE TO INTRA-ARTICULAR INJECTION OF TRIAMCINOLONE HEXACETONIDE (TH) IN ASEPTIC ARTHRITIS: A SIX MONTH FOLLOW-UP STUDY

Falcão S<sup>1</sup>, de Miguel E<sup>2</sup>, Mourão AF<sup>1</sup>, Papoila A<sup>3</sup>, Branco JC<sup>1</sup>

1. Rheumatology Department. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa ;
2. Department of Rheumatology, Hospital Universitario la Paz, Madrid;
3. Department of Biostatistics and Informatics, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

**Objective:** To compare the clinical and US morphological responses to TH injection, and its correlations with inflammatory arthritis outcome measures.

**Methods:** 37 intra-articular (16wrist, 6MCP, 10PIP, 2elbow, 2TT, 1MTP) US guided injections of TH were performed in 27 patients with inflammatory arthritis: 15 had rheumatoid arthritis, 9 psoriatic arthritis, 2 ankylosing spondylitis and 1 juvenile idiopathic arthritis. US procedure was performed if prescribed by the assistant rheumatologist. Every patient was evaluated 5 times. At baseline, 1, 3 and 6 months a trained rheumatologist assessed clinical, laboratory and functional data. A rheumatologist with training on US performed standard examinations. A semi-quantitative score was used for Doppler and B-mode synovitis (0,1,2,3), effusion and synovial hypertrophy (0,1). Exclusion criteria were increasing number and/or dosage of DMARD during the follow-up.

**Results:** Mean age and mean disease duration was  $56.1 \pm 15.1$  and  $10.7 \pm 8.3$  years, respectively. Median erythrocyte sedimentation rate (ESR) was 19 (P<sub>25</sub>11.5;P<sub>75</sub>24) mm/h, and median c-reactive protein (CRP) was 0.71 (P<sub>25</sub>0.37;P<sub>75</sub>1.5) mg/dl. Twenty patients were treated with conventional DMARD, 2 were with a biological agent and 4 had no on-going DMARD therapy. Median number of DMARD was 2 (min0;max9). Clinical, functional and US data are summarized in Table 1. At 6 months the

**TABLE I. CLINICAL, FUNCTIONAL AND US DATA**

	Baseline (n=37)	2 weeks (n=37)	1 month (n=34)	3 months (n=30)	6 months (n=25)	
<b>VAS pain</b>						
mean±SD	59.2±19.4	20.8±21	18.2±21.4	10.5±17.7	21.2±30.3	p<0.001
min;max	20;100	0;70	0;100	0;80	0;100	
<b>Movement amplitude:</b>						
flexion plus extension						
mean±SD	71.4±27	–	108.4±37.3	118.9±37.5	116.4±46.3	p<0.001
min;max	20;125		20;175	30;180	5;185	
<b>DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand)</b>						
mean±SD	64.4±17.2	–	36±19.3	30.4±23	32.2±29.6	p<0.001
min;max	25;98.3 (n=34)		7.8;74.1 (n=31)	2;85 (n=27)	1;87.9 (n=22)	
<b>MAYO Wrist Score</b>						
mean±SD	43.4±22.3	–	76±19.4	81.7±24.6	78.2±30.1	p<0.001
min;max	10;85 (n=16)		35;100 (n=15)	15;100 (n=12)	0;100 (n=11)	
<b>Ankle and hindfoot Score</b>						
mean±SD	50.7±14.3	–	87.3±0.6	87.7±2.5	80.7±7.5	
min;max	35;63 (n=3)		87;88 (n=3)	85;90 (n=3)	72;85 (n=3)	
<b>US – no.(%)</b>						
Effusion	36(97.3)	–	2(5.9)	2(6.7)	5(20)	p<0.001
Synovial hypertrophy	37(100)		20(58.8)	7(23.3)	11(44)	p<0.001
<b>B-mode synovitis</b>						
1	2(5.4)	–	16(47.1)	6(20)	7(28)	p<0.001
2	13(35.1)		4(11.8)	2(6.7)	4(16)	
3	22(59.5)		-	-	1(4)	
<b>Doppler synovitis</b>						
1	5(13.5)	–	7(20.6)	6(20)	2(8)	p<0.001
2	10(27)		4(11.8)	1(3.3)	4(16)	
3	21(56.8)		2(5.9)	-	2(8)	

Statistical significance verified at baseline and 1, 3 and 6 m.

patients with joint effusion had a tendency to have higher level of ESR. The presence of effusion, B-mode and Doppler synovitis were related with a trend to increased ESR and CRP at 3 and 6 months, with no statistically significant differences. During the follow-up period sixteen percent of patients met the exclusion criteria.

**Conclusions:** All patients showed significant improvement after TH injection. However, half of the patients maintained subclinical synovitis detected by US parameters, and sixteen percent of patients had to increase the number and/or dosage of DMARD.

## P112 – A IATROGENIA NA PRÁTICA REUMATOLÓGICA

Marques Filho J

Centro Universitário São Camilo – SP, Brasil

A iatrogenia é uma das mais sérias ameaças aos pacientes que sofrem de enfermidades reumatológicas, apresentando uma elevada taxa de morbimortalidade.

A termo iatrogenia provém do grego *iatrós* que significa médico, e *genia* que significa causa, origem.

O primeiro autor a definir iatrogenia foi Mozer, em 1956 – qualquer doença resultante de um procedimento diagnóstico ou terapêutico. Esse tema tem implicações técnicas, éticas e legais na prática diária da reumatologia.

**Objetivo:** refletir e discutir a importância da iatrogenia na prática reumatológica.

**Métodos:** levantamento bibliográfico em bancos de dados de literatura técnica e científica.

**Resultados:** Em contraste com a importância do tema, os artigos relativos ao tema iatrogenia na prática médica são infreqüentes e na área reumatológica, são muito raros.

**Discussão e Conclusões:** O paciente reumatológico tem grande potencial para eventos iatrogênicos devido à gravidade de algumas doenças, à faixa etária mais elevada, à evolução crônica das doenças e à presença de diversas comorbidades.

Pode-se classificar as iatrogenias como sendo de ação ou omissão e somáticas ou psíquicas.

Uma das formas mais freqüentes de iatrogenia somática são os efeitos colaterais dos medicamentos, que são previstos na literatura, mas que podem ocorrer em determinados casos, sem caracterizar má prática profissional.

A farmacodermia é uma iatrogenia freqüente, as vezes levando à graves complicações.

Outro exemplo são as manifestações reumatológicas induzidas por medicamentos utilizados na prática médica diária.

As iatrogenias somáticas com certa freqüência podem levar a lides judiciais e éticas, principalmente aquelas relacionadas com práticas caracterizadas como imperícia, negligência e imprudência. As iatrogenias psíquicas são mais sutis e menos perceptíveis aos médicos e aos pacientes, mas são importantes.

A própria relação médico-paciente tem enorme potencial iatrogênico, ligadas em geral aos fenômenos de regressão, transferência e contratransferência. O estudo e pesquisas dos eventos iatrogênicos em reumatologia são importantes para a prevenção dos mesmos e melhora da qualidade da assistência médica prestada.

### **P113 – UM CASO DE CAMPTODACTILIA FAMILIAR SIMULANDO MÃO EM GARRA, COM VELOCIDADE DE SEDIMENTAÇÃO PERSISTENTEMENTE ELEVADA**

Madruça Dias J, Costa MM, Miranda Rosa C, Pereira da Silva JA

Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, C.H.L.N., Lisboa, Portugal

**Introdução:** A Camptodactilia é uma deformidade em flexão não traumática e não neurogênica da articulação interfalângica proximal do 5º dedo, que pode ocorrer isolada ou em várias síndromes dismorfológicas do desenvolvimento. A Camptodactilia é habitualmente bilateral, assimétrica e autossômica dominante com expressividade incompleta.

**Material e Métodos:** Análise do registo clínico, laboratorial, radiológico e genético de duas doentes com Camptodactilia simulando mão em garra, com velocidade de sedimentação persistentemente elevada.

**Resultados:** Os autores apresentam o caso de duas irmãs, com 23 e 28 anos de idade, seguidas na consulta de Reumatologia Pediátrica devido a deformação progressiva do 3º, 4º e 5º dedos de ambas as mãos e pés, desde os 5 anos, sem artrite ou outros sintomas constitucionais associados. Ambos os pais apresentam Camptodactilia ligeira, não existindo história familiar de doenças reumáticas inflamatórias. A irmã mais velha apresentou velocidade de sedimentação (VS) elevada durante as primeiras observações médicas aos 10 anos de idade, o que levou ao estudo do gene NOD2/CARD15 para identificação da síndrome de Blau. O gene estava ausente em ambas as irmãs. Apesar da elevação persistente da VS (30-40 mm/1ª h), todos os exames laboratoriais, incluindo os imunológicos, são normais. As radiografias das mãos, pés, coluna vertebral e articulações sacroilíacas não têm alterações ósseas. As ecografias das mãos e pés não mostram erosões, alterações ósseas ou actividade inflamatória através de PowerDoppler. A observação oftalmológica foi normal. As doentes permanecem assintomáticas, apesar das limitações nas actividades da vida diária devido às deformações, estando referenciadas ao Serviço de Ortopedia para cirurgia correctiva das mãos.

**Conclusão:** A Camptodactilia pode ser suficientemente agressiva para imitar uma doença inflamatória articular, devendo ser considerada como diagnóstico diferencial.

### **P114 – KNOWLEDGE ABOUT THE PRESENCE OF A SPECIFIC NOSOLOGICAL ENTITY AND QUALITY OF LIFE IN SUBJECTS WITH CHRONIC JOINT PAIN**

Lourenço S, Lucas R, Barros H

Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto / Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

**Background:** Osteoarthritis is the most prevalent chronic joint disease. In the absence of an effective medical treatment, the diagnosis of osteoarthritis raises especial concern once labeling has specific related effects on quality of life.

**Objectives:** To measure the impact on quality of life of relating chronic pain symptoms with a specific musculoskeletal clinical diagnosis.

**Methods:** During the follow-up evaluation of a cohort of Portuguese adults (n=1682), 670 (39.8%) reported moderate to severe musculoskeletal pain in at least one anatomical site of interest (knee, hip and hand). After exclusion due to the missing data, 463 subjects were considered (mean age 59.8 (SD=12.80), 76.9% women). Musculoskeletal pain was assessed using a structured questionnaire. Clinically significant pain was defined as: 1) three or more pain episodes in the previous year or 2) one painful episode with duration over one week in the previous six months. Participants were also inquired about any medical diagnosis of osteoarthritis referred to the pain sites evaluated. Health-related quality of life was assessed by the Short Form Health Survey (SF-36). Participants were categorized by pain site and according to the presence of a known related musculoskeletal condition diagnosis. The mean scores of physical and mental dimensions of health-related quality of life and the corresponding 95% confidence intervals were obtained using ANOVA. The mean scores of physical and mental dimensions of SF-36 were adjusted for sex, education, and frequency of visits to the doctor in the previous year.

**Results:** From those reporting pain, 242 (52.3%) subjects had pain in one anatomical site, 152 (32.8%) in two and 69 (14.9%) in three. Participants complaining of knee and hip pain and having a correspondent known knee and hip osteoarthritis diagnosis significantly perceive a lower physical quality of life when compared to those without such diagnosis (adjusted mean scores = 42.8 vs. 45.8 and 41.2 vs. 44.3,  $p < 0.05$ , respectively). However, there were no significant differences in the physical dimension of health-related quality of life between subjects when hand osteoarthritis was considered (44.4 vs. 45.2,  $p = 0.484$ ). Notwithstanding, the presence of an osteoarthritis diagnosis explaining the reported pain did not change the mental dimension of health-related quality of life, independently of the pain site considered.

**Conclusions:** It is possible that the approach of attributing an osteoarthritis diagnosis to individuals with joint pain needs to be reconsidered. An osteoarthritis

diagnosis seems not to interfere with psychological well-being but may contribute to a worse physical quality of life perception. Actively case-finding strategies in the population aiming at defining an osteoarthritis diagnosis maybe have doubtful usefulness in the way individuals cope with their symptoms, particularly pain.

### P115 – CHRONIC LOW BACK PAIN AND ASSOCIATED SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS – A CROSS-SECTIONAL STUDY IN 834 EPIREUMAPT PARTICIPANTS

Ramiro S<sup>1</sup>, Machado P<sup>2</sup>, Gouveia N<sup>3</sup>, Canhão H<sup>4</sup>, Branco JC<sup>5</sup>

1. HGO, Almada; EpiReumaPt Investigation Team, Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
2. HUC, Coimbra; EpiReumaPt Investigation Team, Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
3. EpiReumaPt Investigation Team, Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
4. HSM, Lisboa; EpiReumaPt Investigation Team, Sociedade Portuguesa de Reumatologia;
5. FCM, UNL, Lisboa; CHLO, Lisboa; EpiReumaPt Investigation Team, Sociedade Portuguesa de Reumatologia

**Background:** Chronic low back pain (CLBP) causes an important burden to patients and to the society. It is important to understand which are the socio-demographic factors associated with its occurrence in order to more adequately tailor interventions.

**Objectives:** To identify the proportion of patients with chronic low back pain and assess the associated socio-demographic and factors.

**Methods:** Participants recruited for the EpiReumaPt survey between September and December 2011 were included in this analysis. The EpiReumaPt study population includes a representative sample of the Portuguese population, identified through the random-route methodology and interviewed door-to-door. Information is collected on self-reported rheumatological diseases, symptoms of the diseases, along with socio-demographic and other clinically relevant variables. The proportion of patients with CLBP (i.e. self-reported low back pain during  $\geq 90$  days or more in the previous 12 months) was calculated. Patients with and without CLBP were compared with respect to socio-demographic factors (t-test and Mann-Whitney for continuous variables with and without a normal distribution, respectively and chi-square test for categori-

**TABLE I. SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH CHRONIC LOW BACK PAIN**

	Univariable analysis OR (95 CI%) N= 834	Multivariable analysis OR (95% CI) N= 834
Age (years)	1.03 (1.02; 1.04)	1.02 (1.00; 1.03)
Gender (female vs male)	7.89 (3.39; 18.35)	7.30 (3.12; 17.08)
Active worker (yes vs no)	0.29 (0.17; 0.50)	0.42 (0.23; 0.77)
Retired (yes vs no)	2.62 (1.64; 4.17)	†
Alcohol intake		
Occasionally vs daily	3.22 (0.98; 10.62)	†
Never vs daily	5.39 (1.62; 17.84)	†
Physical activity (yes vs no)	0.49 (0.28; 0.83)	†
Height (cm)	0.94 (0.92; 0.97)	†
Body mass index (kg/m <sup>2</sup> )	1.06 (1.02; 1.11)	†
Education level (years)	0.89 (0.84; 0.94)	†
Coffee intake (yes vs no)	0.78 (0.47; 1.29)	*
Smoking (yes vs no)	0.67 (0.38; 1.18)	*
Weight (kg)	1.00 (0.98; 1.02)	*
Ethnicity (white vs other)	0.98 (0.43; 2.22)	*

\*Not selected in univariable analysis. †Not selected in multivariable analysis.

cal variables). Factors associated with self-reported CLBP were analysed by univariable logistic regression followed by multivariable regression. Forward selection was performed until the best-fit model was obtained, taking confounding effects into account.

**Results:** A total of 834 participants were included in the analysis. Of those, 456 (55%) reported low back pain in the last 12 months and 80 (10%) reported CLBP. Participants with CLBP were older and had a higher body mass index. The proportion of females was higher among CLBP sufferers, while height, educational level, the proportion of workers and the level of alcohol intake and physical activity were lower. In the multivariable analysis, CLBP was independently associated with older age, female gender and inactive working status (Table I).

**Conclusion:** Half of the participants had complaints of low back pain in the previous year and 10% suffered from CLBP. A higher age, female gender and a non-working status were independently associated with CLBP.

#### **P116 – SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO. DESAFIO DIAGNÓSTICO DE UM QUADRO INTERMITENTE**

Silva I<sup>1</sup>, Araújo F<sup>2</sup>, Sipriano A<sup>2</sup>, Mateus M<sup>1</sup>, Branco J<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz;
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
3. CEDOC- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital de Egas Moniz

**Introdução:** A síndrome do desfiladeiro torácico (SDT) resulta da compressão neurovascular dos elementos do plexo braquial e/ou dos vasos subclávios no seu percurso cervico-axilar e região proximal do membro superior, através do triângulo interescaleno, costoclavicular e do espaço subcoracoideu. É devido a anomalias anatómicas como bandas fibrosas, hipertrofia dos escalenos, costelas cervicais, apofisomegalias transversas cervicais ou alterações congénitas das primeira e segunda costelas. É mais frequente no sexo feminino entre os 20 e 50 anos. Pode ser uni ou bilateral, e manifestar-se como uma síndrome neurogénica (95%), vascular venosa (4-5%) e/ou vascular arterial (1%). As costelas cervicais são uma importante causa de compressão neurovascular, com uma prevalência publicada de 0.05-3%, condicionando alterações histopa-

tológicas no plexo braquial.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso clínico de uma mulher de 25 anos, dextra, com queixas de dor e arrefecimento na região interna do punho e mão direitos com irradiação pelo território do nervo cubital, associadas a disestesias e fadiga fácil do membro superior direito (MSD) vinte minutos após iniciar a escrita. Os sintomas agravavam com a elevação e abdução do MSD acima dos 90° e em rotação externa. No exame objectivo salienta-se testes de Roo, Adson e costoclavicular positivos à direita e testes de Tinnel e Phallen negativos. A radiografia anteroposterior do tórax com rotação esquerda da coluna cervical mostra a presença de uma costela cervical à direita sem apofisomegalia transversa das restantes vértebras cervicais. A doente foi referenciada para a consulta de Ortopedia com o diagnóstico de SDT por costela cervical direita.

**Discussão:** Nos casos de SDT os sintomas neurológicos são mais frequentes que os vasculares, podendo ocorrer a sua sobreposição. O facto do SDT por costela cervical envolver a região cervical inferior motiva a habitual distribuição dos sintomas na região do nervo cubital. As queixas vasculares nesta doente são ténues, sendo o compromisso neurológico parcial e sem repercussões na motricidade e trofismo muscular. A positividade nas manobras diagnósticas aumenta a sensibilidade do diagnóstico, embora a sua especificidade seja reduzida. Na investigação diagnóstica o electromiograma, os estudos de condução nervosa e os potenciais evocados são úteis nas situações de etiologia neurológica, assim como a angiografia ou o estudo de ecodoppler podem auxiliar nas situações de etiologia vascular. A ressonância magnética (RMN) é o exame com maior especificidade diagnóstica nas situações de etiologia compressiva. Nesta doente, perante a benignidade dos sintomas, com ausência de compromisso vascular ou neurológico grave, não se justificou a utilização de outros exames complementares. São critérios para cirurgia a existência de dor, parestesias incapacitantes e falência ao tratamento conservador, privilegiando a via transaxilar. Nesta doente, pelo carácter ligeiro dos sintomas e sem critérios para cirurgia, foi adoptada a terapêutica conservadora com monitorização clínica.

**Conclusão:** O SDT é um diagnóstico frequentemente esquecido, devido à sua raridade. A história clínica e o exame objectivo continuam a ser os métodos diagnósticos de excelência. O tratamento cirúrgico, desde que bem referenciado, apresenta bons resultados a curto-prazo.

## P117 – AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DE UMA CONSULTA DE REUMATOLOGIA E SEU IMPACTO NA MELHORIA DA DOR, QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL.

Ribeiro A, Bigote M, Moura E, Francisco E, Duarte C, Couto M, Monteiro P  
Centro Hospitalar de Viseu

**Introdução:** A satisfação do utente é, cada vez mais, reconhecida como um dos elementos centrais na monitorização e avaliação dos cuidados de saúde, assumindo-se como factor inestimável na melhoria da qualidade dos cuidados, sendo afectada pelo sistema em que os cuidados são prestados, englobando, e valorizando toda a Equipa de Saúde.

A relação terapêutica entre utente e Equipa de Saúde, quando alcançada, aumenta a probabilidade deste aderir às recomendações de tratamento. Resulta, em parte da capacidade da Equipa de Saúde para comunicar não só a informação, mas também a compreensão, compaixão e interesse genuíno no utente e apresentar uma abordagem completa para resolver os problemas do mesmo.

**Objectivos:** Discutir e obter informações sobre a satisfação dos utentes no que respeita à Consulta de Reumatologia do Centro Hospitalar de Viseu, onde se integra a consulta de Enfermagem, quanto aos ensinamentos/informações prestadas; desempenho de funções, simpatia/disponibilidade/cortesia e valorização da dor; Auferir a repercussão da consulta Médica/Enfermagem de Reumatologia na diminuição da dor, realização das actividades de vida diária e qualidade de vida; Avaliar a necessidade da implementação de sessões educativas em grupo, para partilha de informação e experiências entre utentes e/ou profissionais de saúde.

**Material e Métodos:** Foram aplicados um conjunto de técnicas, que correspondem a uma estratégia metodológica quantitativa. Foi realizado um questionário anónimo aos utentes com doenças reumáticas inflamatórias, nomeadamente Artrite Reumatóide, Artrite Psoriática, Artrite não Classificada, Espondilite Anquilosante e Espondilartrite Indiferenciada.

**Resultados:** Foram enviados 260 questionários e recepcionados 190 (73%).

A nossa amostra é constituída, maioritariamente, por indivíduos do sexo feminino (61,6%), com idades compreendidas entre 46 e 60 anos (35,8%).

Os resultados dos questionários colhidos, sugerem

que os utentes consideram a prestação, quer dos Enfermeiros, quer dos Médicos, Muito Boa / Boa, no que respeita aos ensinamentos realizados / informações prestadas (91,6%; 93%); desempenho de funções (94,2%; 92,7%), Simpatia / Disponibilidade / Cortesia (92,1%; 91,1%) e Valorização do nível de dor pelo profissional (78,5%; 77,3%).

Quando questionados, sobre a criação de um espaço para partilha de experiências entre os pares, os utentes consideram-no Muito Importante e Importante (54,2%/35,8%), apresentando a mesma opinião no que respeita à criação de um espaço para partilha de conhecimentos dos profissionais das diferentes áreas (59,5%/33,7%).

Denota-se uma melhoria dos itens avaliados após o início da Consulta de Reumatologia, que vai crescendo paulatinamente com a Consulta de Enfermagem, que se traduz na importância dada, pelos utentes, a estas duas consultas.

**Discussão e Conclusões:** A informação percebida pelo utente e o seu grau de avaliação/satisfação das Consultas é directamente proporcional à diminuição da dor, melhoria na realização das Actividades de Vida Diária e Qualidade de Vida.

Na perspectiva dos autores, uma das formas de melhorar a transmissão de informação, e assim a qualidade de cuidados, manifestando-se esta na satisfação dos utentes, é a introdução de sessões educativas de grupo para partilha de experiências, entre pares e/ou profissionais de saúde.

## P118 – MANIFESTAÇÕES REUMÁTICAS NA INFECÇÃO A VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

Silvério R<sup>1</sup>, Sequeira M<sup>1</sup>, Miranda A<sup>2</sup>, Mansinho K<sup>2</sup>

1. Hospital São Teotónio-Viseu;

2. Hospital Egas Moniz;

**Introdução:** Há numerosos casos clínicos na literatura a documentar a associação entre manifestações reumáticas e infecção a Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH). Além disso, a sintomatologia típica de doença osteoarticular associada a infecção a VIH tem vindo a ser alterada com a introdução de terapêutica antiretroviral.

**Objectivo:** Os autores apresentam várias manifestações reumáticas observadas numa pequena população VIH positiva. O objectivo deste trabalho é realçar o facto

que doença osteoarticular é relativamente frequente nesta população e assim salientar a importância de pesquisar infecção a VIH em doentes com queixas sistémicas musculoesqueléticas.

**Material e Métodos:** Foram identificados dezoito doentes VIH positivos com seguimento regular em consulta de reumatologia ao longo de duas décadas. As manifestações reumáticas foram posteriormente classificadas segundo a classificação de 2008 de Louthrenoo em: patologia directamente associada a VIH, doença atribuída a estágio de imunodeficiência, iatrogenia secundária a terapêutica antiretroviral ou patologia que melhora em presença de imunodeficiência.

**Resultados:** As manifestações musculoesqueléticas mais frequentemente assinaladas eram atribuídas a patologia directamente associada a infecção a VIH (42%). Este grupo foi posteriormente dividido em quatro categorias, identificando a artralgia associada a VIH como o subgrupo mais representado. Três doentes foram identificados como tendo concomitantemente infecção a VIH e doença autoimune. Não se confirmou a existência de doença autoimune oculta consequente do Síndrome Inflamatório Reconstitutivo Imune.

**Discussão:** Doença reumática é frequente em doentes VIH positivos e a sintomatologia osteoarticular referida por estes doentes é semelhante à mencionada por doentes VIH-negativos. O diagnóstico de doença infecciosa torna-se ainda mais difícil em doentes com patologia reumática previamente conhecida. No entanto, não existem indicações formais de orientação clínica, a recomendar a pesquisa regular de infecção a VIH em doentes com queixas sistémicas do foro musculoesquelético. Os riscos de não identificar infecção a VIH atempadamente potenciam degradação do sistema imunitário e atraso em iniciar terapêutica antiretroviral adequada.

**Conclusão:** A determinação da existência de infecção a VIH em doentes com queixas reumáticas torna-se essencial não só para identificar indivíduos infectados, como também para avaliar os riscos de iniciar ou continuar terapêutica imunomoduladora em doentes com antecedentes de doença autoimune.

## P119 – O PAPEL DA REUMATOLOGIA EM AMBIENTE HOSPITALAR: CASUISTICA DE 7 ANOS DE CONSULTA INTERNA

Aguiar R, Farinha F, Ambrósio C, Cunha I, Barcelos A  
Hospital Infante D. Pedro

**Introdução:** A resposta aos pedidos de consulta interna dirigidos por outros serviços constitui uma das funções assistenciais de um Serviço de Reumatologia. Este acompanhamento abrange doentes já seguidos em consulta externa (CE) de Reumatologia, doentes com intercorrências do foro reumatológico e doentes com quadros clínicos «de novo» eventualmente atribuíveis a patologia reumatológica.

**Objectivos:** Identificar a proveniência e principais motivos de solicitação de consulta interna de Reumatologia, bem como os diagnósticos estabelecidos e destino final após a alta do internamento. Numa fase posterior, face aos achados, intervir junto dos serviços no sentido de promover condutas preventivas, diagnósticas e terapêuticas adequadas.

**Material:** Estudo descritivo e observacional, pela análise retrospectiva do processo clínico de todos os doentes em cujo internamento tenha sido pedida consulta interna de Reumatologia, entre Junho de 2004 e Dezembro de 2011.

**Resultados:** Foram avaliados 169 pedidos, a maioria proveniente dos Serviços de Medicina Interna (106), Infecciologia (15), Cirurgia (13) e Cardiologia (8).

Entre os doentes observados, 96 eram do sexo masculino e 73 do feminino. A idade média dos doentes foi de 52.96 anos ( $\pm$  20.45), com um mínimo de 5 e um máximo de 95; 23% tinham acompanhamento prévio na CE de Reumatologia.

O motivo de pedido de consulta interna coincidiu com o motivo de internamento em 43,8% dos casos.

Os principais motivos de pedidos de consulta interna foram: antecedentes de patologia reumática (35); artralgias (32); oligoartrite (15); poliartrite (13); monoartrite (13); suspeita de vasculite (10); mialgias (10); gota (8) e síndrome febril (8). Menos frequentes, foram os pedidos por lombalgia, serosites, alterações cutâneas, fenómeno de Raynaud/isquémia, entre outros. Alguns pedidos foram dirigidos por suspeita de patologia específica (LES, polimialgia reumática, doença de Beçhet, artrite reumatóide, esclerose sistémica, espondilite anquilosante, doença de Still, espondilodiscite).

A maioria dos pedidos foi solicitada para reajuste terapêutico em doentes com patologia reumatológica prévia, por episódios de agudização ou por suspeita de alterações «novo» atribuíveis à doença (27).

Nos restantes doentes, os diagnósticos reumatológicos mais frequentes foram os seguintes: gota (26), artrite reactiva (9), artrose (6), espondilartrite (6), polimialgia reumática (5), LES (5), esclerose sistémica (4), doença de Still (4), artrite séptica (4), entre outros.

Entre os doentes observados, 85 (50.3%) foram encaminhados para CE de Reumatologia.

**Discussão e Conclusão:** A exuberância de alguns casos leva a que a muitos doentes sejam inicialmente avaliados em contexto de urgência, em geral de Medicina Interna, sendo posteriormente pedida a colaboração da Reumatologia durante o internamento.

Apenas 50,3% dos casos tiveram necessidade de seguimento posterior em CE de Reumatologia.

É de realçar o número de exacerbações de artrite gotosa no decurso dos internamentos, facto que parece ter origem na suspensão frequente do alopurinol. A realização de sessões de esclarecimento/formação aos colegas de outras especialidades pode ser uma forma de intervenção a ponderar.

## **P120 – ENFERMAGEM EM REUMATOLOGIA – UMA REALIDADE**

Salvado S, Fontinha C, Frias S

Centro Ambulatório, Hospitais de Dia – CHLN Hospital de Santa Maria

**Introdução:** As doenças reumáticas afectam quase 40% dos portugueses, (Eurobarómetro, Dezembro 2003) constituem o principal motivo de invalidez e estão na origem da maioria das reformas antecipadas por doença. O enfermeiro, através da educação, pode contribuir para que o utente consiga gerir a sua doença e prevenir complicações, diminuindo o absentismo ao trabalho e os custos com a saúde em Portugal.

Em 1999 começaram a utilizar-se os primeiros antagonistas do factor de necrose tumoral, existindo actualmente vários inibidores dessa molécula sob a forma de administração endovenosa e subcutânea (SC). Conforme Olivier 2012 «o papel do enfermeiro é adequar as informações e cuidados ao doente com base nas suas necessidades. Os DMARD's biológicos são uma parte integrante do percurso terapêutico do doente e como tal, a avaliação da administração a gestão e monitorização de terapias biológicas são uma parte importante do tratamento do paciente.» No Hospital de Santa Maria este acompanhamento é realizado no Hospital de Dia - IAREM (Imunoalergologia, Reumatologia, Endocrinologia e Medicina), por uma equipa de enfermagem que composta por 3 elementos que não é fixa prestando cuidados alternadamente em outros 2 Hospitais de Dia (HD).

Perante um número crescente de utentes a iniciar te-

rapêutica biológica subcutânea, sentiu-se necessidade de realizar algumas mudanças na organização/planeamento dos ensinos no ano de 2011.

**Material e Métodos:** Pesquisa bibliográfica e dados de experiência profissional.

**Resultados:** Nos últimos 3 anos houve um aumento do número de ensinos de autoadministração de terapêutica biológica SC (2009 - 40 ensinos; 2010 - 47; 2011 - 68). Dos 68 ensinos realizados em 2011, 40 utentes eram do sexo feminino e 28 do sexo masculino. A idade média é de 47 anos, sendo que o utente mais novo tinha 14 anos e o mais velho 76 anos. No que diz respeito a diagnósticos 44% dos utentes apresentava Artrite Reumatóide, 31% Espondilite Anquilosante, 16% Artrite Psoriática, 6% Artrite idiopática juvenil e 3% Doença Behçet. Dos ensinos efectuados 56% foram de Etanercept, 28% de Golimumab e 16% de Adalimumab.

O nosso objectivo é contribuir para a melhoria de qualidade de vida dos nossos utentes, dando resposta às suas necessidades, por isso, foram criadas regras de agendamento dos ensinos de modo a articular os recursos físicos e humanos adequados, tendo em consideração a urgência em iniciar a terapêutica. Foram também elaboradas normas de orientação/actuação para o ensino ao doente e/ou cuidador informal sobre administração das diferentes terapêuticas biológicas SC.

**Conclusão:** Este trabalho só foi possível devido à implementação de instrumentos de trabalho já referidos. Concluimos que a maioria dos utentes era do sexo feminino, apresentava como diagnóstico Artrite Reumatóide e a terapêutica mais efectuada foi o Etanercept.

Apesar das dificuldades existentes, a actuação da equipa dos HD pretende ir ao encontro das recomendações da EULAR de 2011, sobre o papel do enfermeiro na gestão do doente com Artrite crónica inflamatória. O trabalho até agora desenvolvido é um pequeno passo, e dada a realidade da enfermagem da reumatologia em Portugal, temos consciência que muito mais há a fazer.

Como projectos futuros pretendíamos disponibilizar uma linha telefónica de atendimento de enfermagem e gostaríamos que a consulta de enfermagem fosse uma realidade a curto prazo.

## P121 – SÍNDROME DE STEVEN-JOHNSON E LEFLUNOMIDA: DESCRIÇÃO DE UM CASO

Terroso G<sup>1</sup>, Bernardes M<sup>1</sup>, Abelha J<sup>1</sup>, Madureira P<sup>1</sup>, Vieira R<sup>1</sup>, Mariz E<sup>1</sup>, Pinto J<sup>1</sup>, Brito J<sup>1</sup>, Costa L<sup>2</sup>

1. Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
2. Hospital de São João, Porto

**Caso Clínico:** Os autores descrevem o caso duma mulher caucasiana de 71 anos com artrite reumatóide com três anos de evolução, seropositiva para factor reumatóide e anti-CCP, sob metotrexato 20 mg semanalmente e prednisona 5 mg/d. Por fibrose pulmonar no contexto provável de pneumonite intersticial indiferenciada com compromisso da transferência alveolocapilar em repouso, foi feito o *switch* para leflunomida 20 mg diariamente.

Quinze dias após o início da terapêutica e uma semana após a toma de vacina anti-tetânica, referiu o aparecimento de lesões cutâneas com evolução progressiva para erupção macular purpúrica generalizada com bolhas e áreas de pele descolável atingindo a mucosa oral, 10% da superfície corporal e apresentando disfonia associada. Negou alergias prévias ou introdução de outros fármacos.

Iniciou-se o *wash-out* da leflunomida com colestiramina e a paciente foi internada para vigilância e investigação.

Do estudo analítico salienta-se velocidade de sedimentação globular de 46 mm/h e proteína C reactiva de 19.6 mg/L. Realizou-se biopsia das lesões, que mostrou hiperqueratose com acentuadas alterações necróticas, células disqueratósicas dispersas e infiltrado inflamatório linfocitário perivascular na derme.

Por quadro compatível com síndrome de Steven-Johnson, foi medicada com prednisolona 40 mg/d em redução gradual, verificando-se evolução favorável das lesões em 15 dias.

**Discussão e Conclusão:** A leflunomida é um imunomodulador selectivo utilizado como modificador de doença na artrite reumatóide com eficácia e tolerância sobreponíveis ao metotrexato.

Os efeitos adversos mais frequentes são os distúrbios gastrointestinais, elevações moderadas das enzimas hepáticas, hipertensão arterial, cefaleias, astenia, parestesias e alteração da pele e faneras, traduzida por queda de cabelo, moderada e geralmente transitória. As reacções cutâneas alérgicas (com rash e prurido) são também frequentes mas as reacções cutâneas graves são raras.

No caso apresentado, o aparecimento das lesões cutâneas ocorreu a seguir ao início da leflunomida e a uma vacina anti-tetânica.

A paciente havia realizado vacinações anti-tetânicas

prévias sem intercorrências. Considerou-se a relação entre o início da leflunomida e o desenvolvimento de epidermólise bolhosa como causal.

A evolução clínica foi favorável após a suspensão da leflunomida e seu *wash-out* do organismo.

## **P122 – ALTERAÇÕES HEPÁTICAS SOB METOTREXATO – UMA CAUSA INFECCIOSA**

Abelha-Aleixo J<sup>1</sup>, Terroso G<sup>1</sup>, Vieira R<sup>1</sup>,  
Madureira P<sup>1</sup>, Pimenta S<sup>1</sup>, Bernardo A<sup>1</sup>,  
Bernardes M<sup>1</sup>, Mariz E<sup>1</sup>, Pinto J<sup>1</sup>, Brito J<sup>1</sup>, Costa L<sup>2</sup>

1. Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

2. Hospital de São João, Porto

O metotrexato é um fármaco de referência no tratamento da artrite reumatóide. Os efeitos secundários são frequentes, principalmente a nível gastro-intestinal e a hepatotoxicidade, traduzida analiticamente pelo aumento das transaminases, é habitualmente dose-dependente. As infecções são também frequentes, principalmente cutâneas, pulmonares, articulares e urinárias, e constituem cerca de 9% das causas de suspensão terapêutica.

Os autores apresentam o caso de um quadro infeccioso com complicações graves no contexto de imunossupressão.

Homem de 47 anos, com Artrite Reumatóide com 15 anos de evolução sob tratamento com prednisolona 7,5mg/dia e Metotrexato(MTX) 15mg/semana há vários anos sem intolerância. Foi aumentada a dose de MTX para 20mg/semana por manter doença activa. Duas semanas depois foi observado por icterícia, vômitos biliares, febre e emagrecimento. Analiticamente apresentava: bilirrubina total 3g/dl, AST 2547 U/L; ALT 1479 U/L; fosfatase alcalina normal; leucocitose e PCR 103mg/dl.

Foi admitido no Serviço de Reumatologia para estudo. No exame objectivo era de salientar: icterícia, turgescência venosa jugular bilateral, crepitações e diminuição do murmúrio vesicular na base direita e hepatomegalia.

Realizou ecografia abdominal que revelou: «congestão hepática franca, derrame pleural direito e derrame pericárdico de grande volume». O ecocardiograma confirmou derrame pericárdico de grande volume a condicionar tamponamento. Por instabilidade hemodinâmica foi submetido a pericardiocentese.

O líquido era compatível com exsudato com contagem celular elevada e predominio de polimorfonucleares, com LDL 18117U/L e ADA 229U/L. Por suspeita de tuberculose iniciou tratamento com rifampicina, isoniazida e prednisolona 1mg/kg/dia. Os estudos bacteriológico e micobacteriológico com PCR do líquido pericárdico foram negativos, mas perante a boa resposta clínica e analítica à terapêutica, procedeu-se ao ajuste de dose e introdução de pirazinamida e etambutol. O cateterismo cardíaco mostrou pericardite constrictiva, tendo realizado posteriormente pericardiotomia.

Num doente sob tratamento com MTX o aumento de transaminases nem sempre corresponde a iatrogenia. Neste caso apresentamos um doente com pericardite constrictiva, uma manifestação rara da tuberculose, revelada por alterações da função hepática.

Não foi possível a confirmação diagnóstica pelos exames culturais, sendo que o exame directo em líquidos biológicos é positivo em apenas 6% dos casos, e o exame cultural em 44%. Esta percentagem é ainda menor em líquido de drenagem pericárdico, rondando os 5-25%.

Este caso corrobora a necessidade de vigilância sistematizada em doentes imunossuprimidos permitindo uma intervenção célere, aspecto bastante relevante dada a vulnerabilidade a patologias infecciosas e à maior frequência de apresentações atípicas.

## **P123 – LIPOMATOSE EPIDURAL: SERÁ UMA ENTIDADE SUBDIAGNOSTICADA?**

Fernandes S<sup>1</sup>, Furtado C<sup>1</sup>, Reimão S<sup>2</sup>, Sousa E<sup>1</sup>,  
Romeu JC<sup>1</sup>, Pereira da Silva JA<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa; Portugal;

2. Serviço de Neuroimagiologia, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa ; Portugal

**Introdução:** A lipomatose epidural é uma doença rara, caracterizada pelo crescimento excessivo de tecido adiposo no espaço epidural da coluna vertebral, com consequente compressão das estruturas vizinhas. Frequentemente relacionada com a terapêutica crónica com corticóides, outras alterações endócrinas, nomeadamente a doença de Cushing, o hipotireoidismo e a obesidade, podem estar associadas.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso de um doente, 52 anos, do sexo masculino, internado por monoartrite

microcristalina do joelho e suspeita de sacro-iliíte. Com antecedentes de DM tipo 2 não insulino-tratado, HTA, Dislipidemia e Obesidade, referia um quadro clínico de lombalgia crónica de ritmo mecânico com episódios esporádicos de lombociatalgia esquerda. Para esclarecimento do quadro de lombalgia realizou RMN que revelou marcado aumento da gordura epidural intra-canal, mais acentuado de L3 à região sagrada, agravando a redução do diâmetro útil do canal raquidiano central lombar, condicionando moldagem do saco dural e marcada deformação «em estrela», aspectos em relação com lipomatose. Tendo em conta os sintomas neurológicos ligeiros do doente, optou-se por uma abordagem terapêutica conservadora.

**Conclusão:** A radiculopatia lombar pode resultar de diferentes patologias e, apesar de pouco comum, a Lipomatose Epidural deve constar do diagnóstico diferencial. Tal como no nosso caso, o diagnóstico é feito por RMN.

#### **P124 – A CASE OF SULFASALAZINE-INDUCED DRESS SYNDROME**

Santiago MG, Santiago T, Serra S, Salvador MJ, da Silva JAP

Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

DRESS-syndrome (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) is a severe drug-induced hypersensitivity syndrome characterized by diffuse maculopapular rash, haematological abnormalities (hypereosinophilia and/or mononucleosis) and multiorgan involvement.

DRESS-syndrome is an idiosyncratic reaction, classically described in adults treated with antiepileptic drugs and less frequently with non-steroidal anti-inflammatory drugs, sulphonamides and allopurinol. However a long list of drugs can be responsible.

The most common differential diagnoses of this entity include Stevens-Johnson syndrome, toxic hypereosinophilic syndrome, Still's disease and viral infections (Epstein-Barr virus, hepatitis, human immunodeficiency virus and cytomegalovirus).

An early accurate diagnosis is sometimes challenging, because the symptoms are not specific and the interval between the beginning of the drug and the onset of cutaneous rash and systemic symptoms may be at least 4 weeks. However, the correct diagnosis is of

great importance, as it carries a mortality rate around 10% and the treatment consists of culprit drug withdrawal and glucocorticoids.

We report the case of a 39-year-old male hospitalized with a skin eruption, fever, cervical lymph node enlargement, eosinophilia and acute hepatitis. The syndrome developed 3 weeks after commencing sulfasalazine for psoriatic arthritis. Psoriatic skin lesions were only present in the scalp. Work-up for possible infectious diseases was negative and a sulfasalazine-induced hypersensitivity reaction was considered. Sulfasalazine was discontinued, and the patient was started on systemic corticosteroids, with rapid resolution of the fever and eosinophilia and progressive improvement of the skin rash and organ system dysfunction.

Clinicians should have a high index of suspicion for the DRESS syndrome in any patient who develops this spectrum of symptoms. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, allopurinol and sulfasalazine are among the most probable causes in rheumatology.

#### **P125 – ALOPÉCIA AREATA E ANTI-TNF: A PROPÓSITO DE UM CASO COM ADALIMUMAB**

Madureira P<sup>1</sup>, Pimenta S<sup>1</sup>, Magina S<sup>2</sup>, Terroso G<sup>1</sup>, Aleixo A<sup>1</sup>, Vieira R<sup>1</sup>, Bernardo A<sup>1</sup>, Bernardes JM<sup>1</sup>, Costa L<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Hospital de S. João;
2. Serviço de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Hospital de S. João

**Introdução:** Nos últimos anos os antagonistas do factor de necrose tumoral (anti-TNF) têm vindo a afirmar-se como fármacos indispensáveis no tratamento das patologias reumáticas, e hoje em dia os seus principais efeitos adversos são bem conhecidos. Alguns estudos prospectivos recentes têm identificado as manifestações dermatológicas que podem surgir durante o tratamento com anti-TNF. Contudo, outros efeitos adversos menos comuns podem ocorrer, por vezes com grande impacto na vida do doente. O caso clínico que se apresenta descreve um caso de alopecia areata numa doente tratada com adalimumab.

**Caso Clínico:** Mulher, 49 anos de idade, actualmente reformada, com diagnóstico de artrite reumatóide seropositiva aos 24 anos de idade. Sem antecedentes pessoais relevantes, nomeadamente história pessoal ou familiar de psoríase ou de alopecia areata. Foi medica-

da com sais de ouro e corticoterapia até aos 38 anos de idade. Por actividade da doença iniciou metotrexato em dose crescente até 20 mg/semana, que suspendeu por ineficácia. Foi medicada com leflunomida 20 mg/dia aos 44 anos, tendo sido posteriormente proposta para tratamento com adalimumab 40 mg. Suspendeu anti-TNF durante 1 ano e meio por iniciativa própria; 11 meses após reiniciar anti-TNF encurtou-se o intervalo entre as tomas, passando a fazer adalimumab semanalmente por ainda apresentar doença activa. Após 2 semanas em dose semanal a doente verifica o aparecimento de peladas no couro cabeludo, inicialmente na região occipital e parietal, com atingimento de todo o couro cabeludo ao fim de 3 meses. Dada a relação temporal entre o aparecimento da alopecia areata e a intensificação do tratamento com adalimumab, este foi suspenso 3 meses após o aparecimento das peladas. Foi iniciado tratamento com PUVA tópico, que fez durante 6 meses, verificando-se total repovoamento do couro cabeludo no fim deste período. Actualmente encontra-se medicada com leflunomida e prednisolona.

**Conclusão:** Apesar de ser um efeito secundário pouco frequente, a alopecia areata tem sido descrita no decurso do tratamento com anti-TNF, nomeadamente com adalimumab, infliximab e etanercept, nalguns dos casos sem repovoamento do couro cabeludo após suspensão do fármaco. É importante o reumatologista estar sensibilizado para a existência deste facto, tal como de outros efeitos secundários que, apesar de pouco frequentes, podem obrigar à suspensão do tratamento em curso.

### P126 – IMPORTÂNCIA DA CONSULTA ESPECIALIZADA DE REUMATOLOGIA NOS CENTROS DE SAÚDE: RELATO DE UM ANO E MEIO DE EXPERIÊNCIA

Ponte C<sup>1</sup>, Macieira C<sup>2</sup>, Miranda Rosa C<sup>2</sup>, Catita C<sup>2</sup>, Ramos J<sup>2</sup>, Neto A<sup>2</sup>, Bexiga M<sup>2</sup>, Pereira da Silva JA<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte; Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

2. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introdução:** As doenças reumáticas (DR) são a mais frequente causa de morbidade humana. No nosso

país, e devido ao número de consultas médicas que motivam, resultam numa das principais causas de absentismo laboral. O diagnóstico correcto e a intervenção terapêutica adequada nas DR reduz significativamente a incapacidade física das populações. Vários estudos internacionais evidenciam as vantagens clínicas e económicas dos doentes reumáticos serem tratados por médicos Reumatologistas. Neste sentido, é presumível o benefício clínico, económico e social, da articulação entre os Serviços de Reumatologia e os Centros de Saúde (CS) da área respectiva.

**Objectivos:** Relatar a experiência clínica acumulada e mais valias verificadas aquando do funcionamento regular da Consulta de Reumatologia, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

**Métodos:** O Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria (HSM) disponibilizou semanalmente, durante 5 anos, a presença de 3 Reumatologistas nos CS da sua área de influência: Lumiar, Loures e Odivelas. Entre Janeiro de 2005 e Junho de 2006 foi elaborado um protocolo para o registo dos doentes referenciados à Consulta de Reumatologia pelos Clínicos Gerais onde foram englobadas as características demográficas, motivo de referência, diagnóstico realizado pelo Reumatologista e orientação posterior destes doentes.

**Resultados:** Foram registados 413 doentes, 342 mulheres (82,8%) e 71 homens (17,2%), com idade média de 54,2 anos [13-87 anos]. Do total de doentes, 107 eram provenientes do CS do Lumiar, 158 do CS de Loures e 148 do CS de Odivelas. O motivo mais frequente de referência pelos Clínicos Gerais foi as artralguas (72,4%), predominantemente axiais (37,4%) ou inespecíficas (36,5%). Apenas 4,4% dos doentes foram referenciados já com o diagnóstico presuntivo de artrite. Os principais diagnósticos estabelecidos após consultadoria da Reumatologia foram: Doenças Degenerativas Articulares (39,7%), Reumatismos Extra-articulares (22,0%, com o diagnóstico de Fibromialgia em 39,6% destes doentes), Doenças do Osso e da Cartilagem (5,6%, com o diagnóstico de Osteoporose em 60,9% destes doentes) e Espondiloartropatias Seronegativas (5,3%). Em ambos os sexos não existiram diferenças no principal diagnóstico, no entanto, no sexo masculino o segundo diagnóstico mais frequentemente registado foi Artrópata Induzida por Cristais (16,9% dos homens). No conjunto de doentes referenciados por artrite resultou como diagnóstico final: Artrite Reumatóide (33,3%), Gota (27,8%), Artrite Psoriática (16,7%) e outras DR não inflamatórias (22,2%). Na avaliação dos doentes enviados por artralguas foram

identificadas DR inflamatórias em 7,3% dos casos. Por último, salientar que do total de indivíduos observados, 11,2% foram enviados para seguimento no HSM e 41,7% tiveram alta definitiva da Consulta de Reumatologia.

**Discussão e Conclusão:** A articulação da Reumatologia com os CSP é de suma importância. Deve basear-se em princípios de boa comunicação e consultadoria prática que permita ao Clínico Geral efectuar uma correcta e atempada referenciação do doente à Consulta de Reumatologia.

Neste caso, a presença física de um Reumatologista no CS permitiu o diagnóstico de DR inflamatórias numa fase precoce e a rápida instituição da terapêutica imunossupressora adequada. Apenas 11,2% dos doentes necessitaram de ser referenciados ao Hospital, favorecendo assim o papel do Reumatologista como via para o menor consumo de recursos económicos com as DR.

## **P127 – MODELO FREMI: FERTILIZAÇÃO REUMATOLÓGICA CRUZADA MEDIADA POR INTERNO. UMA PROPOSTA.**

Ormonde T<sup>1</sup>, Nogueira R<sup>2</sup>, da Silva JAP<sup>3</sup>

1. USF BRIOSA, Coimbra;
2. USF Briosa, Coimbra. Coordenador do Internato de MGF do Centro;
3. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

As doenças ditas reumáticas constituem uma das patologias mais frequentes em Medicina Geral e Familiar (MGF). Apesar disso e da escassa formação pré-graduada nesta matéria, o internato de MGF não prevê estágio obrigatório em Reumatologia. Felizmente é crescente o número dos internos de MGF que o fazem a título voluntário, num máximo de dois meses. Estes estágios são, em regra, pouco estruturados e adaptados às necessidades da MGF prejudicando o seu impacto na formação e na prestação de cuidados à população.

Nesta comunicação, apresentamos uma proposta de estruturação dos estágios de Internos de MGF em Serviços de Reumatologia, visando, sem investimentos major, os seguintes

### **Objectivos:**

1. Enriquecer o estágio em Reumatologia dos Internos de MGF, dando-lhe reforçada motivação, utilidade e foco nas reais necessidades do Médico de Família.
2. Reforçar a articulação entre os diferentes níveis de

- cuidados de saúde no âmbito da Reumatologia.
3. Contribuir para a disseminação da formação e boas práticas na abordagem de doenças reumáticas.

### **Métodos:**

**1. Estrutura.** Durante o estágio no Serviço Hospitalar de Reumatologia, com a duração de 8 semanas, o interno de MGF trabalha regularmente Unidade de Saúde Familiar onde está a realizar o internato, uma ou duas tardes por semana.

O Serviço Hospitalar de Reumatologia atribui, a cada interno de MGF, um mentor senior.

Ao interno é atribuído, por ambas as partes, o estatuto de «embaixador», no âmbito do qual lhe cabe promover e facilitar a comunicação e cooperação entre as duas estruturas.

### **2. Dinâmica/Funcionamento**

#### RECEPÇÃO E FORMAÇÃO REUMATOLÓGICA BÁSICA DO INTERNO DE MGF

No início do estágio no Serviço Hospitalar de Reumatologia, o Interno de MGF receberá formação estruturada sobre as bases diagnósticas e terapêuticas de doenças reumáticas comuns em MGF, seguindo um protocolo previamente acordado;

#### INTERCÂMBIO DE CASOS E PROBLEMAS

Durante o seu estágio em Reumatologia o Interno de MGF será convidado pelos Médicos da sua Unidade de Saúde a debater casos/problema do foro reumatológico e contribuir para a sua solução: mediante conhecimentos que já tenha adquirido ou através de consulta ao serviço de Reumatologia em que estagia.

Cabe ao Mentor do IMGF no Serviço de Reumatologia providenciar para que estes casos tenham resposta adequada, individual ou colectiva.

#### FACILITAÇÃO DE FORMAÇÃO REUMATOLÓGICA BÁSICA NA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR, PELO INTERNO DE MGF

mediante reuniões, workshops e documentos em que dissemina o que aprendeu.

CONSTITUIÇÃO DE UMA REDE FREMIS, composta por internos que beneficiaram deste modelo e mantêm ligação privilegiada ao Serviço de Reumatologia de referência.

**Discussão:** Acreditamos que este modelo oferece uma oportunidade de otimizar o aproveitamento dos estágios de MGF em Serviços de Reumatologia quer em termos da formação do Médico Interno, quer em termos de resolução de casos clínicos comuns, quer ainda na perspectiva da disseminação de conhecimentos e práti-

cas relevantes à abordagem de doenças reumáticas no contexto da MGF

Os autores pretendem refinar a proposta com os comentários recebidos no Congresso Português de Reumatologia e promover a sua apreciação e eventual disseminação pelos Colégios da Especialidades e Sociedades Científicas de ambas as Especialidades.

### P128 – LIPOMA ARBORESCENTE – UMA CAUSA RARA DE SINOVITE

Abreu P

ULS Castelo Branco, EPE

**Introdução:** O lipoma arborescente é uma lesão intra-articular, rara, que consiste em proliferação vilo-lipomatosa crónica da membrana sinovial. A etiologia é desconhecida, mas pode estar associado a doenças degenerativas, diabetes mellitus, doenças inflamatórias crónicas como, por exemplo, a artrite reumatóide. O diagnóstico é baseado em achados de RMN e de biópsia sinovial.

**Caso Clínico:** Sexo feminino, 50 anos, empregada fabril, encaminhada para a Unidade de Reumatologia por tumefacção do joelho esquerdo de evolução crónica (há ± 16 anos), por vezes, causadora de limitação funcional à deambulação. Melhoria parcial com AINE. Sem factor desencadeante aparente (traumático, esforço físico, infeccioso). Sem outras queixas articulares ou sistémicas. Ao exame físico apenas a destacar sinovite do joelho esquerdo. Analiticamente, sem alterações, incluindo marcadores inflamatórios (VS e PCR). Imagiologicamente, com ecografia articular (2010) revelando pequeno derrame intra-articular e quisto de Baker com 42mm. Submetida a artrocentese diagnóstica e evacuadora cuja análise do líquido sinovial revelou presença de cristais de monourato de sódio. Submetida a infiltração intra-articular (x2) com corticosteroide havendo melhoria transitória apenas nas primeiras 2 semanas e posterior reaparecimento de derrame articular. Efectuou RMN que evidenciou aspectos sugestivos de infiltração lipomatosa da sinovial (lipoma arborescente). Foi orientada para consulta de Ortopedia a fim de ser submetida a sinovectomia.

**Conclusão:** Os clínicos deverão estar atentos para o diagnóstico de lipoma arborescente dado ser uma patologia rara e incluí-la como diagnóstico diferencial nos casos de monoartrite do joelho, recorrente e não respondedora ao tratamento convencional.

### P129 – ANCA DOLOROSA NÃO TRAUMÁTICA – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

Abreu P

ULS Castelo Branco, EPE

**Introdução:** A coxalgia é uma queixa frequente e, por vezes, difícil de diagnosticar e tratar. Determinar a causa exacta da dor pode ser difícil por várias razões: há várias estruturas que têm potencial para produzir queixas similares; a dor referida a essa região pode ser devida a estruturas profundas e que não são palpáveis. A coxalgia intensa, desproporcionada dos achados ao exame objectivo, pode implicar uma investigação mais aprofundada. O diagnóstico adequado e correcto pode ser um desafio na prática clínica diária. O autor apresenta 2 casos clínicos ilustrativos de situações pouco habituais e geradoras de tal sintomatologia.

**Caso Clínico 1** – Sexo feminino, 61 anos, antecedentes de HTA, rosácea, TVP, OA polifocal (OA nodal, gonartrose, espondilartrose), menisctomia do menisco interno joelho esq., observada em cons. Reumatologia por coxalgia direita com 2 sem. de evolução, referida à região inguinal, sem irradiação, mas limitando-a funcionalmente. Aquando do início da queixa algica terá andado na «apanha da azeitona». Ao exame objectivo com dor ligeira à palpação da região inguinal e à flexão activa/passiva da coxa direita. Iniciou AINE e foi solicitada ecografia da articulação em causa. Contudo, devido ao arrastar da situação e intensidade da dor recorreu ao SU tendo feito aí ecografia e TC-pélvico que revelou hematoma com localização no músc. ilíaco direito, com extensão ao longo do músc. psoas-ilíaco (14cm, longitudinalmente). Foi mantido AINE e encaminhada para o serviço de MFR com resolução das queixas.

**Caso clínico 2** – Sexo masculino, 35 anos, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 IT, HTA, hepatopatia crónica, internado no Serviço de Oftalmologia do CHTMAD, EPE por endoftalmite e retinite em provável contexto infeccioso. Solicitada observação de reumatologista por suspeita de artrite séptica da artic. coxo-femural devido a coxalgia esq., de instalação súbita (4 dias de evolução), sem irradiação mas francamente limitativa. Ao exame objectivo com limitação dos movimentos activos e passivos da coxo-femoral esq. Sem afecção de outras articulações. Analiticamente, sem leucocitose mas com PCR 13.9mg/dl. Hemoculturas e urocultura negativas. Estudo imunológico neg. Serologias HCV, HBV e HIV1+2 neg. Imagiologicamente: TC-órbitas e seios peri-nasais: empastamento dos tecidos

celulares peri-orbitários à direita com compromisso intra-crónico; proctose do globo ocular, Rx tórax PA sem alterações, Rx bacia AP e artic. coxo-femural sem alt. Efectuou TC-coxo-femural esq. que não revelou qualquer alteração. Posteriormente, efectuou TC-abdominal: lesão de natureza infecciosa (abcesso) na vertente lateral do 1/3 médio do rim esq. Realizada antibioterapia empírica. Foi efectuada drenagem de abcesso guiado por TC com resolução da sintomatologia.

**Conclusão:** Os casos clínicos relatados visam alertar para a possibilidade de causas pouco habituais (algumas viscerais) poderem causar dor referida.

### P130 – OSTEONECROSE MULTIFOCAL, UM CASO CURIOSO...

Furtado C<sup>1</sup>, Castro AM<sup>2</sup>, Fernandes S<sup>3</sup>, Rodrigues AM<sup>2</sup>, Saavedra MJ<sup>3</sup>, Capela S<sup>3</sup>, Sarmento M<sup>4</sup>, Monteiro J<sup>4</sup>, Pereira da Silva JA<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa e Serviço de Reumatologia do Hospital do Divino Espírito Santo, EPE; Ponta Delgada;

2. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa e Unidade de Investigação de Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;

3. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa;

4. Serviço de Ortopedia, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa

**Introdução:** A osteonecrose (ON), também designada por necrose asséptica, é um processo patológico que tem sido associado a diversas situações clínicas e intervenções terapêuticas, pelo que o seu diagnóstico etiológico é um desafio. É frequentemente progressiva, resultando em destruição articular e artrose incapacitante. Todas as estruturas ósseas podem ser afectadas, embora as localizações preferencialmente atingidas sejam as cabeças femural e umeral, o joelho e o tornozelo, assim como os pequenos ossos das mãos e pés.

**Caso clínico:** Descreve-se o caso clínico de um homem de 32 anos, caucasiano, funcionário de empresa de publicidade (colocação de cartazes publicitários) admitido na consulta de Reumatologia por quadro de omalgia bilateral com cerca de um mês de evolução, de início insidioso, ritmo misto, acompanhado de marcada incapacidade funcional e refractário à terapêutica analgésica e anti-inflamatória. Ao exame objectivo do ombro destacava-se

dor e limitação à mobilidade activa e passiva. A radiografia dos ombros não mostrava alterações relevantes e a ecografia dos ombros evidenciava tendinite da coifa dos rotadores. Neste contexto, efectuou infiltrações locais com corticosteróides e fisioterapia. Por falência das medidas conservadoras instituídas e agravamento do quadro clínico, realizou estudo analítico (sem alterações) e repetiu a radiografia dos ombros que revelou perda da esfericidade das cabeças umerais com colapso sobre as cavidades glenoideas. Face a estes achados radiológicos, realizou cintigrafia óssea e TC do ombro que confirmaram necrose bilateral extensa das cabeças umerais. Foram equacionadas as possíveis etiologias, nomeadamente traumáticas, hipertrigliceridémia, corticoterapia, alcoolismo, tabagismo, prática de mergulho, hemoglobinopatias, doenças hemato-oncológicas e outras, doenças reumáticas inflamatórias crónicas, não se encontrando uma causa aparente para a situação clínica descrita. Foi igualmente avaliado em consulta de Genética, não tendo sido identificada causa genética associada ao referido quadro clínico, nomeadamente possível quadro de osteólise multifocal idiopática hereditária. Foi solicitada avaliação pela Ortopedia que considerou existir indicação para colocação de prótese total bilateral dos ombros. Actualmente o doente encontra-se estável, tendo recuperado a capacidade funcional dos ombros. Mantém seguimento em consulta de Reumatologia e Ortopedia, por coxalgia bilateral com forte suspeita clínica e radiológica de ON bilateral em estadio inicial das cabeças femurais.

**Conclusão:** A osteonecrose multifocal é uma entidade rara e uma importante causa de morbidade, conduzindo a marcada impotência funcional. Neste caso o doente apresentava omalgia bilateral e apesar de não haver causas evidentes que nos levassem a suspeitar do diagnóstico, a ausência de melhoria com terapêutica conservadora e a marcada impotência funcional associada, conduziram ao estudo imagiológico mais aprofundado e subsequente confirmação diagnóstica. Perante um quadro clínico como o supracitado, e após exclusão das várias etiologias possíveis os autores concluem que o quadro poderá enquadrar o diagnóstico de osteonecrose multifocal idiopática.

### P131 – LINHA DE APOIO TELEFÓNICO DO HOSPITAL DE DIA DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DOS HUC-CHUC

Ferreira R, Marques A, Duarte C, Nour D, Salvador MJ, da Silva JAP

HUC-Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**Enquadramento:** Esta comunicação visa apresentar os resultados da linha de apoio telefónico recentemente instituída no serviço de Reumatologia dos HUC-CHUC.

O apoio telefónico tem sido usado como abordagem habitual de prestação de cuidados e esclarecimento de dúvidas em inúmeros países desenvolvidos, designadamente em Reumatologia.

Este tipo de serviço pode ter muita importância para as pessoas com doença crónica, seus familiares e/ou cuidadores. De igual forma, serve os serviços de reumatologia na medida em que providencia apoio e educação especializada quando falham as estratégias de autocontrolo dos doentes (*Arthritis Research Campaign*, 1999; *Arthritis and Musculoskeletal Alliance*, 2004), o que permite evitar complicações, alertar sobre efeitos secundários, além de rentabilizar o tempo dos profissionais durante as consultas.

**Objetivos:** Informar e esclarecer dúvidas sobre a doença reumatológica e seu tratamento aos doentes de «Hospital de Dia», através de apoio telefónico realizado por enfermeiros e médicos reumatologistas; Avaliar ganhos obtidos com este serviço na perspetiva dos doentes e dos profissionais de saúde.

**Metodologia:** Foi realizada a divulgação do serviço à população alvo (cerca de 200 doentes), facultando-se cartão com número de telemóvel e panfleto informativo. O telemóvel é atendido pelo enfermeiro e está disponível durante o horário de expediente, recebendo-se mensagem no *voice mail* nas horas restantes. É utilizada uma base de registo das chamadas e solicitada a autorização aos doentes para realização de futuro inquérito de satisfação.

**Resultados:** Em cerca de 6 meses (1-Set-2011 a 20-Fev.2012) foram registadas 69 chamadas, realizadas por 47 pessoas. Destas chamadas, 92.5% duraram menos de 5 minutos e apenas 5 foram para o *voice mail* (4 respondidas no mesmo dia e 1 no dia seguinte). Das 47 pessoas, 20 telefonaram mais que uma vez (entre 2 e 5), por diferentes razões.

Quanto aos motivos da chamada, os mais frequentes foram: a) obter aconselhamento sobre toma de medicação (36.4%), nomeadamente suspensão ou não do biológico devido a síndrome gripal, presença de feridas, intervenção cirúrgica/odontológica, etc.; b) efeitos secundários (15.2%); c) obter resultados de exames complementares/laboratoriais (12.1%); d) marcação/alteração data de consulta (12.1%); e) dúvidas sobre a toma da medicação (12.1%); f) agravamento de

sintomas (9.1%); g) não eficácia terapêutica (3.0%).

Os telefonemas foram debatidos com o reumatologista 29 vezes (43.9%), com outro enfermeiro 6 vezes (9.1%), com interno de reumatologia 2 vezes, resolvendo-se autonomamente as restantes 29 chamadas (43.9%).

Não houve necessidade de referenciar os doentes em 83.3% dos casos, em 6 casos aconselhou-se a ida ao serviço de reumatologia, em 2 casos ao médico assistente, outros 2 ao serviço de urgência, e num caso para o enfermeiro de referência.

**Discussão/Conclusão:** Este é um projeto piloto em fase de desenvolvimento que beneficiará de outras formas de avaliação (objetivas e subjetivas), nomeadamente à satisfação dos doentes utilizadores. Importa também avaliar a perceção dos ganhos que possam ter advindo para estes (por ex., maior segurança/tranquilidade, evitar de deslocações, diminuição das despesas, diminuição do absentismo, etc.). Pretende-se também realizar um inquérito a todos os doentes do serviço sobre a importância que atribuem à existência de uma linha telefónica deste género, bem como avaliar a sua literacia em *e-Health* (internet e *interfaces* informáticos).

## P132 – PAPEL DA DIETA NAS DOENÇAS REUMÁTICAS...

Henriques AC

USF Mactamã

**Introdução:** As doenças reumáticas afetam mais de 100 milhões de Europeus; sendo a 1ª causa de baixa laboral e incapacidade em Portugal. Genericamente, 50-80% da população apresentará ao longo da vida queixas deste foro.

Na prática clínica actual a dieta e suplementos alimentares são, para o doente, um complemento à terapêutica farmacológica. É um dos meios pelo qual podem influenciar a sua saúde, sendo de esperar que procurem também informação médica. O respeito desta vontade e a discussão informada será a chave para uma melhor relação médico-doente. Existem já diversos estudos que demonstram o impacto da dieta nestas doenças, os quais deverão ser do conhecimento dos médicos que seguem estes doentes.

**Objectivo:** Revisão do conhecimento científico sobre o papel da dieta em doentes reumatológicos.

**Métodos:** Pesquisa sistemática nas bases de dados MedLine, UpToDate e BMJ, utilizando as palavras chave *Mesh diet* e *rheumatology*. Pesquisa limitada a artigos

em português e inglês publicados de 2000 a 2011.

**Resultados:** É consensual que alteração estilo de vida e dieta previne a Gota. Actualmente recomenda-se a dieta dos insulino-resistentes-hipouricemiantes, para além dos outros benefícios. Também os vegetais e laticínios evidenciam efeito protector.

A obesidade na Osteoartrose é um importante factor de risco modificável, recomendando-se adesão a um plano de dieta com perda inicial 10% peso, para alívio sintomático e melhoria da função em cerca 28% dos doentes. Vários estudos evidenciam que o óleo de peixe tem potencial para suprimir os mediadores inflamatórios, bem como o potencial benéfico dos antioxidantes(AO). A ingestão de vitamina C associa-se a diminuição de 3x do risco de progressão da doença.

Na Artrite Reumatóide é benéfica a dieta vegetariana enquanto complemento terapêutico; mas também a dieta Mediterrânica provou melhorar a função física. Existe ainda evidência para recomendar consumo peixes gordos ou cápsulas de óleo de peixe.

Na Fibromialgia os suplementos AO mostram benefícios per si, bem como através da dieta vegetariana. Verifica-se ainda que a perda de peso é uma arma relevante na melhoria de sintomas e da qualidade de vida.

**Discussão:** Ainda que nem sempre clara a associação entre dieta e melhoria destas patologias, exemplos como gota e osteoartrose são promissores. A dieta dos insulino-resistentes, laticínios e vegetais parecem ser hipouricemiantes. O álcool, frutose e obesidade associam-se a aumento do risco de gota. Para a osteoartrose recomenda-se perda de peso, consumo de peixe gordo/óleo de peixe bem como de suplementos AO. Estes últimos também levam a melhoria sintomática na Artrite Reumatóide. A Fibromialgia, menos consensual, havendo no entanto melhoria sintomática com suplementos AO e dieta vegetariana.

Globalmente os elementos da dieta de maior consenso são óleo de peixe, suplementos AO, proteínas vegetais e perda de peso, pelo que poderão ser tidos em conta nestes doentes.

**Conclusão:** Milhões sofrem destas patologias que podem ser incapacitantes e diminuir a qualidade de vida. Apesar da disponibilidade de terapêuticas, o peso da doença e perda de eficácia marcam a necessidade de mais estudos. A dieta, nutrição e perda de peso mostram-se promissoras, em especial na gota e osteoartrose. Estas abordagens dão ao doente maior sensação de controlo sobre a doença bem como fornecem alívio não farmacológico. Persistem ainda, no entanto, muitas dúvidas que merecem atenção futura.

### P133 – UMA CAUSA RARA DE OMALGIA BILATERAL

Santiago T, Coutinho M, Santiago MG, Ferreira J, Rovisco J, Malcata A, da Silva JAP

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**Introdução:** A *síndrome do ombro de Milwaukee* representa uma artropatia rapidamente destrutiva do ombro associada a ruptura da coifa dos rotadores, devido à deposição articular e periarticular de cristais de hidroxapatite. Ocorre, preferencialmente, em doentes do sexo feminino, após os 60 anos de idade, sendo em 60% dos casos bilateral. Caracteriza-se pela presença de volumoso derrame articular ou peri-articular, sero-hemático, não inflamatório, contendo cristais de hidroxapatite. Vários factores foram sugeridos para explicar o desenvolvimento desta artropatia, incluindo factores degenerativos, vasculares, traumáticos, metabólicos e hereditários.

**Caso Clínico:** Doente do sexo feminino, 80 anos, trabalhadora rural, com antecedentes de hipertensão arterial e de fibrilhação auricular. Recorreu a uma primeira consulta de Reumatologia por omalgia bilateral de ritmo misto, de evolução crónica e intensidade crescente, associada a incapacidade funcional acentuada. Negava queixas sistémicas.

Ao exame objectivo geral não apresentava alterações de destaque. Ao exame objectivo reumatológico, apresentava tumefacção articular envolvendo ambos os ombros, punho esquerdo e pequenas articulações das mãos, associada à presença de crepitações grosseiras e desvio em valgo do joelho esquerdo. Analiticamente, não apresentava alterações (incluindo o estudo imunológico). Radiologicamente apresentava alterações degenerativas acentuadas de ambas as articulações gleno-umerais, com deformação da cabeça umeral direita e subluxação da mesma na cavidade glenóide; ao nível do joelho esquerdo, presença de alterações degenerativas do compartimento fémuro-tibial lateral; ao nível das mãos acentuada redução da entrelinha articular de diversas IFP's e ausência de erosões. A ecografia dos ombros revelou uma exuberante bursite sub-acromio-deltóideia bilateral (sem sinal *Power-Doppler*), associada à ruptura do tendão supra-espinhoso direito. A aspiração ecoguiada das bursas, permitiu a obtenção de um total de 160 ml de líquido sinovial (80 ml de cada ombro) de aspecto sero-hemático, filante e com baixa contagem celular. A pesquisa de cristais no líquido sinovial identificou a

presença de microesferas compatível com cristais de hidroxiapatite.

A conjugação dos dados clínicos, imagiológicos e da microscopia do líquido sinovial permitiu estabelecer o diagnóstico de artropatia microcristalina por deposição de cristais de hidroxiapatite.

A doente foi submetida a infiltração bilateral da bursa sub-acrômio-deltaoideia com metilprednisolona e medicada com hidroxicloroquina 400 mg/dia, tendo apresentado uma gradual melhoria clínica.

**Discussão:** Os autores descrevem este caso não apenas pela invulgaridade do diagnóstico, mas sobretudo pela exuberância dos achados clínicos e imagiológicos, particularmente ao nível dos ombros. Esta situação associa-se, com frequência, ao envolvimento de outras articulações, sendo que, ao nível do joelho é frequente a ocorrência de artrose fêmuro-tibial lateral, tal como ocorreu neste caso.

#### P134 – IS FAT SEXY?

Donica O, Cardoso A, Fernandes R,  
Cunha-Miranda L, Vaz-Patto José  
Instituto Português de Reumatologia

**Introduction:** Obesity can be defined as an excessive amount of fat which leads to an increased risk of chronic disease and premature death. Specifically, obesity increases the individual risk of cancer, gastrointestinal disorders, osteoarticular disease, affecting adversely the psychological well-being of individuals, their sexuality, body satisfaction and self-esteem. The sexual disorders related to obesity are reflected in disorders of sexual desire and sexual arousal, physical disability and decreased self-confidence. The aim of this study was to assess how obesity affects sexuality, quality of life, psychological well-being and self-esteem of rheumatic patients.

**Methods:** 96 patients were selected in an inpatient questionnaire was applied concerning sexual and socio-demographic information (age, education, marital status, occupation, frequency of sexual activity); the Self-Esteem and Relationship (SEAR) questionnaire; Quality of life was assessed by the Short Form-12 Health Survey (SF-12). Several visual analogue scales (VAS, higher value means higher involvement) were applied for pain, sleep quality, fatigue and two sexual questions: «how far your disease limited your sexual activity» (VAS-SexAct) and «how far your sexuality is important in your relationship» (VAS-Relation). In addition to the

questionnaire, anthropometric assessment was conducted on individuals, as well as body composition analysis (InBody720 bioimpedance device).

**Results:** We evaluated 96 individuals from the Internment Service IPR, mean age  $61.5 \pm 11.9$  years, 94.8% were female. It was observed that 71.9% of the subjects had increased BMI ( $BMI \geq 25$ ), in which 84.9% had increased waist perimeter (WP) and 84.4% had excess body fat. The analysis of the relationship between obesity and sexual arousal revealed that 48.4% of obese individuals have little or no sexual arousal in their relations. It was also possible to study the influence of weight on frequency of intercourse of individuals, where 22.6% of obese patients have sex less than 2 times per month. 45.2% of obese individuals have reported more low self-esteem than the normal weight. When considering patients education, we observed that 48.1% of individuals with lower education have less desire to initiate sex with their partner. It was also found that 80% of patients with high WP have lower sexual arousal and 73.3% say they have less sexual satisfaction. It was verified that 44.1% of individuals with excess body fat reported that were less likely to initiate sexual relations. Investigation of the patients psychological well-being (SF-12), we found that 67.6% of obese individuals report high levels of sadness, and 82.4% feel lower energy.

**Conclusion:** Obesity, a multifactorial disease, has negative consequences in terms of sexuality, thus influencing the quality of life and psychological well-being of individuals. The results point to greater disability and a significant reduction in activity (frequency of intercourse) and sexual satisfaction. The study of sexuality in the context of obesity allowed the analysis of psychological factors surrounding the presence of low self-esteem, high levels of sadness and lack of daily energy. A high BMI associated with visceral fat contributed to the sharp reduction in sexual satisfaction and therefore the associated pleasure. Was demonstrated that obesity plays an important role in the development of sexual disorders, affecting the quality of life of rheumatic patients.

#### P135 - BIOBASE STUDY: BIOLOGICS BODY COMPOSITION ASSESSMENT AND EVOLUTION – A PROSPECTIVE 2-YEAR FOLLOWUP

Cardoso A, Fernandes R, Cunha-Miranda L,  
Teixeira A, Silva C, Santos H, Vaz-Patto J  
Instituto Português de Reumatologia

**Background:** In order to reduce inflammation and progression of rheumatic disease, biotechnological therapy is an important evolution with higher hope for these patients. Among the available drugs, we emphasize the biologics with higher number of patients in our clinic, adalimumab, etanercept, infliximab and rituximab. The therapies adverse effects are described in literature, but their influence in body composition (BC) changes remains unconsensual. This study aimed to evaluate the body composition changes in rheumatic patients receiving anti-TNF- $\alpha$  therapies according to disease phenotype.

**Methods:** Patients under biotechnological treatment for at least 3 months were recruited for this study. Demographic, clinical and nutritional data were registered at baseline assessment. BC was evaluated by bioimpedance (InBody720). Data were collected for total body fat (BF) mass, visceral fat (VF), free fat mass (FFM), skeletal muscle mass (SMM); and recorded every 3 or 6 months  $\pm$  30 days of continuous anti-TNF- $\alpha$  therapy. Patients with rheumatoid arthritis (RA), ankylosing spondylitis (AS) and psoriatic arthritis (PA) were followed up for 24 months. Repeated-measures analysis of variance (ANOVA) was used to detect differences between times of assessment.

**Results:** A group of 171 patients with mean age of 51,1  $\pm$  11,3 years, 132 (77%) female were included. There were 111 (65%) with RA, 45 (26%) AS and 16 (9%) PA. Biologic therapy included 66 patients in adalimumab (38,4%), 62 etanercept (36%), 37 infliximab (21,5%) and 7 rituximab (4,1%). There were no significant differences in any of the baseline anthropometric characteristics between RA, AS and PA patients, by gender. At baseline evaluation, mean BMI was 27,6  $\pm$  5,6 kg/m<sup>2</sup> and 71% were overweight. Based on averages comparison, at month 24 a significant decrease in body weight (-1,4 kg  $\pm$  3,7; p < 0,05) and BMI was observed relative to baseline, mostly due to a loss in fat mass, especially in patients treated with adalimumab (-1,5 kg  $\pm$  2,8) and etanercept (-2,1 kg  $\pm$  3,6). Weight changes correlated with fat mass gain in the all patient group ( $r > 0,381$ ; p < 0,05). One third of patients experienced a 1 to 9,7 kg weight gain, but there were no significant differences in mean body composition parameters at M3, M6 or M12. After 3 months we observed a weight and fat increment in more than 60% of patients treated with adalimumab, 19,4% of etanercept and 41,1% in infliximab therapy. Interestingly, after 12 and 24 months of therapy, the weight and body fat gain, lost significance, affecting less number of patients (-20 to 30%), in exception to infliximab and rituximab the-

rapies that suffered a moderate increase.

**Conclusions:** Significant changes were observed only in body weight and BMI, however it loss significance when analysed by different anti-TNF-alpha therapies. This 2-year prospective study showed a significant decrease in weight and BMI at 24 months, mostly due to a loss in fat mass, especially in patients treated with adalimumab and etanercept. The changes in BC did not reach statistical significance thru all different biologic therapy group, although there is a trend towards an increment in body components in at least about 50% of treated patients, showing that anti-TNF- $\alpha$  treatment may induce weight and fat gain. This effect should be taken into account in the global approach to patients under biologic therapy, since these patients may benefit from parallel nutritional educational support and close body assessment monitoring.

### P136 – TOUCH STUDY: TACTILE SCREEN OUTCOME QUESTIONNAIRES IN RHEUMATIC PATIENTS

Trinca R, Cunha-Miranda L, Santos H, Silva C, Teixeira A, Sousa I, Vaz-Patto J  
Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** A forma como os profissionais de saúde encaram o seu objecto de actuação, tem vindo a pautar-se por uma objectivação da sua observação de forma a criar padrões para essa mesma actuação. Por este motivo, têm sido criados questionários, escalas e outros métodos, fundamentais na avaliação do doente, quer na consulta como no Hospital dia. Esses métodos requerem uma validação, de forma a tornarem-se padrão comum dentro de um sistema de saúde. A utilização de novas tecnologias visa facilitar a sua aplicação, tanto ao profissional de saúde como ao doente. Este estudo teve como objectivo avaliar e comparar a preferência do preenchimento de questionários realizados em modelo de ecrã e papel.

**Metodologia:** Foram aplicados diferentes questionários em papel e em ecrã a doentes com tratamento biotecnológico. De seguida foram questionados acerca da sua preferência relativamente ao preenchimento em ecrã ou em papel, através de EVAs: EVA relacionada com facilidade do ecrã (EVAecrã), EVA comparação da facilidade do ecrã em relação ao papel (EVAfac ecrã) e EVA avaliação da dificuldade se no futuro todos os questionários forem em ecrã (EVAfut). Quanto mais baixo for o valor da EVA, mais facilidade o doente re-

**TABELA I. COMPARAÇÃO DAS EVA'S DE PREFERÊNCIA POR PATOLOGIA REUMÁTICA**

Patologia	EVA ecrã (mm)	EVAfac ecrã (mm)	EVAfut (mm)
AR	23,3	25,6	26,0
EA	8,0	13,5	8,7
AP	9,8	12,5	14,6

**TABELA II. COMPARAÇÃO DA PREFERÊNCIA ENTRE ECRÃ E PAPEL POR PATOLOGIA REUMÁTICA**

Patologia	Papel	Ecrã	Indiferente
AR	5 (10,9%)	25 (54,3%)	16 (34,8%)
EA	1 (6,7%)	5 (33,3%)	9 (60%)
AP	1 (7,7%)	7 (53,8%)	5 (38,5%)

fero ao preencher os questionários no ecrã.

**Resultados:** Foram avaliados 74 doentes, dos quais 46 (62,2%) com Artrite Reumatóide (AR), 15 (20,2%) com Espondilite Anquilosante (EA) e 13 (17,6%) com Artrite Psoriásica (AP). Dos 74 doentes, 54 (73%) eram do sexo feminino e 20 (27%) do sexo masculino, com idade média de 52,7 anos e com escolaridade média de 7 anos. A duração média da doença foi de 154 meses (13 anos e 2 meses). Quanto à preferência entre preenchimento em papel ou ecrã, 7 doentes preferem em papel, 37 em ecrã e para 30 é indiferente preencher em papel

ouem ecrã. A média da EVAecrã foi de 17,9 mm, da EVAfac ecrã foi 20,8 mm e da EVAfut foi 20,4 mm.

**Conclusão:** O objectivo da utilização do ecrã para aplicação de questionários é facilitar ao doente a sua compreensão e preenchimento. A maioria dos doentes preferiu o modelo do ecrã como método de aplicação de questionários em relação ao modelo em papel.

### P137 – COMPARISON BETWEEN QUESTIONNAIRES IN PAPER AND IN TOUCH SCREEN COMPUTER IN RHEUMATIC PATIENTS: PRELIMINARY DATA

Cunha-Miranda L, Santos H, Teixeira A, Silva C, Trinca R, Cardoso A  
Instituto Português de Reumatologia

**Introduction:** The evaluation of rheumatic patients is clearly being shift to self-reported questionnaires from just the rheumatologist evaluation. The gold standard of questionnaires is considered performed in paper. New technologies can be a helpful strategy to achieve a better clinical evaluation in the least amount of time. This study aimed to compare paper version versus screen touch computer questionnaires in the evaluation of patients with rheumatic diseases.

**Methods:** Patients that went to the day hospital in sequential weeks on a Monday were evaluated firstly with the paper questionnaire and after with an electronic version of the same questionnaires (MDtouch) develo-

**TABLE I. PAPER VERSION VERSUS SCREEN TOUCH COMPUTER QUESTIONNAIRES: INTERNAL CONSISTENCY AND REPRODUCIBILITY**

	N	Correlation Coeficient	CCI (Cronbach $\alpha$ )	Confidence Interval
ASQOL	17	0,492-1,000	0,872	0,767-0,945
BASDAI	21	0,571-0,856	0,970	0,947-0,986
BASFI	20	0,661-0,892	0,973	0,952-0,987
HAQ	41	0,175-1,000	0,971	0,946-0,985
SF-36	41	0,326-0,898	0,874	0,813-0,923
VAS Adults:				
VAS1-disease activity	21	0,731	0,808	0,526-0,922
VAS2-pain	21	0,589	0,674	0,196-0,868
VAS Spondylitis:				
1-night back pain	17	0,979	0,975	0,931-0,991
2-total back pain	17	0,964	0,961	0,893-0,986
3-disease activity	17	0,801	0,895	0,709-0,962

ped by *Maria technologic department*. The selected questionnaires were: ASQOL, BASDAI; BASFI, HAQ, SF-36 and several VAS scores.

**Results:** A total of 60 patients, 38 rheumatoid arthritis (RA: 63,3%), 16 ankylosing spondylitis (AS:26,7%) and 6 psoriatic arthritis (PA: 10%), with a mean age of 52,6 years, 71,7% were female, with a disease duration of 15,5 years, with an average of 14,4 years in RA, 17,8 in AS and 14,7 in PA.

**Conclusion:** Although with small numbers this study seems to confirm that the use of touch screen computers is a valid option in order to save time and to improve patient's evaluation.

Both the correlation coefficient and the Cronbach  $\alpha$  reveals that the paper version and the computer assisted methods for the data collection are similar. A larger sample with more questionnaires is necessary to confirm our preliminary data.