



**POSTERS**

---

L

## Posters

ACTA REUMATOL PORT. 2014;39:57-169 (SUP)

### P1 – BSMI AND FOKI VDR GENE POLYMORPHISMS INFLUENCE DISEASE ACTIVITY IN ESTABLISHED RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Bernardes, Miguel<sup>1</sup>, Machado, José Carlos<sup>2</sup>, Gonçalves, Diana<sup>3</sup>, Abelha-Aleixo, Joana<sup>1</sup>, Fonseca, Rita<sup>1</sup>, Madureira, Pedro<sup>1</sup>, Vieira, Romana<sup>1</sup>, Bernardo, Alexandra<sup>1</sup>, Martins, Maria João<sup>4</sup>, Costa, Lúcia<sup>3</sup>, Simões-Ventura, Francisco<sup>5</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João do Porto e Serviço de Reumatologia da FMUP
2. IPATIMUP
3. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João do Porto
4. Departamento de Bioquímica da FMUP
5. Serviço de Reumatologia da FMUP;

**Introduction:** Vitamin D has been shown to have significant immunomodulatory effects. Its actions are mediated by the ubiquitous vitamin D receptor (VDR). In one study, BsmI VDR gene polymorphism was associated with an early onset of rheumatoid arthritis (RA). Additionally, TT genotype of the FokI VDR gene polymorphism was established as a genetic susceptibility marker for RA in French and Tunisian populations.

**Objective:** To determine the degree of association of BsmI and FokI VDR gene polymorphisms with disease activity in patients with established RA.

**Methods:** Clinical features and peripheral blood samples were collected from a monitoring visit. The Portuguese version of HAQ and the disease activity scores (DAS28 (4v; ESR), DAS28 (3v; ESR), DAS 28(4v; CRP), DAS28 (3v; CRP)) were obtained. We measured the following acute phase reactants: ESR and CRP. Genomic DNA was extracted from blood and genotyped for the BsmI (A/G) (rs1544410) and FokI (T/C) (rs 2228570) SNPs by PCR-RFLPs analysis. A multivariate analysis model was used for statistical analysis (IBM SPSS Statistics 21).

**Results:** We evaluated 208 RA patients, 166 (80%) women, 65 (31%) premenopausal women, age  $54 \pm 12$  years, disease duration  $14 \pm 10$  years, mean DAS28 (4v)

of  $4.25 \pm 1.33$  and a mean HAQ of  $1.254 \pm 0.709$ . In our sample, 107 (51%) were under biologics, 87 (42%) under anti-TNFalpha agents and 42 (20%) under vitamin D supplements. Genotype frequencies were determined for the two distinct VDR polymorphisms: BsmI (GG 37%, 44% AG, AA 19%) and FokI (CC 42%, TC 46%, TT 12%). GG genotype of the BsmI VDR gene polymorphism was associated with higher DAS28 (4v; ESR), DAS28 (3v; ESR), DAS 28(4v; CRP) and DAS28 (3v; CRP) scores ( $p < 0.001$ ). Additionally, TT genotype of the FokI VDR gene polymorphism was associated with higher DAS28 (4v; ESR), DAS28 (3v; ESR), DAS 28(4v; CRP) and DAS28 (3v; CRP) scores ( $p < 0.001$ ). In the subgroup of patients without vitamin D supplements, the previously observed associations remained significant ( $p < 0.001$ ). All these associations were found after adjusting for age, disease duration, current HAQ, time under DMARDs therapy, current average daily dose of prednisone and years of corticosteroid use.

**Conclusions:** In our RA population, the BsmI GG and the FokI TT genotypes of the VDR gene were related with disease severity. In the future, VDR gene polymorphisms could be useful in establishing RA prognosis.

### P2 – BSMI VDR GENE POLYMORPHISM IS ASSOCIATED WITH BONE MINERAL DENSITY AND BONE METABOLISM IN ESTABLISHED RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Bernardes, Miguel<sup>1</sup>, Machado, José Carlos<sup>2</sup>, Vieira, Tiago<sup>3</sup>, Gonçalves, Diana<sup>4</sup>, Vieira, Romana<sup>1</sup>, Fonseca, Rita<sup>1</sup>, Madureira, Pedro<sup>1</sup>, Abelha-Aleixo, Joana<sup>1</sup>, Bernardo, Alexandra<sup>1</sup>, Pereira, Jorge G.<sup>3</sup>, Martins, Maria João<sup>3</sup>, Costa, Lúcia<sup>4</sup>, Simões-Ventura, Francisco<sup>6</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João do Porto e Serviço de Reumatologia da FMUP
2. IPATIMUP
3. Serviço de Medicina Nuclear do Hospital de São João do Porto
4. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João do Porto

5. Departamento de Bioquímica da FMUP

6. Serviço de Reumatologia da FMUP;

**Introduction:** Rheumatoid arthritis (RA) is characterized by a localized bone resorption at the hands, namely, as well as a generalized osteoporosis. The BsmI vitamin D receptor (VDR) gene polymorphism is a well known genetic determinant of bone mineral density (BMD) in healthy populations.

**Objective:** To determine the degree of association of BsmI VDR gene polymorphism with bone density and metabolism in patients with established RA.

**Methods:** Clinical features and peripheral blood samples were collected from a monitoring visit. The Portuguese version of HAQ and the disease activity score (DAS28 (4v)) were obtained. We measured the following laboratory parameters: ESR and CRP, serum  $\beta$ -C-telopeptides of type 1 collagen cross-links ( $\beta$ -CTX1), osteocalcin, Dkk-1 (ELISA, Biomedica), sclerostin (ELISA TECOmedical), RANKL (ELISA, Cusabio) and OPG (ELISA, Biomedica). Genomic DNA was extracted from blood and genotyped for the BsmI (A/G) (rs1544410) SNP by PCR-RFLPs analysis. BMD was assessed by Dual energy X-ray Absorptiometry (Lunar Expert ® 1320) at the lumbar spine, total hip, femoral neck, Wards triangle, hands and second proximal phalanges. A multivariate analysis model was used for statistical analysis (IBM SPSS Statistics 21).

**Results:** We evaluated 208 RA patients, 166 (80%) women, 65 (31%) premenopausal women, age  $54 \pm 12$  years, disease duration  $14 \pm 10$  years, mean DAS28 (4v) of  $4.25 \pm 1.33$  and a mean HAQ of  $1.254 \pm 0.709$ . In our sample, 107 (51%) were under biologics, 87 (42%) under anti-TNFalpha agents, 69 (33%) under bisphosphonates and 42 (20%) under vitamin D supplements. Genotype frequencies were determined for BsmI VDR gene polymorphism: GG 37%, AG 44%, AA 19%. AA genotype was associated with higher BMD at femoral neck, lumbar spine, hands and second proximal phalanges ( $p < 0.001$ ). In the subgroup of patients without vitamin D supplements, AA genotype was also associated with higher BMD at the hip and Wards triangle ( $p < 0.001$ ). These associations were found after adjusting for age, disease duration, body mass index, DAS28 (4v), current HAQ, time under DMARDs therapy, years of corticosteroid use and years of bisphosphonates use. In terms of bone metabolism, AA genotype was associated with higher values of Dkk-1 ( $p < 0.05$ ) and sclerostin ( $p < 0.001$ ). The presence of A allele was associated with higher RANKL levels in the

whole population ( $p < 0.05$ ). In the subgroup of patients without vitamin D supplements, AA genotype was only associated with higher sclerostin levels ( $p < 0.001$ ). These later associations were found after adjusting for age, age at diagnosis, disease duration, body mass index, DAS28 (4v), current HAQ, current average daily dose of prednisolone and years of bisphosphonates use.

**Conclusions:** BsmI VDR gene polymorphism may serve as a genetic marker of both, localized and generalized, bone loss in RA population since it is associated with femoral, lumbar spine and hands bone mass. The link of this polymorphism to high serum levels of sclerostin reinforce a possible role for this bone marker in coupling bone resorption to bone formation. In fact, there is recent evidence that zoledronic acid increases sclerostin serum levels in treated postmenopausal women and that sclerostin serum levels correlate positively with BMD in haemodialysis patients.

### P3 – SLC22A11 T ALLELE (RS11231809) AS A PREDICTOR OF METHOTREXATE NON-RESPONSE IN PORTUGUESE RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Lima, A.<sup>1</sup>, Bernardes, M.<sup>2</sup>, Azevedo, A. R.<sup>3</sup>, Sousa, H.<sup>4</sup>, Seabra, V.<sup>5</sup>, Medeiros, R.<sup>6</sup>

1. IINFACETS/CESPU, Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies, Department of Pharmaceutical Sciences, Higher Institute of Health Sciences (ISCS-N). Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Abel Salazar Institute for the Biomedical Sciences (ICBAS), University of Porto
2. Rheumatology Department of São João Hospital Center. Faculty of Medicine of University of Porto (FMUP)
3. Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Faculty of Medicine of University of Porto (FMUP)
4. Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Virology Service, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Faculty of Medicine of University of Porto (FMUP)
5. IINFACETS/CESPU, Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies, Department of Pharmaceutical Sciences, Higher Institute of Health Sciences (ISCS-N)
6. Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Abel Salazar Institute for

the Biomedical Sciences (ICBAS), University of Porto. Research Department-Portuguese League Against Cancer (LPCC-NRNorte). Virology Service, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto).;

**Introduction:** Methotrexate (MTX) is one of the most commonly used disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) and it is the first-line agent for the treatment of rheumatoid arthritis (RA). Despite that, MTX therapeutic outcome varies widely and studies have described a possible role of genetic polymorphisms in MTX influx and efflux transporters (solute carriers, SLC and/or ATP-binding cassette, ABC) in clinical response to MTX. This work aimed to evaluate the influence of several single nucleotide polymorphisms (SNP) in genes that codify to MTX transporters with clinical response to MTX in Portuguese RA patients.

**Material & Methods:** A total of 233 Caucasian RA patients were included in the study and genotyped by Sequenom MassARRAY® for 20 SNPs on 10 genes (*SLC16A7*, *SLC19A1*, *SLC22A6*, *SLC22A11*, *SLC46A1*, *SLCO1B1*, *ABCB1*, *ABCC1*, *ABCC2* and *ABCG2*). MTX clinical response was recorded at the time of each visit. Non-response was defined if patients presented a Disease Activity Score in 28 joints (DAS28) >3.2 in two consecutive evaluations despite being using high-doses of MTX either in monotherapy or combined with other classic DMARDs. Therefore, at least six months of MTX therapy was required to define which patients had non-response to MTX. Response to MTX was defined when patients presented a DAS28 ≤3.2. Binary logistic regression analyses were performed and adjusted to possible confounding variables (patient, disease and treatment-related).

**Results:** Our results demonstrated that T carriers for *SLC22A11* T>A polymorphism (rs11231809) were associated with almost 4-fold increased risk for MTX non-response when compared to A homozygotes ( $p=0.023$ , OR=3.62, 95%CI: 1.19-10.97). The remaining studied polymorphisms did not reach statistically significant levels for this outcome.

**Conclusions:** *SLC22A11* T>A polymorphism (rs11231809) appears to be relevant to predict the clinical response to MTX in Portuguese RA patients. Consequently, *SLC22A11* T>A genotyping may be a useful tool for clinicians to identify patients at higher risk for MTX non-response. Despite the potential relevance of these findings, translation into clinical practice needs further studies to provide confirmation.

#### P4 – SLC19A1, SLC46A1 AND SLCO1B1 POLYMORPHISMS ARE ASSOCIATED WITH METHOTREXATE-RELATED TOXICITY IN PORTUGUESE RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Lima, A.<sup>1</sup>, Bernardes, M.<sup>2</sup>, Azevedo, A. R.<sup>3</sup>, Sousa, H.<sup>4</sup>, Medeiros, R.<sup>5</sup>, Seabra, V.<sup>6</sup>

1. IINFACTS/CESPU, Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies, Department of Pharmaceutical Sciences, Higher Institute of Health Sciences (ISCS-N). Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Abel Salazar Institute for the Biomedical Sciences (ICBAS), University of Porto

2. Faculty of Medicine of University of Porto (FMUP). Rheumatology Department of São João Hospital Center

3. Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Faculty of Medicine of University of Porto (FMUP)

4. Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Faculty of Medicine of University of Porto (FMUP). Virology Service, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto)

5. Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Abel Salazar Institute for the Biomedical Sciences (ICBAS), University of Porto. Virology Service, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Research Department-Portuguese League Against Cancer (LPCC-NRNorte)

6. IINFACTS/CESPU, Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies, Department of Pharmaceutical Sciences, Higher Institute of Health Sciences (ISCS-N), Rua Central de Gandra 1317, 4585-116, Gandra PRD, Portugal

**Introduction:** Methotrexate (MTX) is used for rheumatoid arthritis (RA) treatment with a wide variety of clinical responses, especially of concern is the development of MTX-related toxicity (MTX-Tox). Studies have described a possible role of genetic polymorphisms that alter MTX transporters influx (solute carriers, SLC) and/or efflux (ATP-binding cassette, ABC) in MTX-Tox development. The aim of this work was to evaluate the influence of several single nucleotide polymorphisms (SNP) in genes codifying MTX transporters with the occurrence of MTX-Tox in Portuguese RA patients.

**Material & Methods:** A total of 233 RA patients were included in the study and genotyped by Sequenom

MassARRAY® for 20 SNPs on 10 genes (*SLC16A7*, *SLC19A1*, *SLC22A6*, *SLC22A11*, *SLC46A1*, *SLCO1B1*, *ABCB1*, *ABCC1*, *ABCC2* and *ABCG2*). The occurrence of MTX-related toxicity, defined when patients presented any adverse drug reaction (ADR) related to MTX treatment, independently of the MTX dose and administration route, was recorded at the time of each visit. The type of ADR was classified in System Organ Class disorders, in accordance with the Common Terminology Criteria for Adverse Events. Binary logistic regression analysis were performed and adjusted to possible confounder variables (related to patient, disease and treatment). Haplotype analysis was used to test SNPs revealing statistical significance and a risk index for MTX-Tox was created.

**Results:** In this study, *SLC19A1* rs7499 G carriers ( $p=0.013$ , OR=4.07), *SLC19A1* rs2838956 A carriers ( $p=0.045$ , OR=2.81), *SLC46A1* rs2239907 G homozygotes ( $p=0.031$ , OR=2.31) and *SLCO1B1* rs4149056 T carriers ( $p=0.037$ , OR=2.82) were associated with increased risk for MTX-Tox. *SLC19A1* rs7499 and rs2838956 revealed to be in linkage disequilibrium ( $p<0.001$ ,  $D'=0.90$ ), nevertheless the estimated haplotypes were not associated with MTX-Tox. In addition, the risk index revealed that patients with the 4 risk variants (*SLC19A1* rs7499 GG, *SLC19A1* rs2838956 AA, *SLC46A1* rs2239907 GG and *SLCO1B1* rs4149056 TT) had a 14-fold increased risk for MTX-Tox ( $p=0.011$ , OR=14.1).

**Conclusions:** This study revealed that SNPs in ABC transporter genes do not seem to be associated with the development of MTX-Tox, whereas *SLC19A1*, *SLC46A1* and *SLCO1B1* genotypes may help clinicians to identify patients with increased risk for MTX-related toxicity.

#### P5 – SLC19A1, SLCO1B1 AND ABCG2 POLYMORPHISMS ARE ASSOCIATED WITH METHOTREXATE-RELATED GASTROINTESTINAL TOXICITY IN PORTUGUESE RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Lima, A.<sup>1</sup>, Azevedo, A. R.<sup>2</sup>, Sousa, H.<sup>3</sup>, Bernardes, M.<sup>4</sup>, Seabra, V.<sup>5</sup>, Medeiros, R.<sup>6</sup>

1. IINFACTS/CESPU, Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies, Department of Pharmaceutical Sciences, Higher Institute of Health Sciences (ISCS-N). Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto).

Abel Salazar Institute for the Biomedical Sciences (ICBAS), University of Porto

2. Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Faculty of Medicine of University of Porto (FMUP)

3. Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Virology Service, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Faculty of Medicine of University of Porto (FMUP)

4. Rheumatology Department of São João Hospital Center. Faculty of Medicine of University of Porto (FMUP)

5. IINFACTS/CESPU, Institute of Research and Advanced Training in Health Sciences and Technologies, Department of Pharmaceutical Sciences, Higher Institute of Health Sciences (ISCS-N)

6. Molecular Oncology Group CI, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto). Abel Salazar Institute for the Biomedical Sciences (ICBAS), University of Porto. Research Department-Portuguese League Against Cancer (LPCC-NRNorte). Virology Service, Portuguese Institute of Oncology of Porto (IPO-Porto)

**Introduction:** Methotrexate (MTX) is used for rheumatoid arthritis (RA) treatment with a wide variety of clinical responses. Therefore, studies have been conducted to help elucidate the potential role of genetic polymorphisms in MTX influx and efflux transporters (solute carriers – SLC and ATP-binding cassette – ABC, respectively) as well as in the development of MTX-related gastrointestinal toxicity (MTX-GastroTox). We aimed to evaluate the influence of several single nucleotide polymorphisms (SNP) in genes that codify to MTX transporters with the occurrence of MTX-GastroTox in Portuguese RA patients.

**Material & Methods:** A total of 233 RA patients were included in the study and genotyped by Sequenom MassARRAY® for 20 SNPs on 10 genes (*SLC16A7*, *SLC19A1*, *SLC22A6*, *SLC22A11*, *SLC46A1*, *SLCO1B1*, *ABCB1*, *ABCC1*, *ABCC2* and *ABCG2*). The occurrence of MTX-related gastrointestinal toxicity, defined when patients presented any gastrointestinal disorder related to MTX treatment, independently of the administration route and in accordance with the Common Terminology Criteria for Adverse Events, was recorded at the time of each visit. Binary logistic regression analyses were performed and adjusted to possible confounder variables (related to patient, disease and treatment). Haplotype analysis was used to test SNPs that revealed to be statistically significant and a risk index for MTX-GastroTox was created.

**Results:** In this population, *SLC19A1* rs7499 G carriers ( $p=0.013$ ,  $OR=5.46$ ), *SLC19A1* rs1051266 G carriers ( $p=0.039$ ,  $OR=2.94$ ), *SLCO1B1* rs4149056 T carriers ( $p=0.039$ ,  $OR=3.13$ ) and *ABCG2* rs13120400 C carriers ( $p=0.042$ ,  $OR=2.26$ ) were associated with increased risk for MTX-GastroTox. *SLC19A1* rs7499 and rs1051266 revealed to be in linkage disequilibrium ( $p<0.001$ ,  $D=0.81$ ) with the AA haplotype being associated with MTX-GastroTox protection ( $p=0.024$ ,  $OR=0.45$ ). In addition, the risk index revealed that patients with 3 or 4 risk variants (*SLC19A1* rs7499 GG, *SLC19A1* rs1051266 GG, *SLCO1B1* rs4149056 TT and *ABCG2* rs13120400 CC) had a 13-fold increased risk for MTX-GastroTox ( $p=0.006$ ,  $OR=13.4$ ).

**Conclusions:** *SLC19A1*, *SLCO1B1* and *ABCG2* genotyping may be a useful tool for assist clinicians to identify patients at higher risk for developing gastrointestinal toxicity related with MTX treatment.

## P6 – UM CASO DE ARTRITE REUMATÓIDE COM EVOLUÇÃO EM VIAS DE EXTINÇÃO

Cunha, P<sup>1</sup>, Cerqueira, M<sup>2</sup>

1. USF Fiães; 2 Serviço de Reumatologia, ULSAM;

**Introdução:** A Artrite Reumatóide (AR) é a doença articular inflamatória crónica mais prevalente a nível mundial, de etiologia desconhecida, cuja principal característica é o envolvimento das articulações periféricas, de forma simétrica e bilateral. Quando não tratada, leva a deformidade e a destruição articular progressiva, por erosão do osso e da cartilagem, causando incapacidades graves. A referenciação atempada e a instituição de terapêutica otimizada, com recurso a fármacos modificadores da doença (DMARDs), são fundamentais para evitar situações como as descritas neste caso clínico.

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

**Caso clínico:** Doente de 64 anos, do sexo feminino, raça caucasiana, natural de Vila Nova de Gaia, diagnosticada de AR erosiva aos 31 anos, com envolvimento de mãos, cotovelos, joelhos e pés, motivo pelo qual foi reformada por invalidez aos 34 anos de idade. Ao longo da evolução da doença, tratada sempre com corticoterapia e anti-inflamatórios não esteróides, passando a ser seguida em Reumatologia no CHVNG/E desde 2011. Possui próteses totais dos joelhos esquerdo e di-

reito, desde 2001 e 2002, respetivamente. Realizou também correção das deformidades dos pés em 2010. Referenciada para Ortopedia do CHEDV em Dezembro de 2012, por marcada limitação funcional nos membros superiores, com deformidades importantes nos cotovelos e mãos. Avaliada a possibilidade de abordagem cirúrgica apesar do avançado estado de destruição articular, foi decidida a colocação de próteses inicialmente a nível dos cotovelos, com o objetivo de aliviar as queixas algícas e restituir alguma funcionalidade articular de forma a permitir uma melhor qualidade de vida à doente.

**Discussão e Conclusão:** Deste caso, concluímos que é importante que existam mecanismos fáceis de contacto da Medicina Geral e Familiar com a Reumatologia. É fundamental que os Médicos de Família reconheçam e saibam abordar as principais doenças reumáticas, tendo um papel decisivo na identificação da artrite inicial e na sua referenciação precoce para a Reumatologia, determinando assim o prognóstico destes doentes. A intervenção cirúrgica, ou seja, a referenciação para Ortopedia, como fim da linha, acabou por ser importante na situação descrita, para alívio sintomático, de forma a permitir níveis mínimos aceitáveis de atividades de vida diária. A terapêutica com DMARDs, clássicos e biológicos, veio mudar o prognóstico desta patologia, permitindo evitar a evolução destrutiva observada neste caso. A remissão tornou-se, por conseguinte, um objetivo realista, e casos como o descrito, tornar-se-ão raros.

## P7 – PAPEL DOS GLUCOCORTICÓIDES NA ARTRITE REUMATÓIDE: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sepriano, A<sup>1</sup>, Araújo, F<sup>2</sup>, Pedrosa, T<sup>3</sup>, Nero, P<sup>3</sup>, Pimentel-Santos, F<sup>1</sup>, C. Branco, J<sup>4</sup>

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

2. 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

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

4. 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:** Os glucocorticoides (GC) foram inicialmente usados no tratamento da Artrite Reumatóide (AR) por Philip S. Hench há mais de 60 anos. Apesar de há muito se encontrar demonstrada a sua eficácia sintomática, só muito recentemente foi reconhecida a sua capacidade de prevenir o dano estrutural. O caso descrito, de uma doente com AR em monoterapia com GC durante 7 anos é ilustrativo desta característica.

**Resultados:** Apresenta-se o caso de uma doente de 53 anos, com artrite reumatóide seropositiva para factor reumatóide (FR) e anticorpo anti péptido citrulinado (ACCP) com 7 anos de evolução. Era fumadora (40 UMA) e não tinha outros antecedentes pessoais relevantes. Foi seguida pelo Médico de Família durante 6 anos e medicada com prednisolona (dose máxima 60 mg/dia) e diclofenac 50 mg em SOS com bom controlo sintomático. Não foi introduzido qualquer DMARD e a doente ajustava a dose de prednisolona de acordo com a sintomatologia, não descendo para valores inferiores a 30 mg/dia neste período. Em 2013, foi internada no Serviço de Reumatologia do HEM, por quadro com 2 semanas de evolução, de úlceras com exsudado purulento em ambos os cotovelos e 5º dedo da mão direita, associadas a febre (39°C). Na observação, além das lesões ulceradas com exsudado purulento, apresentava *facies* cushingóide, obesidade centrípeta, estrias violáceas na região abdominal e lesões eritematosas pruriginosas envolvendo a região axilar bilateralmente. Encontrava-se febril (38°C) e hipertensa (169/113 mmHg). Não tinha articulações dolorosas ou tumefactas. Na avaliação laboratorial destacavam-se parâmetros inflamatórios elevados; FR 364 U/mL e ACCP 447 U/mL; glicemia 421 mg/dL; colesterol total 265 mg/dL e triglicéridos 450 mg/dL. As radiografias das mãos e pés não evidenciavam dano estrutural. Foi isolado do exsudado um *S. aureus* pelo que realizou 22 dias de antibioterapia endovenosa com resolução progressiva das ulcerações. Pelas lesões pruriginosas, acima descritas, foi observada por Dermatologista que realizou o diagnóstico de Tinha cutânea tendo iniciado terbinafina oral e clotrimazol tópico. Iniciou Insulinoterapia com bom controlo das glicemias, terapêutica anti-hipertensora e anti-dislipidémica. Após resolução das complicações infecciosas, iniciou metotrexato 20 mg/semana tendo sido possível reduzir de forma progressiva a dose de prednisolona até 15 mg/dia.

**Discussão:** Este caso clínico é o paradigma em como

os GC podem ser muito eficazes no alívio sintomático e na melhoria funcional em doentes com AR. A ausência de lesão radiográfica reforça a evidência recente que fundamenta a classificação dos GC como verdadeiros DMARDs. Contudo, o provável efeito estrutural terá sido conseguido neste caso com a utilização de doses elevadas de GC que levou ao desenvolvimento de vários efeitos adversos. A existência de outros fármacos modificadores de doença eficazes e com um melhor perfil de segurança torna esta estratégia terapêutica inaceitável à luz do conhecimento actual. Seria importante definir qual a dose e duração de tratamento ideais para garantir o melhor perfil de risco / benefício dos GC.

## P8 – FASCEÍTE NECROTIZANTE EM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE SOB TOCILIZUMAB

Rosa Gonçalves, Diana<sup>1</sup>, Abelha, Joana<sup>2</sup>, Vieira, Romana<sup>2</sup>, Madureira, Pedro<sup>2</sup>, Fonseca, Rita<sup>2</sup>, Moreira, Catarina<sup>3</sup>, Horta Oliveira, Ricardo<sup>4</sup>, Bernardes, Miguel<sup>5</sup>, Costa, Lúcia<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João, Porto
2. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
3. Serviço de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar de São João
4. Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva Estética e Maxilo-Facial do Centro Hospitalar de São João
5. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A Faceíte Necrotizante (FN) é uma infecção bacteriana rapidamente progressiva dos tecidos moles subcutâneos, estando associada a elevada morbidade e mortalidade se não tratada precocemente. O diagnóstico é clínico e muitas vezes é realizado tardiamente, dada a escassez de sinais clínicos e baixo índice de suspeição. Os autores apresentam o caso de uma paciente com Artrite Reumatóide que desenvolveu FN sob Tocilizumab.

**Caso Clínico:** Mulher de 66 anos, com Artrite Reumatóide com 23 anos de evolução, seropositiva (FR e ACCP) e erosiva, recorreu ao SU por dor intensa e súbita no antebraço esquerdo, seguida de sinais inflamatórios discretos de todo o membro superior homolateral com 5 dias de evolução. Negava febre ou hipersu-



dorese nocturna. Negava traumatismo ou picada de animal. Estava medicada com prednisolona 7.5mg/dia, leflunamida 10mg/dia e tocilizumab 8mg/Kg e.v. (realizado a cada 4 semanas), iniciado há cerca de 3 anos. Apresentava um DAS28 4V de 4.715, com resposta EULAR moderada. Como DMARDs prévios tinha realizado metotrexato, etanercept e adalimumab, que falharam em induzir resposta EULAR. Na história prévia salientava-se a ocorrência de erisipela e osteomielite bacteriana no 5º dedo do pé esquerdo. Objectivamente estava apirética e hemodinamicamente estável. No membro superior apresentava edema marcado e discreto rubor, com algumas bolhas até ao nível do cotovelo. Sem aparente porta de entrada. Apresentava sinovite activa nas MCFs, IFPs, punhos e joelho direito. Analiticamente verificou-se leucocitose ( $17.13 \times 10^9/L$ ) com neutrofilia, trombocitopenia ( $58 \times 10^9/L$ ), PCR 188mg/L e lesão renal aguda. As enzimas hepáticas, o estudo da coagulação e o ionograma eram normais. Outras hipóteses diagnósticas foram excluídas, nomeadamente trombose venosa profunda; tendo iniciado, nas primeiras horas, antibioterapia empírica de largo espectro com vancomicina e imipenem. Ao 5º dia de tratamento verificou-se ligeira melhoria analítica mas apresentava períodos de febre (máx.  $38.4^\circ C$ ) e progressão rápida das lesões cutâneas (extensas áreas de descolamento cutâneo no contexto de rotura de bolhas com exsudação intensa) com aparecimento de áreas necrosadas. As culturas de exsudado da pele foram positivas para *Enterobacter aerogenes*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Stenotrophomonas maltophilia*. As hemoculturas foram negativas. Foi então submetida a desbridamento cirúrgico e, posteriormente, a enxerto parcial de pele. Cumpriu 20 dias de antibioterapia de largo espectro e verificou-se melhoria progressiva das lesões cutâneas. Teve alta ao 23º dia de internamento. Actualmente iniciou metotrexato oral, 15mg/semana, por apresentar um DAS28 4V de 6.207 sob hidroxyclorequina e prednisolona em baixa dose.

**Conclusão:** As infecções graves são uma complicação bem conhecida da terapêutica biotecnológica contudo, o número de casos reportados é baixo. As infecções mais frequentemente descritas são as infecções respiratórias e a celulite, mas infecções mais graves e raras como a FN podem ocorrer. Nestes doentes imunocomprometidos o diagnóstico requer forte suspeita pois muitas vezes os sinais de infecção grave são mascarados. A intervenção imediata é crucial para a sobrevivência, consistindo na associação de antibioterapia de largo espectro e desbridamento cirúrgico.

## P9 – ARTRITE REUMATÓIDE: O BENEFÍCIO DA HIDROTERAPIA

Zão, A<sup>1</sup>, Camelo, A<sup>1</sup>

1. Serviço de Fisiatria, Centro Hospitalar do Porto

**Introdução:** A artrite reumatóide (AR) é uma doença poliarticular, inflamatória e crónica, com atingimento sistémico. A hidroterapia constitui uma modalidade terapêutica ancestral, com potenciais efeitos benéficos na AR, sobretudo em termos de funcionalidade e qualidade de vida. A sua eficácia nesta entidade clínica apresenta crescente evidência.

**Objetivos:** Avaliar a evidência da eficácia da hidroterapia na AR.

**Metodologia:** Revisão sistemática da literatura publicada até Janeiro de 2014 nas bases de dados Medline, EMBASE, AMED, Cochrane Library, Web of Science e Scopus. A qualidade metodológica dos ensaios clínicos randomizados seleccionados foi avaliada utilizando a escala PEDro.

**Resultados:** Dos 206 estudos inicialmente identificados, seis cumpriam os critérios de inclusão, com qualidade metodológica média considerada moderada - 6,8 na escala PEDro. Os estudos reportaram efeito benéfico estatisticamente significativo da hidroterapia na AR, particularmente ao nível da diminuição da dor e do edema articular, aumento da força muscular, melhoria do humor, sensação de bem-estar e qualidade de vida. Contudo, nos estudos com período de seguimento prolongado, esse efeito não persistiu significativamente a longo prazo. O tipo de tratamento de hidroterapia, assim como a sua duração e frequência foi variável entre os diversos estudos.

**Conclusões:** Apesar da escassez de estudos com qualidade metodológica, existe evidência sugestiva do efeito positivo da hidroterapia na redução da dor, controlo da actividade da doença, melhoria do estado geral de saúde, da funcionalidade e da qualidade de vida dos doentes com AR, a curto prazo. A sua eficácia a longo prazo, assim como o tipo, a frequência e a duração ideais da hidroterapia permanecem incertos, pelo que são necessários mais estudos com qualidade metodológica elevada.

## P10 – PERSISTENCE OF FIRST LINE BIOLOGICAL THERAPY IN DMARD REFRACTORY RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Cordeiro, I<sup>1</sup>, Sousa, S<sup>1</sup>, Teixeira, L<sup>1</sup>, Alcobia, A<sup>1</sup>, Canas da Silva, J<sup>1</sup>



1. Hospital Garcia de Orta;

**Background:** The use of biological DMARDs in the treatment of rheumatoid arthritis (RA) has increased over the past 15 years, probably due to their overall efficacy and tolerability profiles. Nonetheless, their limited survival has been one of the most challenging aspects of their clinical use. Objectives: To analyze the persistence (time between biological agent initiation and its discontinuation) of the first biological agent for the treatment of RA patients and the reasons for its discontinuation in a clinical practice setting.

**Methods:** Retrospective study including RA patients followed at Hospital Garcia de Orta with their first line biological therapy starting between 1st of January 2008 and 31st of December 2012. Electronic clinical records (Reuma.pt database) were reviewed for all patients that fulfilled inclusion criteria. Available demographic, clinical and therapeutic data were collected. Baseline features were reported using descriptive statistics. Univariate statistical methods were used to compare the baseline features of the patients exposed to each different biologic in order to assess subgroup heterogeneity. The persistence was analyzed by the Kaplan-Meier(KM) estimator. Hypothesis test, such as Log rank were used to evaluate difference of the KM estimates by biological therapies and reasons for discontinuation. Survival analysis based on the Cox proportional hazard model approach was conducted to evaluate biological therapy discontinuation rates adjusted by potential confounders.

**Results:** 64 RA patients were included; 89% were female, 68% RF positive, 68% anti-CCP positive and 52% had erosive disease. The mean age at onset of biological therapy was  $55 \pm 14$  years and mean disease duration was  $8 \pm 8$  years. The most frequent first line biologic used was etanercept in 39% of patients, infliximab in 34% and adalimumab in 22%, while only one patient was exposed to each golimumab, tocilizumab and abatacept. No statistically significant differences were found in the baseline characteristics of patients (age, disease duration at onset of biologic therapy, level of disease activity, RF positivity, anti-CCP positivity, erosive disease, concomitant synthetic DMARD therapy), according to biologic therapy. By December 2012, 53% of patients had ceased first line biologic therapy due to ineffectiveness and only one patient stopped therapy due to adverse events (anaphylactic reaction during administration of infliximab). Mean duration of biologic treatment was  $21 \pm 16$  months. No statistically significant difference was found on the survival of the biologic

agents used, adjusted for reasons to discontinue (Mantel-Cox  $p=0.883$ , Breslow  $p=0.608$ , Tarone-Ware  $p=0.711$ ). Anti-CCP positivity was associated with a modest tendency for a longer survival of the first biologic drug (Cox regression:  $B=8.98$ ,  $SE=97.95$ ,  $p=0.067$ ).

**Conclusions:** In the present study, survival of the first biologic agent was not influenced by the drug chosen. Published literature has shown conflicting results on this matter. Our findings might be limited by the relatively small sample size, as well as by the absence of data on drug compliance, immunogenicity or other underlying mechanisms that could provide further insight on the reasons for drug ineffectiveness. The association between anti-CCP positivity and a modest tendency for longer survival of the first biologic in our sample is not supported by the available literature and deserves further ascertainment.

### P11 – PORQUÊ O RITUXIMAB COMO ESCOLHA INICIAL? – UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA

Rosa Gonçalves, Diana<sup>1</sup>, Abelha, Joana<sup>2</sup>, Vieira, Romana<sup>2</sup>, Madureira, Pedro<sup>2</sup>, Fonseca, Rita<sup>2</sup>, Bernardo, Alexandra<sup>2</sup>, Bernardes, Miguel<sup>2</sup>, Costa, Lúcia<sup>1</sup>  
 1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João  
 2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** O uso de rituximab está indicado nos pacientes com Artrite Reumatóide (AR) que têm uma resposta inadequada ou intolerância a um ou mais anti-TNF $\alpha$ , em associação com MTX ou LEF. Apesar dos pacientes com contraindicação para a terapia com anti-TNF $\alpha$  não terem sido adequadamente estudados, um quinto dos doentes com AR em registos receberam rituximab como primeira terapia biológica.

**Objectivo:** O objectivo principal deste estudo foi descrever as razões que levaram à escolha do rituximab como primeiro agente biológico nos doentes com AR. A resposta clínica e segurança deste agente foram, também, analisadas.

**Material e métodos:** Apenas foram incluídos pacientes do nosso hospital que realizaram rituximab como primeira terapia biológica. A colheita de dados foi realizada através da base de dados nacional (reuma.pt) e do sistema informático hospitalar. Analisamos a efectividade e a segurança do rituximab aos 6, 12 e 18 meses.

**Resultados:** 18 pacientes que receberam rituximab como primeiro biológico no nosso centro foram identificados. A média de idades no início do tratamento foi 58 (DP 9.9) anos e a mediana da duração da doença de 8 anos. A maioria dos pacientes era do sexo feminino (n=17). A maioria dos pacientes (n=16) tinha elevada actividade da doença (DAS 28 > 5.1) no início do tratamento. Somente um paciente tinha imunologia negativa. Onze pacientes estavam sob DMARD clássico associado. As razões que levaram à escolha do rituximab como primeiro biológico foram: elevado risco de infecção devido à presença de próteses articulares ou bronquiectasias (n=5), tuberculose prévia (n=4), doença do interstício pulmonar grave (n=4), malignidades (n=3), doença cardíaca isquémica recente (n=1) e aspergilose pulmonar (n=1). Três pacientes não completaram o tratamento. Dois pacientes faleceram por infecção respiratória e um fez switch para abatacept após hipogamaglobulinemia recorrente e pneumonia. A mediana de 3 ciclos foi realizada. A mediana do DAS28-4V no momento inicial foi 6.527 e diminuiu para 5.635, 4.479 e 3.312 aos 6, 12 e 18 meses, respectivamente. A mediana do HAQ no início, 6, 12 e 18 meses foi 2.38, 2.06, 1.63 e 1.75, respectivamente. A mediana da escala visual analógica da actividade global da doença, segundo a opinião do doente no início, 12 e 18 meses foi 74.5, 47 e 38.5, respectivamente. A mediana na alteração do DAS28 aos 6, 12 e 18 meses foi 0.571, 0.647 e 0.912, respectivamente. Aos 18 meses, observamos uma diminuição significativa na mediana da VS e PCR. Antes de iniciar o rituximab, a mediana da VS foi 53 sendo que aos 18 meses foi 19; a mediana da PCR passou de 1.67 para 0.58mg/dL. A depleção adequada das células CD19 (5 cél./ $\mu$ L) aos 6 meses ocorreu em 11 pacientes. A mediana dos níveis de imunoglobulina G no início foi 1105 mg/dL e aos 18 meses foi 809 mg/dL. **Conclusão:** Observou-se uma redução progressiva no DAS28 e nos marcadores inflamatórios. Concluímos que, pelo menos nos primeiros 18 meses de tratamento, o rituximab parece ser efectivo e seguro neste grupo difícil de doentes, que apresentam múltiplas comorbilidades.

#### **P12 – RITUXIMAB FOR RHEUMATOID ARTHRITIS AFTER INADEQUATE RESPONSE TO ANTI-TNF INHIBITORS: CURRENT STATE OF CARE IN A RHEUMATOLOGY DEPARTMENT**

Santiago, M.G.<sup>1</sup>, Costa, C.<sup>1</sup>, Duarte, C.<sup>1</sup>,

Salvador, M.J.<sup>1</sup>, da Silva, J.A.P.<sup>1</sup>

1. Rheumatology Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal;

**Background:** Rituximab (RTX), a monoclonal antibody which selectively targets CD20 positive cells, is approved for the treatment of rheumatoid arthritis (RA). Recent studies suggest that after an inadequate response to a tumor necrosis factor inhibitor (TNFi), switching to RTX may be an effective alternative. However, there are several treatment alternatives for RA patients, when one TNFi is not indicated or has failed – alternative TNFi, interleukin-1 and interleukin-6 inhibitors and RTX. For this reason, a major challenge is to identify predictors of good response, for an optimal usage of biological drugs.

**Objectives:** To evaluate the 6-month effectiveness of RTX in RA patients and to identify clinical variables associated with a major response to RTX (moderate or good EULAR response) in patients with active RA and inadequate response to at least one TNFi.

**Methods:** Prospective observational study, including RA patients from our Department who were switched to RTX after inadequate response to at least one TNFi. Demographic and clinical variables assessed included age, gender, disease duration, positivity for rheumatoid factor (RF) and/or anti-CCP antibody, erosive disease, 28-joint Disease Activity Score based on erythrocyte sedimentation rate (DAS28-ESR) and drug history. Six-month changes in DAS28-ESR and EULAR response following the initiation of the RTX therapy were analyzed. The primary efficacy endpoint was the percentage of patients who achieved a major response at 6 months. Wilcoxon test was used to compare matched samples. Differences between groups were assessed by Chi-square test and Mann-Whitney U test. Potential determinants of a major response were identified using multivariate logistic regression analysis, including the variables which presented a  $p < 0.1$  in univariate analysis.  $P$ -value  $< 0.05$  was considered statistically significant. Data was analyzed using SPSS® version 20.0 for windows.

**Results:** Forty RA patients were studied, with a mean age of 64.4 years and mean disease duration of 11.5 years at the time of RTX initiation. Females represented 93% of the group. The mean DAS28-ESR at baseline was 5.3, which decreased significantly to 3.7 at the 6-month follow-up ( $p=0.001$ ). At six months of treatment 78.6% of patients achieved a major response (0% good and 78.6% moderate). Twenty one per cent of the

patients achieved low disease activity and 14% achieved disease remission. Comparing the clinical features between patients who did or did not achieve a major response, significant differences were found in RF positivity ( $p=0.011$ ), anti-CCP positivity ( $p=0.027$ ) and in the number of failed TNFi prior to RTX ( $p=0.030$ ). The presence of RF or anti-CCP enriches clinical responses. Those patients who had failed to respond to 2 or more TNFi were more likely to not achieve a major EULAR response. No differences were found regarding the presence of erosive disease ( $p=0.055$ ), age, gender, disease duration and DAS28-ESR at baseline between patients who did or not achieved a major response in univariate analysis. The multivariate analysis showed that a major response to RTX was determined by RF positivity ( $p=0.002$ ), anti-CCP antibody positivity ( $p=0.009$ ), erosive disease ( $p=0.024$ ) and the number of previous TNFi used ( $p=0.017$ ).

**Conclusion:** When treatment with a TNFi has failed, RTX is an efficient treatment option. Seropositive and erosive disease and a lower number of previously-failed TNFi can help select the best candidates for RTX therapy among patients with active RA despite previous TNFi.

### P13 – TOCILIZUMAB IS ASSOCIATED WITH HIGHER CDAI/SDAI REMISSION IN BIOLOGIC-NAIVE RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS – DATA FROM REUMA.PT

Romão, VC<sup>1</sup>, Santos, MJ<sup>2</sup>, Polido-Pereira, J<sup>1</sup>, Duarte, C<sup>3</sup>, Nero, P<sup>4</sup>, Miguel, C<sup>5</sup>, Costa, JA<sup>6</sup>, Pimentel-Santos, FM<sup>4</sup>, Barcelos, F<sup>5</sup>, Costa, L<sup>7</sup>, Melo Gomes, JA<sup>5</sup>, Pereira da Silva, JA<sup>1</sup>, Branco, JC<sup>4</sup>, Canas da Silva, J<sup>2</sup>, da Silva, JAP<sup>8</sup>, Fonseca, JE<sup>1</sup>,

Canhão, H<sup>1</sup>

1. Hospital de Santa Maria - CHLN, Lisboa
2. Hospital Garcia de Orta, Almada
3. Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra
4. CHLO, Hospital Egas Moniz, Lisboa
5. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa
6. Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima
7. Hospital de São João, Porto
8. Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra

**Introduction:** Tocilizumab (TCZ), an interleukin-6 receptor blocker, and anti-tumor necrosis factor (TNF) biologic agents are key therapies in the management of rheumatoid arthritis (RA). They are considered to be equally effective and very few head-to-head comparisons have been published. We aimed to compare remission rates in RA patients treated with anti-TNF agents and TCZ and assess the impact of previous biologic therapies in treatment response.

**Methods:** We included RA patients registered in the Rheumatic Diseases Portuguese Register, Reuma.pt, who started anti-TNF or TCZ after January 1, 2008, were treated for at least 6 months and had available DAS28 scores at baseline and at 6 months. Our primary outcome was the proportion of patients who achieved remission at 6 months by DAS28, CDAI, SDAI and Boolean remission criteria. Logistic regressions were performed to compare the groups and subgroup analyses of biologic-naïve patients were conducted.

**Results:** 524 RA patients were enrolled, (106 adalimumab, 202 etanercept, 43 golimumab, 78 infliximab, 95 TCZ). At baseline, the groups were similar except for proportion of biologic-naïve patients (lower in TCZ group,  $p<0.0001$ ) and mean DAS28, CDAI and swollen joint count, all higher in the TCZ group (respectively

**TABLE I. PROPORTION OF PATIENTS IN REMISSION ACCORDING TO DIFFERENT CRITERIA AND BIOLOGIC CLASS**

Overall Population	Anti-TNF	Tocilizumab	OR (95% CI)
DAS28 (n=524)	102/429 (23.8)	55/95 (57.9)	4.4 (2.8-7.0)
CDAI (n=327)	36/260 (13.9)	14/67 (20.9)	1.6 (0.8-3.2)
SDAI (n=298)	33/239 (13.8)	14/59 (23.7)	1.9 (0.97-3.9)
Boolean (n=468)	42/358 (11.7)	11/83 (13.3)	1.1 (0.6-2.3)
<b>Biologic-naïve Patients</b>			
DAS28 (n=417)	89/365 (24.4)	37/52 (71.2)	7.7 (4.0-14.5)
CDAI (n=258)	33/223 (14.8)	11/35 (31.4)	2.6 (1.2-5.8)
SDAI (n=237)	32/206 (15.5)	11/31 (35.5)	2.99 (1.33-6.76)
Boolean (n=348)	36/302 (11.9)	8/46 (17.4)	1.6 (0.7-3.5)

vely:  $p=0.0005$ ,  $p=0.037$  and  $p<0.0001$ ). At 6 months, more TCZ-treated patients were in DAS28 remission, with no differences for CDAI, SDAI or Boolean remission (Table 1). Considering only naïve patients, DAS28, CDAI and SDAI remission were significantly higher in the TCZ group compared to anti-TNF, with similar rates of Boolean remission (Table 1). This was confirmed in the multivariate logistic regression, adjusting for age, gender, number of previous biologics and baseline disease activity: DAS28 OR 10.8 (5.9-19.7), CDAI OR 2.9 (1.3-6.5), SDAI OR 4.1 (1.8-9.5), Boolean OR 1.9 (0.88-4.3).

**Conclusions:** TCZ treatment was associated with higher rate of DAS28 remission at 6 months and previous biologic therapy significantly affected CDAI/SDAI remission. Naïve patients treated with TCZ had better DAS28, CDAI and SDAI remission rates compared to those treated with TNF inhibitors, whereas the more stringent Boolean remission was similar among all groups.

#### P14 – ABATACEPT: 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA CLÍNICA NUM SERVIÇO DE REUMATOLOGIA

Sousa, S<sup>1</sup>, Cordeiro, I<sup>1</sup>, Gonçalves, P<sup>1</sup>, Cordeiro, A<sup>1</sup>, Garcês, S<sup>1</sup>, Roque, R<sup>1</sup>, Vinagre, F<sup>1</sup>, Tavares, V<sup>1</sup>, Santos, MJ<sup>1</sup>, Canas da Silva, J<sup>1</sup>  
 1 Hospital Garcia de Orta, Almada

**Introdução:** O abatacept é um agente biológico com ação inibidora da coestimulação de linfócitos T, aprovado na Europa para o tratamento da Artrite Reumatóide (AR) desde 2007. Sendo um dos biológicos mais recentes, a sua utilização e experiência relatadas em Portugal são ainda escassas. O serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta soma atualmente 5 anos de experiência na sua utilização na prática clínica. O nosso objetivo com este trabalho é analisar a resposta à terapêutica com abatacept em doentes com AR durante um período de 5 anos.

**Métodos:** Foram incluídos no estudo todos os doentes com o diagnóstico de AR expostos a abatacept, em seguimento no serviço, entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2013. Foram colhidos dados socio-demográficos, comorbilidades, características da AR, terapêuticas atuais e prévias, assim como informações de atividade da doença durante a terapêutica com abatacept, utilizando como fonte o registo nacional Reu-

ma.pt. Foi analisada a amostra com recurso a estatística descritiva.

**Resultados:** Obeve-se uma amostra constituída por 17 doentes, 14 dos quais do sexo feminino, 16 caucasianos, com uma idade média à data de início da terapêutica de  $60,8\pm 14$  anos. Das comorbilidades registadas, destacam-se como mais frequentes a hipertensão arterial (65%) e a dislipidemia (29%). No início da terapêutica biológica, a duração média da AR era de  $10,1\pm 8$  anos, verificando-se positividade para fator reumatóide e/ou presença de anticorpos anti-CCP em 12 doentes e presença de erosões em 10 doentes. A duração média da terapêutica com abatacept foi de  $20\pm 15$  meses (mínimo de 1 e máximo de 46 meses). Previamente à utilização de abatacept, os doentes foram expostos em média a  $2\pm 1$  biológicos (mínimo de 0 e máximo de 4): um doente foi exposto a 4 outros biológicos, cinco doentes a 3, sete doentes a 2, três doentes a 1 biológico, enquanto apenas num caso o abatacept foi utilizado em primeira linha por contra-indicação e/ou intolerância a outros DMARDs biológicos e não biológicos. Onze doentes foram previamente expostos a 2 inibidores do TNF; 5 arituximab, 3 atocilizumab e 2 a anakinra. Atualmente, mantêm-se em tratamento com abatacept 13 doentes e 4 suspenderam o fármaco: 2 por ineficácia (1 previamente exposto a 2 anti-TNF e o outro exposto a 2 anti-TNF, rituximab e anakinra), 1 por evento adverso (precordialgia recorrente durante a infusão) e 1 outro doente suspendeu abatacept no contexto de toxicidade medular relacionada com metotrexato e desde então apresenta baixa atividade da doença. Os resultados de eficácia encontram-se apresentados na Tabela I.

**Conclusão:** Na experiência clínica do serviço de reumatologia do Hospital Garcia de Orta, o abatacept é um fármaco que mostrou eficácia e sustentabilidade mantida da resposta num grupo de doentes com AR particularmente difícil de tratar.

TABELA I. DADOS DE EFICÁCIA

	DAS28, M (IQR)	Moderada resposta EULAR, n (%)	Boa resposta EULAR, n (%)
Baseline (n=17)	5.9 (2.4)	-	-
12 semanas (n=15)	3.8 (2.6)	8 (47,1)	4 (23,5)
24 semanas (n=12)	3.8 (1.7)	7 (41.2)	2 (11.8)
52 semanas (n=7)	3.4 (1.4)	4 (23.5)	3 (17.6)

**P15 – LONG-TERM SAFETY AND EFFICACY OF CERTOLIZUMAB PEGOL IN COMBINATION WITH METHOTREXATE IN THE TREATMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS: 5-YEAR RESULTS FROM A 24-WEEK RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL AND OPEN-LABEL EXTENSION STUDY**

Smolen, JS<sup>1</sup>, Van Vollenhoven, R<sup>2</sup>, Kavanaugh, A<sup>3</sup>, Strand, V<sup>4</sup>, Vencovsky, J<sup>5</sup>, Schiff, MH<sup>6</sup>, Landewé, R<sup>7</sup>, Haraoui, B<sup>8</sup>, Walker, S<sup>9</sup>, Van der Heijde, D<sup>10</sup>, Avó, L<sup>11</sup>

1. Medical University of Vienna and Hietzing Hospital, Vienna, Austria
- 2 The Karolinska Institute, Stockholm, Sweden
3. University of California San Diego, San Diego, CA, USA
4. Stanford University, Palo Alto, CA, USA
5. Institute of Rheumatology, Department of Clinical and Experimental Rheumatology, 1st Faculty of Medicine, Charles University, Prague, Czech Republic
6. University of Colorado, Denver, CO, USA
7. Academic Medical Center Amsterdam & Atrium Medical Center, Heerlen, Netherlands
8. Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montreal, QC, Canada
9. UCB Pharma, Raleigh, NC, USA
10. Leiden University Medical Center, Leiden, Netherlands
11. UCB Pharma, Lisbon, Portugal (presenting author);

**Background/Purpose:** In the RAPID2 randomized controlled trial (RCT; NCT00160602), certolizumab pegol (CZP) + MTX every 2 weeks (Q2W) improved signs and symptoms of rheumatoid arthritis (RA) over 24 weeks (wks).<sup>1</sup> Previous results demonstrated long-term safety and efficacy of CZP + MTX over 3 yrs in RAPID2 open-label extension (OLE).<sup>2</sup> We present the final report on long-term safety and efficacy of CZP + MTX over 5 yrs.

**Methods:** Eligible patients (pts) from RAPID2 RCT were treated in OLE (NCT00160641) with CZP 400mg Q2W, reduced to 200mg Q2W after  $\geq$  6 months, + MTX. Combined safety data from RCT and OLE are reported for all pts treated with  $\geq$  1 dose of CZP (N=612). AEs and SAEs were assessed at each visit following first dose of CZP. DAS28(ESR), HAQ-DI and ACR20/50/70 are presented to Wk232 for CZP Completers (pts who completed RCT and enrolled onto OLE [N=342]) and CZP ITT population (all pts randomized to CZP in RCT [N=492]). Change from baseline in modified Total Sharp Score (mTSS) and % of pts with radiographic non-progression (mTSS change from

RCT baseline  $\leq$  0.5) are reported to Wk128 for CZP Completers. Dose reduction efficacy data is presented for all Wk24 CZP Completers who received CZP 400mg Q2W + MTX for  $\geq$  6 months in OLE, following which the CZP dose was reduced to 200mg Q2W over 132 wks of CZP exposure. Modified non-responder imputation (mNRI) was used for ACR responses; LOCF for continuous efficacy measures; mTSS data imputed by linear extrapolation.

**Results:** Of 492 pts treated with CZP+MTX, 355 (72%) completed the RCT and 342 entered OLE, of which 215 remained after 232 wks from RCT baseline. Safety profile was consistent with previous reports. Most frequent AEs (preferred terms) are reported (Table). 19 pts (3.1%) died (IR=0.82) (including 5 malignancies, 4 cardiac disorders, 4 nervous system disorders, 4 injuries). No new safety signals were identified. Clinical improvements from RCT were maintained to Wk232 in CZP Completers and ITT Population, respectively: mean DAS28(ESR), 3.7 and 3.9; mean HAQ-DI, 0.96 and 1.06; ACR20/50/70, 68.4%/47.1%/25.1% and 65.9%/45.4%/24.2%. Radiographic progression in CZP-treated pts was minimal (mean mTSS change from RCT baseline to Wk24: 0.62, from RCT baseline to Wk128: 0.79; % of pts with radiographic non-progression at Wk24: 84.6%, Wk128: 73.2%). Clinical improvements were maintained in the dose reduction population (400mg to 200mg Q2W + MTX; N=288) from the first CZP 200mg treatment (DAS28[ESR]=3.5) through 132 wks of CZP 200mg Q2W (DAS28[ESR]=3.6).

**Conclusion:** In pts with active RA despite MTX, CZP + MTX maintained reduction in signs and symptoms of RA with a favorable long-term risk benefit ratio.

**REFERENCES**

1. Smolen J.S. Ann Rheum Dis 2009;68:797–804; 2. Smolen J.S. Arthritis Rheum 2010;62(Suppl10):1806.

**P16 – POST-HOC ANALYSIS SHOWING BETTER CLINICAL RESPONSE WITH THE LOADING DOSE OF CERTOLIZUMAB PEGOL IN JAPANESE PATIENTS WITH ACTIVE RHEUMATOID ARTHRITIS**

Takeuchi, T<sup>1</sup>, Yamamoto, K<sup>2</sup>, Yamanaka, H<sup>3</sup>, Ishiguro, N<sup>4</sup>, Tanaka, Y<sup>5</sup>, Eguchi, K<sup>6</sup>, Watanabe, A<sup>7</sup>, Origasa, H<sup>8</sup>, Kobayashi, M<sup>9</sup>, Shoji, T<sup>9</sup>, Miyasaka, N<sup>10</sup>, Koike, T<sup>11</sup>, Avó, L<sup>12</sup>

1. Department of Rheumatology, Keio University, Tokyo, Japan

2. Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan
3. Institute of Rheumatology, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan
4. Nagoya University Graduate School of Medicine, Nagoya, Japan; 5 University of Occupational and Environmental Health, Japan, Kitakyushu, Japan
6. Sasebo City General Hospital, Sasebo, Nagasaki, Japan
7. Tohoku University, Sendai, Japan
8. University of Toyama School of Medicine, Toyama, Toyama, Japan
9. UCB Pharma, Tokyo, Japan
10. Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan;
11. NTT Sapporo Medical Center, Sapporo, Japan; 12 UCB Pharma, Lisbon, Portugal (presenting author)

**Background/Purpose:** Certolizumab pegol (CZP) with MTX (J-RAPID; NCT00791999) and without MTX (HIKARI; NCT00791921) has demonstrated rapid and sustained improvements in disease activity in Japanese patients (pts) with active rheumatoid arthritis (RA) in placebo-controlled, double-blind (DB), randomized studies<sup>1,2</sup>. Based on these and previous studies, the recommended dose of CZP includes subcutaneous initial loading dose (LD) of 400mg at Weeks (wks) 0, 2 and 4 followed by 200mg every 2 wks (Q2W). Nevertheless, benefits of LD have never been directly demonstrated in a clinical study. We hereby report safety and efficacy of CZP, with and without LD, from two Japanese studies.

**Methods:** Data from J-RAPID and HIKARI were used for this analysis; pts eligible to enter open-label extension (OLE) studies at Wk16 or Wk24 received CZP 200mg Q2W or CZP 400mg Q4W without LD (label dose). In J-RAPID DB study, 316 pts were randomized to CZP 100, 200 or 400mg + MTX with initial LD or placebo + MTX Q2W for 24 wks. In HIKARI DB study, 230 pts were randomized to CZP 200mg with LD or placebo Q2W for 24 wks. Safety and efficacy in pts who received CZP 200mg Q2W with LD during DB phases (LD group: n=82 J-RAPID; n=116 HIKARI) and pts who received CZP 200mg Q2W without LD during OLE phases after being assigned to placebo in DB phase (No-LD group: n=61 in J-RAPID; n=99 in HIKARI) were directly compared. Mean DAS28(ESR) in No-LD groups at OLE baseline were slightly lower than DB baseline (5.8 vs 6.5 J-RAPID; 6.2 vs 6.3 HIKARI). ACR response rates, DAS responses and development of anti-CZP antibodies (Abs) were assessed during 24 wks after initiating CZP. ACR responses were determi-

ned using non-responder imputation. Safety population consisted of 1) all pts who received CZP in DB (n=239), 2) LD group and 3) No-LD group. Adverse events were reported both within DB and OLE.

**Results:** No-LD group showed delayed initial kinetics of ACR20/50/70 responses and sustained lower response to Wk24 (ACR50/70) compared to LD group (Figure). Development of anti-CZP Abs was observed more frequently in No-LD group than LD group (J-RAPID: n=4 [6.6%] vs n=1 [1.2%]; HIKARI: n=27 [27.3%] vs n=18 [15.5%]). Similar safety profiles were reported between No-LD and LD groups during CZP administration period (incidence rates per 100 pt-years; any AEs: 299.2 vs 310.5 J-RAPID, 312.9 vs 308.6 HIKARI; any serious AEs: 17.9 vs 13.4 J-RAPID, 23.0 vs 21.5 HIKARI)

**Conclusion:** While comparison of DB and OLE data has limitations, administration of CZP loading dose over the first 24 wks is associated with more rapid onset of efficacy, development of lower Ab levels and sustained response compared with initiating CZP without loading dose. These results suggest administration of CZP loading dose improves clinical response in active RA pts with similar safety profile.

#### REFERENCES

1. Yamamoto K. Arthritis Rheum 2011;63(Suppl10):S474; 2. Yamamoto K. Arthritis Rheum 2011;63(Suppl10):S476

### P17 – PORQUE SUSPENDEMOS O TRATAMENTO COM BIOLÓGICO NA ARTRITE REUMATÓIDE?

Madureira, P<sup>1</sup>, Pimenta, S<sup>1</sup>, Aleixo, A<sup>1</sup>, Vieira, R<sup>1</sup>, Fonseca, R<sup>1</sup>, Gonçalves, D<sup>2</sup>, Bernardo, A<sup>1</sup>, Bernardes, M<sup>1</sup>, Costa, L<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João e Faculdade de Medicina do Porto
2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** Os fármacos biotecnológicos têm vindo a ganhar uma preponderância cada vez maior no tratamento das doenças reumáticas, contudo continuam a ser frequentes os casos em que, por vários motivos, se torna necessário suspender definitivamente o fármaco. **Objectivo:** Analisar os motivos de suspensão definitiva ou por tempo indeterminado dos fármacos biotecnológicos em doentes com artrite reumatóide (AR).

**Métodos:** Uma análise retrospectiva de todos os doentes

tes com AR que suspenderam, em definitivo ou por tempo indeterminado, o tratamento com fármacos biotecnológicos no serviço de Reumatologia de um Hospital Universitário. Foram recolhidos dados demográficos de todos os doentes e foi analisado o tempo de permanência em tratamento biológico, número de *switch* prévios e o motivo da suspensão. Foram ainda comparadas as mesmas variáveis entre os diferentes biológicos (anti-TNF vs. outros biológicos).

**Resultados:** Entre 1999 e Janeiro de 2014, de um total de 241 doentes com artrite reumatóide que fizeram ou estão a fazer tratamento com agentes biotecnológicos, 48 doentes (19,9%) cumpriam os critérios de elegibilidade. O tempo médio de permanência em tratamento era de 6,18 anos ( $\pm 4,17$ ) na população total, e de 5,07 anos ( $\pm 3,50$ ) na população que suspendeu tratamento. Destes 72,9% eram do sexo feminino, com uma idade média na data da suspensão do fármaco de 63.3 anos ( $\pm 12,1$ ). O etanercept foi o fármaco mais frequentemente suspenso nesta amostra (29,2%), seguido pelo infliximab (20,8%), adalimumab (16,7%), tocilizumab (10,4%), rituximab (8,3%), anakinra (4,2%) e abatacept (2,1%). Nesta amostra 72,9% dos doentes fizeram apenas 1 fármaco biotecnológico antes de suspender tratamento, 16,7% tiveram necessidade de fazer 1 *switch* e apenas em 2 doentes foram efectuados 2 *switch*. Na maioria dos casos (58,3%; n=28) a causa da interrupção do tratamento foi a ocorrência de eventos adversos: 15 infecções graves (31,3% dos doentes), incluindo 4 casos de tuberculose; 5 neoplasias (10,4%), que incluem 3 casos de carcinoma da mama, 1 da tireóide e do pâncreas; 7 doentes suspenderam o fármaco por outros motivos, incluindo 1 caso de lúpus induzido. Sete doentes (14,3%) faleceram enquanto estavam sob terapêutica com biotecnológicos: 1 caso por adenocarcinoma do pulmão, 4 infecções graves, 1 caso de TEP maciço e outro por morte súbita de etiologia desconhecida. Os casos restantes suspenderam o tratamento por se encontrarem em remissão (8,3%), por gravidez (2,1%), ineficácia (2,1%), perda de seguimento (8,3%) ou outros motivos (8,3%). Não se verificaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os anti-TNF e os restantes fármacos, nomeadamente no que diz respeito aos motivos de suspensão do biológico.

**Conclusão:** Esta análise sugere que apesar da eficácia sobejamente reconhecida das terapêuticas biotecnológicas no tratamento da AR, quase 1 em cada 5 doentes tem necessidade de suspender o tratamento. Apenas 1 minoria dos casos suspende o tratamento por estar em

remissão, verificando-se que a maioria dos doentes interrompe o tratamento por efeitos adversos graves/morte do doente. Este estudo sugere ainda que as causas de suspensão do biológico são semelhantes entre os anti-TNF e os restantes fármacos.

## P18 – RETIRADO

## P19 – LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL GRAVE: QUANDO A SEMIOLOGIA IMPEDE A CATÁSTROFE

Aguiar, F<sup>1</sup>, Rodrigues, M<sup>2</sup>, Castro, C<sup>3</sup>, Ribeiro, A<sup>4</sup>, Brito, I<sup>5</sup>

1. Serviço de Reumatologia - Unidade Reumatologia Pediátrica Centro Hospitalar São João
2. Serviço de Pediatria - Unidade Reumatologia Pediátrica Centro Hospitalar São João
3. Serviço de Pediatria Centro Hospitalar São João
4. Serviço de Cuidados Intensivos de Pediatria Centro Hospitalar São João
5. Serviço de Reumatologia - Unidade Reumatologia Pediátrica Centro Hospitalar São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

**Introdução:** O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune, multissistémica, de etiologia multifactorial. É mais frequente no sexo feminino em idade jovem, sendo rara nas crianças com idade inferior a 5 anos e apresentando um pico na puberdade. A apresentação clínica do LES é muito variável, podendo mimetizar qualquer outra patologia.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 15 anos, caucasiana, sem antecedentes pessoais de relevo, assintomática até início de Dezembro de 2013, altura em que iniciou febre e odinofagia, tendo sido medicada com amoxicilina/ácido clavulânico por suspeita de amigdalite aguda. Por persistência de febre e aparecimento de adenopatias cervicais foi observada a 15.12.13, tendo sido medicada com penicilina intramuscular e prednisolona durante 3 dias. Por aparecimento subsequente de poliartralgias, alteração do trânsito intestinal, astenia marcada, mal-estar geral e perda ponderal de cerca de 3 Kg foi observada de novo a 01.01.2014 no Serviço de Urgência do hospital da sua área de residência. O estudo analítico realizado nessa altura revelou anemia microcítica, trombocitopenia e leucopenia ligeiras, VS de 43 mm/1<sup>a</sup>h, PCR nor-



mal, elevação de transaminases e hipoalbuminemia. Realizou ainda ecocardiograma que mostrou derrame pericárdico mínimo. A doente foi transferida para o Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar São João a 02.01.2014, tendo sido internada para esclarecimento etiológico. À admissão apresentava palidez cutânea com discreto eritema malar, edema periorbitário e maleolar ligeiro, discreta tumefacção do punho esquerdo e lesões eritematosas periungueais. No segundo dia de internamento iniciou quadro de dor abdominal epigástrica intensa associada a náuseas e vômitos, com elevação progressiva dos valores de amilase e lipase compatíveis com pancreatite aguda. A tomografia computadorizada abdominal sem contraste mostrou globosidade difusa do pâncreas, ascite de médio volume e sinais sugestivos de peritonite. Associadamente verificou-se instalação de insuficiência renal aguda oligoanúrica e síndrome nefrítica. Dada a gravidade do quadro clínico foi transferida para o Serviço de Cuidados Intensivos de Pediatria. Perante este quadro foi observada por Reumatologia Pediátrica, tendo sido sugerido como diagnóstico mais provável o de LES. Dos exames complementares de diagnóstico salienta-se a positividade para vários autoanticorpos, nomeadamente anti-nucleares, anti-dsDNA, anti-nucleossomas e anti-RNP, e consumo de complemento. A biopsia renal mostrou nefrite lúpica classe IV. A doente iniciou pulsos de metilprednisolona 30mg/kg/dose por 3 dias consecutivos, seguida de prednisolona oral. Iniciou posteriormente terapêutica de indução com micofenolato de mofetil e hidroxiquina. O quadro evoluiu favoravelmente, com normalização de todos os parâmetros analíticos.

**Discussão/Conclusão:** O atingimento multiorgânico e a gravidade do quadro inaugural da doença associado ao aparecimento de pancreatite aguda, complicação rara, grave e pouco descrita na literatura, torna este caso clínico particularmente relevante, atendendo também à faixa etária da doente e à multiplicidade de diagnósticos diferenciais a colocar.

## **P20 – LIPOMA ARBORESCENTE DA SINOVIAL: CAUSA RARA DE HIDRARTROSE RECIDIVANTE DA SINOVIAL EM IDADE PEDIÁTRICA**

Rodrigues, CJ<sup>1</sup>, Cadilha, R<sup>2</sup>, Aguiar, F<sup>2</sup>, Brito, I<sup>2</sup>

1. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
2. Centro Hospitalar de São João;

O lipoma arborescente da sinovial (LAS) é uma patologia intra-articular benigna e rara, caracterizada pela substituição difusa do tecido sinovial por adipócitos maduros, resultando numa proliferação vilosa lipomatosa.

Ocorre mais frequentemente no sexo masculino, entre a 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> décadas, como uma tumefacção indolor do joelho, com exacerbações intermitentes. Pode, mais raramente, ter envolvimento bilateral dos joelhos ou ser poliarticular. Atribui-se à patologia degenerativa no adulto e à reactiva na criança, os mecanismos etiopatogénicos, embora sem consenso.

Por ser muito rara, particularmente em idade pediátrica, tende a ser subdiagnosticada.

Os autores descrevem no presente caso clínico uma doente de 14 anos, com antecedentes de anemia hemolítica auto-imune, diagnosticada aos 3 anos de idade, refractária à terapêutica corticoide e imunossupressora, tendo sido esplenectomizada. Referenciada para consulta de Reumatologia Pediátrica por gonalgia esquerda, de ritmo misto, acompanhada de tumefacção articular, sem outros sinais inflamatórios. A radiografia convencional não apresentou qualquer alteração, sendo evidenciado na ecografia um derrame articular de médio volume com proliferação da sinovial no recesso suprapatelar. Foi submetida a artrocentese cujo estudo do líquido sinovial não revelou alterações significativas. Efectuou sinoviortese com hexacetonido de triancinolona. Por recidivas frequentes, apesar dos gestos locais, fez ressonância magnética que revelou proliferação adiposa da sinovial, com morfologia sugestiva de LAS, tendo sido submetida a sinovectomia artroscópica com resolução completa do quadro clínico.

Este caso clínico alerta para o facto de nem sempre o envolvimento articular, sobretudo em idade pediátrica, ser de etiologia auto-imune.

A refractariedade aos gestos locais, habitualmente eficazes nestes quadros, obriga a um despiste mais exaustivo.

No diagnóstico diferencial devem incluir-se todas as patologias que cursam com derrame articular indolor e espessamento sinovial, sem envolvimento sistémico, nomeadamente: sinovite vilonodular pigmentada, hemangioma sinovial, osteocondromatose sinovial.

A imagem de ressonância magnética é, em regra, suficiente para o diagnóstico, sendo o restante estudo imagiológico inespecífico.

A sinovectomia é, em regra, curativa.

## P21 – SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEXO TIPO I EM IDADE PEDIÁTRICA: UM DIAGNÓSTICO A NÃO ESQUECER

Cadilha, R.<sup>1</sup>, Rodrigues, C.<sup>2</sup>, Aguiar, F.<sup>3</sup>, Rodrigues, M.<sup>4</sup>, Brito, I.<sup>5</sup>

1. Interno Complementar de Medicina Física e de Reabilitação no Centro Hospitalar de São João
2. Interno Complementar de Medicina Física e de Reabilitação no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro
3. Interna Complementar de Reumatologia no Centro Hospitalar de São João
4. Interna Complementar de Pediatria no Centro Hospitalar de São João
5. Assistente Hospitalar Graduada de Reumatologia no Centro Hospitalar de São João; Professora na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

**Introdução:** O Síndrome Doloroso Regional Complexo (SDRC) é uma entidade clínica caracterizada por resposta exagerada a uma lesão, normalmente de uma extremidade, manifestada por dor intensa e desproporcionada, distúrbios vasomotores, atraso na recuperação funcional e alterações tróficas. Pode ser classificado em SDRC Tipo I ou Tipo II, a diferença consiste na ausência ou presença de lesão nervosa, respetivamente. *Traumatismos minor* como entorses ligeiras ou lesões dos tecidos moles e pele podem precipitar este síndrome, que atinge todos os grupos etários, mais frequentemente o sexo feminino. Nas crianças afeta sobretudo os membros inferiores. É atribuído ao Sistema Nervoso Simpático um papel central na sua etiopatogenia. Não existe nenhum dado laboratorial específico para o seu diagnóstico, sendo no entanto necessários para exclusão de diagnósticos diferenciais. A radiografia convencional e o cintilograma ósseo são exames imagiológicos úteis.

**Caso clínico:** JS, 11 anos, sexo masculino, orientado para a consulta de Reumatologia Pediátrica por tenossinovite do Peroneal Longo esquerdo, com mais de um mês de evolução, sem resposta a AINEs. Na primeira consulta realizada, o doente apresentava dor na face lateral do dorso do pé esquerdo de ritmo inflamatório, com rigidez matinal de aproximadamente 30 minutos. Era visível tumefacção e dor à palpação na região inferior e posterior do maléolo lateral esquerdo, sem calor ou rubor. Sem outros sinais ou sintomas sistémicos. Não possuía antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Praticante regular de basquetebol (3x/semana),

que suspendeu por dor no pé esquerdo. Negava traumatismo que justificasse a dor. Estava medicado com anti-inflamatório e IBP há aproximadamente 1 mês, com discreta melhoria da dor. Trazia RMN realizada 2 semanas antes que confirmava tenossinovite do Peroneal Longo esquerdo. Foi alterado anti-inflamatório, pedida radiografia dos pés, estudo analítico e imunológico. Agendou-se nova consulta. Reavaliado novamente após 2 meses. Mantinha dor constante no pé esquerdo, que agravava à mobilização. Ao exame objetivo apresentava marcha claudicante, era visível edema em todo o pé, mais pronunciado na face dorsal, hiperalgesia, “squeeze test” do tarso positivo. Tumefacção e dor no trajeto do tendão dos peroneais tinham regredido. Os exames laboratoriais mostraram: anemia normocrômica normocítica (Hb 11,9g/dl); VS de 38mm/1<sup>o</sup>h e PCR de 4,2mg/L; Imunologia negativa (ANAs; ANCAs; Anti-ENA). Restante estudo sem alterações. A radiografia dos pés mostrou osteopenia difusa dos ossos do tarso com preservação interlinha articular. Perante a clínica e resultados dos exames complementares, assumimos tratar-se de um SDRC Tipo I secundária à tenossinovite do Peroneal Longo. Reiniciou anti-inflamatório (que tinha suspenso semanas antes por iniciativa própria), foi orientado para consulta de Medicina Física e de Reabilitação para iniciar programa de reabilitação. Pedido cintilograma ósseo e agendada nova consulta.

**Discussão/Conclusão:** O diagnóstico de SDRC Tipo I é essencialmente clínico, e apesar de menos frequente em idade pediátrica, não deve ser subestimada. O tratamento fisiátrico tem um papel importante no tratamento e deve ser iniciado precocemente. A recuperação total, apesar de prolongada, é o desfecho na grande maioria dos casos, quando reconhecido e tratado atempadamente.

## P22 – RETENTION RATE OF BIOLOGICS IN THE TREATMENT OF JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS: DATA FROM THE RHEUMATIC DISEASES PORTUGUESE REGISTER REUMA.PT.

Mourão, AF<sup>1</sup>, Santos, MJ<sup>2</sup>, Martins, FM<sup>3</sup>, Melo Gomes, JA<sup>4</sup>, Mendonça, S<sup>3</sup>, Ramos, F<sup>5</sup>, Fernandes, S<sup>4</sup>, Salgado, M<sup>6</sup>, Guedes, M<sup>7</sup>, Carvalho, S<sup>8</sup>, Costa, JA<sup>9</sup>, Brito, I<sup>10</sup>, Duarte, C<sup>11</sup>, Furtado, C<sup>12</sup>, Lopes, A<sup>13</sup>, Rodrigues, A<sup>14</sup>, Sequeira, G<sup>15</sup>, Branco, JC<sup>16</sup>, Fonseca, JE<sup>17</sup>, Canhão, H<sup>17</sup>

1. Unidade de Investigação em Reumatologia, IMM, FML, Serviço de Reumatologia do CHLO, Hospital de Egas Moniz, EPE e CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
2. Unidade de Investigação em Reumatologia, IMM, FML, Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta
3. Sociedade Portuguesa de Reumatologia
4. Instituto Português de Reumatologia
5. Serviço de Reumatologia do CHLN, Hospital de Santa Maria, EPE
6. Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - Hospital Pediátrico
7. Centro de Imunologia do Porto, Centro Hospitalar do Porto
8. Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Médio-Ave, Famalicão
9. Serviço de Reumatologia da ULSAM, Ponte de Lima
10. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João e Faculdade de Medicina do Porto
11. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
12. Serviço de Reumatologia do Hospital do Divino Espírito Santo
13. Unidade de Investigação em Reumatologia, IMM, FML
14. Unidade de Investigação em Reumatologia, IMM, FML, Serviço de Reumatologia do Hospital de Angra do Heroísmo
15. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Faro
16. CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Serviço de Reumatologia do CHLO, Hospital de Egas Moniz, EPE
17. Unidade de Investigação em Reumatologia, IMM, FML, Serviço de Reumatologia do CHLN, Hospital de Santa Maria, EPE

**Objectives:** To study the retention rate of the biologics in the treatment of juvenile idiopathic arthritis (JIA) and the associated factors for drug withdrawal.

**Methods:** This cohort study included Portuguese patients with the diagnosis of JIA who started biological agents. Patients with follow up of less than one year were excluded from the study. Drug retention rates were calculated for the first biologic treatment using the Kaplan-Meier method. The median time of follow-up was calculated using the reverse KM estimator. Cox regression model was used to identify predictors of drug discontinuation during the first 5 years, considering the following variables: gender, age at disease onset, disease duration until the beginning of biological therapy, age at the beginning of biological agents, extra-articular manifestations of the disease, body mass

index, baseline (before the beginning of biological therapy) ESR, CRP, CHAQ, number of active joints, patient's pain VAS, patient's disease global activity VAS, physician's VAS and concomitant therapy with DMARDs and corticosteroids. Due to the small number of cases only univariate models were built.

**Results:** Until September 2013, 812 patients with JIA were registered in Reuma.pt (mean age  $19.9 \pm 11.3$  years, 65% females, mean age at JIA onset  $6.9 \pm 4.7$  years), 227 received biological therapy and 202 are currently medicated with these agents. The mean age at disease onset of JIA patients ever treated with biologic DMARDs was  $6.9 \pm 4.7$  years and the mean age for starting biological therapy was  $16.1 \pm 9.4$  years. The most common JIA subtypes starting biologics were polyarticular rheumatoid factor (RF) negative (23.3%), followed by polyarticular RF positive (17.5%), extended oligoarticular (16.0%), enthesitis-related arthritis (15.0%), systemic (13.6%), persistent oligoarticular (9.7%) and juvenile psoriatic arthritis (4.8%). The total exposure to biologics was  $1018.9 \pm 4.5$  years (median: 2.2). Most patients were treated with anti-TNF as first line (90.3%): etanercept 69.2% (157 patients), adalimumab 12.8% (29 patients) and infliximab 8.4% (19 patients). 79 (23.9%) treatments were stopped because of the following reasons: 30 (38%) lack/loss of efficacy (primary or secondary failure); 8 (10.1%) serious adverse events, 7 (8.9%) due to disease remission and 34 (43%) due to other or unspecified reasons. 179 patients were followed up for more than one year after the beginning of biological therapy and were included in the survival analysis. The median treatment duration of the first biological agent was 5.8 years (4.8-8.3). The median follow-up duration was 3.4 (2-5.2) years. The retention rates of patients in biological therapy were: 92.9% (CI 88.5-97.5) in the first year, 85.5% (79.5-91.9) in the second year, 78.4% (71.4-86.1) in the third year and 68.1% (59.7-77.7) in the fourth year of treatment. The only variable that was associated with withdrawal of biological treatment in the first 5 years of treatment was the concomitant therapy with corticosteroids (HR 1.7; 95% CI 1.02-2.83,  $p=0.041$ ). This association was not statistically significant when we analyzed separately the poliarticular subtypes of JIA: poliarticular RF positive, polyarticular RF negative and extended oligoarticular JIA (HR 1.6; 95% CI 0.8-3.3,  $p=0.18$ ).

**Conclusion:** Data from Reuma.pt reveals that patients with JIA have a high retention rate after 4 years of treatment with biological agents, and, overall, concomitant

therapy with corticosteroids was associated with discontinuation of biological treatment.

### P23 – ELECTRONIC VERSION OF BASDAI – VALIDATION OF A TOUCH-SCREEN VERSION

Cunha-Miranda, Luís<sup>1</sup>, Santos, Helena<sup>1</sup>, Barcelos, Filipe<sup>1</sup>, Silva, Candida<sup>1</sup>, Miguel, Claudia<sup>1</sup>, Fernandes, Susana<sup>2</sup>, Borges, Joana<sup>2</sup>, Trinca, Ricardo<sup>3</sup>, Vicente, Vera<sup>4</sup>, Aguiar, Pedro<sup>5</sup>

1. Rheumatologist biologic clinic Instituto Português de Reumatologia
2. Resident Instituto Português de Reumatologia
3. Nurse biologic clinic Instituto Português de Reumatologia
4. Eurotrials Scientific Consultants
5. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

**Introduction:** BASDAI is one of the key questionnaires in the evaluation of patients with spondyloarthropathies. There is a growing feeling that the use of computer assisted instruments will be the rule in a near future. It is essential that all versions of the questionnaires could be used knowing that they don't differ from the original paper version.

**Objectives:** To evaluate and validate an electronic based BASDAI questionnaire in a touch-screen platform comparing it to a paper version.

**Methods:** Patients followed at our biologic clinic first were evaluated with a paper version BASDAI questionnaire and after with the electronic version. The touch-screen was specially developed for our patients, integrating software that recognized the patient by disease through a bar code and presented the questionnaires according to the disease. Concordance between paper

rand touch-screen questionnaire was done through Intraclass Correlation Coefficients. Internal consistency was evaluated by Cronbach's alpha coefficient.

**Results:** 55 patients with *spondyloarthropathies* were included, 32,7% had psoriatic arthritis, 67,3% *ankylosing spondylitis*.

58,2% were female, mean age was 46,77 +/- 11,72 years with the mean disease duration of 10,49 +/- 8,85 years. 50,9% had less than 12 years of scholarship.

ICC: Intraclass correlation coefficients.

**Conclusion:** There is a very good concordance between the gold standard and the new platform. We can use this questionnaire in our clinical practice either in a paper or in a touch-screen version. Even older and less educated patients used this platform with a little effort.

### P24 – BASFI: VALIDATION OF A TOUCH-SCREEN VERSION OF THE QUESTIONNAIRE

Cunha-Miranda, Luís<sup>1</sup>, Silva, Cândida<sup>1</sup>, Barcelos, Filipe<sup>1</sup>, Santos, Helena<sup>1</sup>, Miguel, Cláudia<sup>1</sup>, Borges, Joana<sup>2</sup>, Fernandes, Susana<sup>2</sup>, Trinca, Ricardo<sup>3</sup>, Vicente, Vera<sup>4</sup>, Aguiar, Pedro<sup>5</sup>

1. Rheumatologist biologic clinic Instituto Português de Reumatologia
2. Resident Instituto Português de Reumatologia
3. Nurse biologic clinic Instituto Português de Reumatologia
4. Eurotrials Scientific Consultants
5. Eurotrials Scientific Consultants, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa,

**Introduction:** The use of questionnaires has a key role in the follow-up of patients with spondyloarthropathies in accessing disease activity, disability and quality of life. With the increasing use of new technologies, it is mandatory to access if the merge of questionnaires in computer assisted platforms are clinically the same.

**Objectives:** To evaluate and validate an electronic based BASFI questionnaire in a touch-screen platform and compare it with the paper version.

**Methods:** Patients followed at our biologic clinic first were evaluated with a paper version of BASFI questionnaire and after with the electronic version. The touch-screen was specially developed for our patients, integrating software that recognized the patient by disease through a bar code and presented the questionnaires according to the disease. Concordance between paper and

TABLE I. VALIDATION OF QUESTIONNAIRES

	Touch-screen	Paper	ICC (Touch-screen vs Paper)
<b>BASDAI Score (n=55)</b>			
Mean (standard deviation)	3.09 (2.53)	3.29 (2.65)	0.977
Cronbach's Alpha	0.952	0.961	

ICC: Intraclass correlation coefficients.

TABLE I. VALIDATION OF QUESTIONNAIRE

	Touch-screen	Paper	ICC (Touch-screen vs Paper)
<b>BASDAI Score (n=53)</b>			
Mean (standard deviation)	2.49 (2.19)	2.63 (2.22)	0.958
Cronbach's Alpha	0.938	0.948	

ICC: Intraclass correlation coefficients.

touch-screen questionnaire was done through Intraclass Correlation Coefficients. Internal consistency was evaluated by Cronbach's alpha coefficient

**Results:** 53 patients with *spondyloarthropathies* were included, 34% had psoriatic arthritis, 66% *ankylosing spondylitis*.

58,5% were female, mean age was 46,38+/- 11,27 years with the mean disease duration of 9,97 +/- 8,49 years. 52,8% had less than 12 years of scholarship.

**Conclusion:** We have validated the use of BASFI in a touch-screen technology to access patients with spondyloarthropathies. There is a very good concordance between the gold standard and the new platform. This validation can be a time saver in a clinic practice if we can use this technology with our electronic clinical records.

## P25 – VALIDATION OF A TOUCH-SCREEN VERSION OF ANKYLOSING SPONDYLITIS QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE – ASQOL

Cunha-Miranda, Luís<sup>1</sup>, Miguel, Cláudia<sup>1</sup>, Silva, Cândida<sup>1</sup>, Barcelos, Filipe<sup>1</sup>, Santos, Helena<sup>1</sup>, Borges, Joana<sup>2</sup>, Fernandes, Susana<sup>2</sup>, Trinca, Ricardo<sup>3</sup>, Vicente, Vera<sup>4</sup>, Aguiar, Pedro<sup>5</sup>

1. Rheumatologist biologic clinic Instituto Português de Reumatologia

2. Resident Instituto Português de Reumatologia

3. Nurse biologic clinic Instituto Português de Reumatologia

4. Eurotrials Scientific Consultants; 5 Eurotrials Scientific Consultants, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa;

**Introduction:** The use of questionnaires has a key role in the follow-up of patients with spondyloarthropathies in accessing disease activity, disability and quality of life. ASQoL has been used for the last decade as a valid and

TABLE I. VALIDATION OF QUESTIONNAIRE

	Touch-screen	Paper	ICC (Touch-screen vs Paper)
<b>ASQOL Score (n=54)</b>			
Mean (standard deviation)	6.76 (5.87)	6.80 (5.87)	0.940
Cronbach's Alpha	0.938	0.935	

ICC: Intraclass correlation coefficients.

well adapted questionnaire for evaluating quality of life in AS patients. In a growing technological clinical setting it is important to incorporate technology assuring that the clinical tools we use are still valid when used in other platforms other than the traditional ones.

**Objectives:** To evaluate and validate an electronic based AsQol questionnaire in a touch-screen platform

**Methods:** Patients followed at our biologic clinic first were evaluated with a paper version AsQol questionnaire and after with the electronic version. The touch-screen was specially developed for our patients, integrating software that recognized the patient by disease through a bar code and presented the questionnaires according to the disease. Concordance between paper and touch-screen questionnaire was done through Intraclass Correlation Coefficients. Internal consistency was evaluated by Cronbach's alpha coefficient.

**Results:** 54 patients with *spondyloarthropathies* were included, 31,5% had psoriatic arthritis, 68,5% *ankylosing spondylitis*.

59,3% were female, mean age was 46,05+/- 11,34 years with the mean disease duration of 9,93 +/- 8,2 years. 51,9% had less than 12 years of scholarship.

**Conclusion:** We have validated the use AsQol in touch-screen technology to access patients with spondyloarthropathies. There is a very good concordance between the gold standard and the new platform.

## P26 – DOR NEUROPÁTICA NAS ESPONDILARTRITES

T Meirinhos<sup>1</sup>, R Aguiar<sup>1</sup>, C Ambrósio<sup>1</sup>, A Barcelos<sup>1</sup>  
1 CHBV - Aveiro, Serviço de Reumatologia;

**Introdução:** A dor é o sintoma mais frequente nas doenças reumáticas. Na sua fisiopatogenia encontra-se

geralmente um distúrbio na percepção nociceptiva, por dano nos tecidos que evolui, muitas vezes, para dor central com características de dor neuropática (DN). Quando os dois componentes da dor coexistem no mesmo doente, a sua diferenciação é clinicamente importante, uma vez que esses componentes exigem abordagens terapêuticas diferentes, sob pena de insucesso no alívio da dor. A dor neuropática nas espondilartrites é ainda um tema pouco abordado na literatura.

**Objectivos:** Determinar, numa coorte de doentes com Espondilartrite axial (SpAa) e periférica (SpAp), a prevalência de DN, possíveis correlações entre a sua presença e a actividade, função e duração da doença.

**Métodos:** Estudo transversal. Variáveis analisadas: sexo, idade, duração da doença, medicação e comorbilidades. Todos os doentes responderam a EVA de dor, DN4 e EQ-5D. Nos doentes com SpAa foi calculado o BASDAI e BASFI e nas SpAp o DAS28. Grupo controlo constituído por indivíduos saudáveis, randomizados com os doentes em idade e sexo. Análise estatística por SPSS, versão 18.

**Resultados:** Foram incluídos 94 doentes (46 com SpAa, 48 com SpAp), 54 homens e 40 mulheres, com média de idades de  $47.87 \pm 14.32$  anos e duração média da doença de  $9.24 \pm 10.29$  anos. 16 doentes apresentavam DN4 $\geq$ 4 (11 com SpAa e 5 com SpAp) no entanto, apenas 3 faziam medicação para esse efeito. O valor médio de EVA de Dor foi de  $4.24 \pm 2.5$ , de EQ-5D foi  $7.03 \pm 2.09$ . Nas SpAa o valor médio de BASDAI foi  $4.34 \pm 2.35$  e de BASFI de  $3.79 \pm 2.64$ . Nas SpAp, o valor médio de DAS foi de  $2.59 \pm 1.22$ . A prevalência de DN foi superior nos doentes, em comparação com os controlos (OR=8.62 CI95% (1.1-67.25)). Verificámos também que, apesar da prevalência de DN aumentar com o tempo de duração da doença, tal diferença apenas foi estatisticamente significativa no grupo da SpAa ( $p=0,033924$ , IC 95%). A prevalência de DN aumenta com o BASDAI ( $p=0,0169$ , IC 95%) nas SpAa, o mesmo não se verificando em relação ao BASFI; também não foi encontrada relação com o DAS28 na SpAp. Como esperado, valores mais elevados de EVA de Dor e EQ-5D foram encontrados nos doentes com DN4 $\geq$ 4 ( $p<0,02$ ). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na prevalência de DN em relação com o sexo.

**Conclusão:** Este estudo revela um componente neuropático importante na nossa coorte de doentes, superior ao grupo controlo. Verificou-se que a DN está presente numa percentagem importante de doentes com SpAa e SpAp, sendo que a maioria não está com medicação para

esse efeito, dificultando o controlo adequado da sintomatologia. O presente trabalho vem pois demonstrar a necessidade de um melhor entendimento dos mecanismos e tipos de dor nas espondilartrites, pois a dor nociceptiva pode ser apenas parte do espectro de dor.

## P27 – IMPACTO FUNCIONAL DO PÉ NAS ESPONDILARTRITES

T Meirinhos<sup>1</sup>, R Aguiar<sup>1</sup>, C Ambrósio<sup>1</sup>, A Barcelos<sup>1</sup>

1. CHBV - Aveiro, Serviço de Reumatologia;

**Introdução:** O pé é um dos componentes do aparelho musculoesquelético mais complexos, e também dos menos abordados na literatura. No entanto, a sua importância nas actividades da vida diária (marcha, postura, etc) tem levado a uma crescente preocupação na compreensão dos seus mecanismos funcionais e da cinética articular. O atingimento do pé nas espondilartrites axiais (SpAa) e periféricas (SpAp) é conhecido, quer por envolvimento articular como entesopático contudo, os dados da literatura escasseiam desconhecendo-se o seu real impacto nestes doentes.

**Objectivos:** determinar, numa coorte de doentes com SpAa e SpAp, a prevalência de distúrbios funcionais do pé e tibio-társica, e sua relação com a actividade, função e duração da doença.

**Métodos:** Estudo transversal. Variáveis analisadas: sexo, idade e duração da doença. Todos os doentes responderam ao questionário FAOS (Foot and Ankle Outcome Score) que avalia a dor, aspectos funcionais do pé e tibio-társica e o seu impacto na qualidade de vida e actividades de vida diária. Nos doentes com SpAp foi determinado o DAS28 e nas SpAa o BASDAI e BASFI. Comparação dos resultados com grupo controlo, constituído por indivíduos saudáveis, randomizados para a idade e sexo dos doentes. Análise estatística por SPSS, versão 18.

**Resultados:** foram incluídos 80 doentes (38 com SpAa e 42 com SpAp), 50 homens e 30 mulheres, com média de idade  $47.3 \pm 14.24$  anos, e duração média da doença  $8.96 \pm 10.02$  anos. O valor médio do DAS 28 foi de  $2.49 \pm 1.08$ , do BASFI de  $3.67 \pm 2.55$  e do BASDAI de  $4.35 \pm 2.32$ . O valor médio do FAOS foi  $85.5 \pm 11.1$  nas SpAa (sintomas leves), e de  $77.6 \pm 16.1$  nas SpAp (sintomas leves-moderados).

Comparativamente ao grupo controlo, os doentes com SpAp apresentaram valores mais baixos de FAOS ( $p<0.03$ ), sendo que esta diferença não foi estatística-

mente significativa para o grupo das SpAa. Apesar de se terem encontrado valores mais baixos de FAOS nas mulheres e nos doentes mais idosos, estes não eram estatisticamente diferentes comparativamente aos controlos. Em relação à duração da doença, verificámos que, nas SpAp, existe uma relação estatisticamente significativa entre o seu aumento e diminuição do FAOS ( $p < 0.03$ ). Verificou-se ainda uma correlação estatisticamente significativa entre a actividade da doença e valores mais baixos de FAOS ( $p < 0.04$  nas SpAa e  $p < 0.02$ , nas SpAp) sendo que, também valores mais elevados de BASFI, se correlacionaram com valores menores de FAOS ( $p < 0.04$ ).

**Conclusão:** na nossa amostra, a maioria dos doentes admite limitações funcionais leves a moderadas, especialmente nos doentes com SpAp, como seria de esperar. O atingimento do pé parece ter uma relação directa com a actividade da doença, quer nas formas axiais quer nas periféricas e com a duração da doença nas SpAp.

## P28 – IMPACTO FUNCIONAL DA CERVICALGIA NAS ESPONDILARTRITES AXIAIS

Felix, T<sup>1</sup>, Meirinhos, T<sup>2</sup>, Aguiar, R<sup>2</sup>, Ambrósio, C<sup>2</sup>, Barcelos, A<sup>2</sup>

1. CHBV - Aveiro, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
2. CHBV - Aveiro, Serviço de Reumatologia;

**Introdução:** As espondilartrites axiais (SpAa) provocam muitas vezes limitações funcionais difíceis de avaliar. Os scores funcionais e de actividade da doença mais utilizados (BASFI e BASDAI, respectivamente), englobam algumas questões relacionadas com dor e incapacidade funcional da coluna cervical mas estão longe de ser ferramentas específicas para avaliar este aspecto em particular. Na literatura as referências são escassas no que se refere à avaliação da sintomatologia cervical nas espondilartrites e em que medida esses sintomas condicionam a capacidade funcional. O *NeckPainQuestionnaire* (NDI) é um questionário direccionado para a coluna cervical, permitindo a avaliação funcional de indivíduos com dor cervical, não existindo ainda publicações envolvendo a sua aplicação numa população de doentes com espondilartrite.

**Objectivos:** Avaliar, numa coorte de doentes com SpAa, o impacto funcional da cervicalgia, e sua relação com índices de gravidade e função da doença, bem como com a sua duração.

**Métodos:** Estudo transversal. Variáveis analisadas:

sexo, idade, duração da doença. Todos os doentes responderam ao BASDAI, BASFI e NDI. Foram avaliados, em todos os doentes, o mSASSS e a distância tragus-parede. Análise estatística com SPSS versão 18.0

**Resultados:** Foram incluídos 66 doentes, 48 homens e 18 mulheres, com média de idades de  $45 \pm 15.2$  anos e duração média da doença de  $9.92 \pm 10.1$  anos. O valor médio de BASDAI foi de  $3.53 \pm 2.53$ , BASFI de  $3.22 \pm 2.6$ , mSASSS de  $11.65 \pm 16.34$  e distância tragus-parede de  $12.96 \pm 4.66$  cm. O valor médio de NDI foi de  $20.41 \pm 12.65$ ; em relação à classificação por gravidade, 5 doentes (7.57%) apresentam *score* “sem impacto funcional”, 23 doentes (34.85%) têm “impacto funcional médio”, 14 (21.21%) com “impacto moderado”, 14 (21.21%) com “impacto grave” e 10 (15.15%) com “limitação funcional total”. Verificamos um aumento do NDI com o aumento do BASDAI e BASFI no entanto, tal diferença não foi estatisticamente significativa. Em relação à duração da doença, verificamos um aumento do NDI com o aumento da duração da doença, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,011$ , IC 95%). Como esperado, foi encontrada uma relação entre o aumento da distância tragus-parede e o aumento de NDI ( $p = 0.02$ ) no entanto, não foi encontrada relação entre o NDI e o atingimento radiográfico, avaliado pelo mSASSS, nem com o sexo.

**Conclusão:** Os resultados encontrados no presente estudo mostram que a maioria dos doentes apresenta limitação funcional decorrente da cervicalgia, mais de metade deles com impacto moderado a grave. Verificamos ainda que este impacto aumenta com a duração da doença, o que é consistente com os dados presentes na literatura e, tal como esperado, é maior nos doentes com maiores distâncias tragus-parede. A inexistência de uma correlação com os índices de actividade e função habitualmente usados pode dever-se ao facto de, nestes índices, apenas algumas questões focarem a coluna cervical, diluindo o seu impacto no valor total do índice.

## P29 – FROSTED BRANCH ANGIITIS: UMA VASCULITE OCULAR RARA ASSOCIADA A ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Alice Castro<sup>1</sup>, Cidalina Ferreira<sup>2</sup>, Elsa Vieira-Sousa<sup>1</sup>, Carlos Miranda-Rosa<sup>1</sup>, José Alberto Pereira da Silva<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e doenças ósseas metabólicas; Hospital Santa Maria, CHLN
2. Serviço de Oftalmologia; Hospital Santa Maria, CHLN



*Frosted branch angiitis* é a designação atribuída a uma patologia ocular rara, caracterizada por vasculite retiniana associada a edema e hemorragias ao nível da retina. As formas de apresentação mais comuns são diminuição subaguda da acuidade visual, fotopsia e aparecimento de moscas volantes no campo visual. A sua etiologia não está esclarecida, estando descritas associações a patologias infecciosas (tuberculose, toxoplasmose, herpes, citomegalovirus), doenças imunomediadas, como a doença de Behçet, lupus eritematoso sistémico ou dermatomiosite e raros casos idiopáticos.

Descreve-se o caso clínico de um doente do sexo masculino, 67 anos, com Espondilite Anquilosante de longa evolução, com envolvimento axial grave (coluna em bambu cervical, dorsal e lombar) e sacroiliite bilateral de grau IV. Sem manifestações extra-articulares até Agosto de 2010, altura em que inicia quadro de olho vermelho associado a dor ocular e diminuição subaguda da acuidade visual, tendo sido estabelecido o diagnóstico de uveíte anterior bilateral. No início de 2011 verificou-se recorrência da uveíte anterior bilateral, altura em que se documentou associação a vasculite retiniana – *frosted branch angiitis* – diagnosticada por fundoscopia, angiografia e tomografia de coerência óptica (O.C.T.). Cumpriu terapêutica com ciclosporina até 200 mg/d sem melhoria do quadro clínico. Admitiu-se uma associação entre as patologias ocular e reumática e decidiu-se iniciar terapêutica com infliximab 5mg/Kg de 6/6 semanas. Por diagnóstico de tuberculose latente fez terapêutica antibacilar com isoniazida antes de iniciar a terapêutica biológica. Foi realizada monitorização angiográfica após 2 meses de terapêutica com isoniazida, para excluir inclusivamente a possibilidade uma etiologia tuberculosa para a referida vasculite, sem ter sido evidente qualquer benefício a nível oftalmológico. Após 10 semanas de terapêutica com infliximab verificou-se melhoria da acuidade visual. A monitorização angiográfica realizada quatro meses após o início da terapêutica biológica revelou sinais francos de melhoria da vasculite retiniana. Actualmente, 18 meses após o início da terapêutica biológica, o doente encontra-se estável do ponto de vista oftalmológico, com melhoria da acuidade visual, embora sem resolução completa da vasculite retiniana, sob terapêutica com infliximab 5mg/kg e ciclosporina 100 mg/d.

Não está descrita até ao momento uma associação entre Espondilite Anquilosante e *frosted branch angiitis*. No presente caso clínico salienta-se a associação entre as duas patologias, e uma etiologia rara de uma vasculite retiniana, com poucos casos descritos na literatura.

A *frosted branch angiitis* surge assim como uma possível manifestação ocular a considerar em doentes com Espondilite Anquilosante.

### P30 – LIPOMA ARBORESCENS AND THE HIDDEN PSORIATIC ARTHRITIS

Vieira-Sousa, E.<sup>1</sup>, Polido-Pereira, J.<sup>1</sup>, Ribeiro, A.L.<sup>2</sup>, Antunes, J.<sup>3</sup>, Oliveira, M.E.<sup>4</sup>, Pereira da Silva, J.A.<sup>5</sup>, Fonseca, J.E.<sup>1</sup>

1. Rheumatology and Bone Metabolic Diseases Department, Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa and Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa
2. Infectious Diseases Department, Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa
3. Dermatology Department, Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa
4. Pathology Department, Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa
5. Rheumatology and Bone Metabolic Diseases Department, Hospital de Santa Maria, Centro Académico de Medicina de Lisboa;

**Introduction:** Lipoma arborescens is a rare cause of chronic monoarthritis due to a benign villous proliferation of subsynovial mature fat cells. Often affecting one single joint, most commonly the knee, the aetiology of lipoma arborescens is unknown. It has been associated with mechanical repeated trauma, osteoarthritis, as well as with inflammatory arthritis namely rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis.

**Clinical case:** A 50 years old lady was referred by the Infectious Diseases Department due to monoarthritis of the left knee of unknown aetiology and suspicion of infectious arthritis. She reported intermittent swelling and stiffness of the left knee for the last 5 years and arthralgia and swelling of the right ankle for the last year. She described at the age of 28 a first episode of arthritis of both knees and ankles which was related with a streptococcal tonsillitis and success fully treated with penicillin. She denied other extra-articular manifestations supporting a diagnosis of inflammatory arthritis besides personal and family history of nail dystrophy. On examination soft moderate swelling of the left knee and deformation and swelling of the right ankle was detected. Pitting and fragmentation of several

nails was observed and slight retro-auricular erythema and scaling patch on the left side. An arthrocentesis was performed revealing 1681 cells/ul with lymphocytic predominance, high glucose levels and negative cultures including for *Mycobacterium tuberculosis* and *Brucella sp.* Laboratory assessments namely rheumatoid factor, anti-cyclic citrullinated peptides antibodies, antinuclear antibodies, HLAB27 antigen, bacterial and viral serologies (HIV, VHB, VHC, Q fever, brucellosis, Lyme disease) were negative. The X-ray showed osteophyte formations at both condyles and tibial plates. A retrocondylar hipotransparent nodular formation was also detected raising the hypothesis of synovium osteochondromatosis. The arthroscopy performed at the rheumatology department revealed marked diffuse synovitis characterized by numerous villous formations the majority of a fatty yellow vascularised tissue. One osteochondroma on the retropatellar space was identified. The magnetic resonance requested to complement the macroscopic observation of intra-articular space confirmed moderate to severe effusion and an intra-articular frond-like mass hiperintense on T1 and hipointense on fat suppressed sequences, compatible with the diagnosis of lipoma arborescens. Arthroscopic guided synovial biopsies showed a fibroadipose synovial membrane with moderate inflammatory infiltrate.

**Conclusions:** The differential diagnosis of a monoarthritis can be challenging. Rare causes such as osteochondromatosis, lipoma arborescens and pigmented villonodular synovitis should be considered. In this case arthroscopic observation of intra-articular space including synovium macroscopy and histology constituted an important complementary tool in the diagnostic algorithm. The diagnosis of lipoma arborescens was confirmed by typical aspects observed on the magnetic resonance. Despite its rare occurrence, the recognition of its association with psoriatic arthritis highlighted the importance of undervalued nail and skin lesions, latter confirmed as psoriasis, and positioned the concomitant diagnosis of psoriatic arthritis as the most probable for the etiology of the long standing inflammatory arthritis observed in this patient.

### P31 – SCORES DE ENTESES NA PRÁTICA CLÍNICA – CORRELAÇÃO COM OS PARÂMETROS DE ACTIVIDADE DA DOENÇA INFLAMATÓRIA

Abelha-Aleixo, J.<sup>1</sup>, Madureira, P.<sup>1</sup>, Vieira, R.<sup>1</sup>,

Fonseca, R.<sup>1</sup>, Gonçalves, D.<sup>1</sup>, Bernardes, M.<sup>1</sup>, Bernardo, A.<sup>1</sup>, Costa, L.<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina do Porto

2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** A entesopatia é uma condição comum e bem descrita nas espondilartrites. Actualmente, vários scores tentam avaliar todas as áreas afectadas de forma prática, que permitam uma extrapolação de actividade inflamatória e uma análise facilmente reprodutível.

**Objectivo:** Avaliar se existe uma correlação entre os scores de enteses (SPARCC e MASES) e parâmetros clínicos e laboratoriais em pacientes com espondilite anquilosante (EA) e artrite psoriática (APso).

**Métodos:** Realizamos uma análise retrospectiva (Julho/2012 e Dezembro/2013) de todos os pacientes com EA e APso sob tratamento com anti-TNF, usando a base de dados nacional de doentes reumáticos (reuma.pt). Os dados demográficos, clínicos e laboratoriais, os scores de actividade da doença (ASDAS, BASDAI e DAS28 -4V), os parâmetros de atingimento funcional (HAQ, BASMI e BASFI), escalas de dor (EVA) e scores de enteses foram recolhidos. Foi utilizado o teste de correlação de Spearman através do SPSS 21,0 para análise estatística dos dados.

**Resultados:** Foram analisados 114 pacientes com EA (65,8 % homens) com uma mediana de idade de 45,0 anos [19,1-79.9], e 44 pacientes com APso (59,1 % mulheres) com uma idade mediana de 48,2 anos [21,1-85,3]. A duração mediana da doença foi de 21,6 anos [2,5-49,5] e de 13,3 anos [2,5-40,5], respectivamente.

Nos pacientes com EA foi encontrada correlação moderada ( $p < 0,05$ ) tanto no SPARCC como no MASES e: ASDAS ( $r = 0,35$ ;  $r = 0,31$ ), BASDAI ( $r = 0,50$ ;  $r = 0,54$ ), BASFI ( $r = 0,30$ ;  $r = 0,33$ ), avaliação global da doença do paciente ( $r = 0,34$ ;  $r = 0,33$ ), avaliação global da doença do médico ( $r = 0,43$ ;  $r = 0,32$ ), a avaliação da dor na coluna nocturna ( $r = 0,46$ ;  $r = 0,37$ ), e a avaliação da dor global na coluna ( $r = 0,38$ ,  $r = 0,39$ ).

Nos doentes com APso, foram encontradas correlações moderadas a fortes ( $p < 0,05$ ) tanto entre o SPARCC e o MASES e: ASDAS ( $r = 0,63$ ;  $r = 0,54$ ), BASDAI ( $r = 0,68$ ;  $r = 0,53$ ), BASFI ( $r = 0,52$ ;  $r = 0,41$ ), DAS28 (4V) ( $r = 0,72$ ;  $r = 0,47$ ), HAQ ( $r = 0,68$ ;  $r = 0,49$ ), avaliação global da doença do paciente ( $r = 0,66$ ;  $r = 0,51$ ), a avaliação da dor na coluna nocturna ( $r = 0,55$ ;  $r = 0,38$ ), e a avaliação da dor global na coluna ( $r = 0,54$ ;  $r = 0,38$ ). Além disso o SPARCC

mostrou correlação com BASMI ( $r = 0,39$ ) e a avaliação global da doença do médico ( $r = 0,59$ ). Não houve correlação entre os *scores* de enteses e os parâmetros laboratoriais (VS e PCR), em ambas patologias.

**Conclusão:** Esta análise sugere que há uma correlação entre os *scores* de enteses e a maioria dos parâmetros avaliados, tanto nos pacientes com EA como na APso. Podemos inferir a utilidade da pontuação de enteses como ferramenta de avaliação, mas mais estudos serão necessários para avaliar o seu poder prognóstico.

### P32 - ASSOCIATION STUDY IN PORTUGUESE PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS USING THE IMMUNOCHIP.

Pimentel-Santos, F.M.<sup>1</sup>, Costantino, F.<sup>2</sup>, Cortes, A.<sup>3</sup>, Garchon, H. J.<sup>2</sup>, Hadler, J.<sup>3</sup>, Breban, M.<sup>2</sup>, Branco, J. C.<sup>1</sup>, Brown, M. A.<sup>3</sup>, Conhecer a Realidade Portuguesa sobre a Espondilite Anquilosante, CORPOREA<sup>4</sup>, International Genetics of Ankylosing Spondylitis Consortium, IGAS<sup>5</sup>

1. CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa e CHLO, Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal
2. Université Versailles Saint-Quentin, Centre National de Recherche Scientifique (CNRS) Unité Mixte de Recherche (UMR) 8104, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) U1016, Paris, France e Ambroise Paré Hospital, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Versailles-Saint-Quentin en Yvelines University, Boulogne- Billancourt, France
3. University of Queensland Diamantina Institute, Translational Research Institute, Brisbane, Queensland, Australia
4. Study Group
5. Consortium

**Background and Objectives:** Ankylosing spondylitis (AS), a common inflammatory arthritis affecting primarily the spine and pelvis, is a highly heritable disease. In addition to HLA-B\*27, 25 loci were associated with AS in populations of European ancestry in a recent international collaborative study, using the “Immuno-chip”. There is, however, well-known heterogeneity of allele frequencies across populations. We therefore re-examined this large dataset (10,619 patients and 15,145 controls) and focused on the Portuguese sample, asking whether alleles might be distinctly associated with AS in Portugal.

**Materials and Methods:** We extracted the data subset corresponding 184 AS patients (according to the modified New York criteria) and 161 controls, all from mainland Portugal. Written informed consent was obtained from all subjects. Removal of outliers with Eigenstrat and quality control of genotyping data left 325 subjects (174 cases / 151 controls) genotyped with 119768 SNPs. Association analysis was performed using PLINK (v1.07).

**Results:** Apart from the MHC, there was no significant association at the genome-wide level ( $5 \times 10^{-8}$ ). However, 14 SNPs in 12 loci were associated with a nominal  $P < 1 \times 10^{-4}$ . The top-ranking SNP was in the inducible T-cell co-stimulator ligand (ICOSLG) gene ( $P = 7.56 \times 10^{-7}$ , OR = 5.014), previously associated in the whole consortium dataset. Other listed loci include USP34, an ubiquitin hydrolase that acts as regulator of the Wnt signaling pathway, CLEC16A, a member of the C-lectin type domain family, and several transcription factors or DNA-binding proteins.

**Conclusions:** Association of ICOSLG points to a potential alteration of the T-cell costimulation pathway in AS pathogenesis and warrants functional studies. Failure to replicate some of the loci associated in the whole consortium dataset likely results from our relatively small sample size. Conversely, new association findings will necessitate confirmation in independent samples and may lead to population-specific genomic variants predisposing to AS.

### P33 – ÍNDICES DE QUALIDADE DE VIDA E SEUS DETERMINANTES EM DOENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Mateus, C<sup>1</sup>, Pimentel-Santos, FM<sup>2</sup>, Mourão, AF<sup>2</sup>, Barcelos, A<sup>3</sup>, Ribeiro, C<sup>4</sup>, Vieira-Sousa, E<sup>5</sup>, Sequeira, G<sup>4</sup>, Santos, H<sup>6</sup>, Costa, JA<sup>7</sup>, Pinto, P<sup>8</sup>, Tavares, V<sup>9</sup>, Fonseca, JE<sup>5</sup>, Branco, JC<sup>2</sup>, Pita Barros, P<sup>10</sup>

1. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa
2. CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa e Serviço Reumatologia, CHLO, Hospital de Egas Moniz
3. Serviço de Reumatologia, CHBV- Hospital de Aveiro, Aveiro
4. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Algarve, Hospital de Faro
5. IMM, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Serviço de Reumatologia, CHLN, Hospital de

Santa Maria, Lisboa

6. Serviço Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

7. Serviço de Reumatologia, ULSAM, Ponte de Lima

8. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Vila Nova Gaia (CHVNG), Vila Nova Gaia

9. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

10. Nova School of Business and Economics, Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** Medir a qualidade de vida dos doentes com espondilite anquilosante (EA) com instrumentos genéricos e específicos e identificar as correlações entre os instrumentos e algumas características clínicas de actividade da doença.

**Material e Métodos:** Doentes com o diagnóstico de EA, definida de acordo com os critérios modificados de Nova York, foram recrutados em 11 consultas de Reumatologia de vários hospitais Portugueses. Foram recolhidas variáveis socio-demográficas e de caracterização da doença. A actividade e repercussão funcional da doença foram avaliadas através da aplicação do BASDAI e BASFI. A metrologia foi efectuada para obter o valor de BASMI. As radiografias, sempre que disponíveis, foram interpretadas por dois leitores independentes e registado o valor de mSASSS. Os doentes também preencheram o ASQoL, o HAQ-AS e o EQ-5D-3L. Foram também registados os valores da VS.

**Resultados:** De um total de 367 doentes, 63% eram do sexo masculino, com idade média (DP)  $45,6 \pm 13,2$ , duração de doença média (DP)  $17,2 \pm 12,1$  anos e idade média de diagnóstico (DP)  $35,6 \pm 13,6$ . O BASDAI tinha um valor médio (DP)  $4,15 \pm 2,27$ , o BASFI (DP)  $4,03 \pm 2,69$  e o BASMI (DP)  $4,02 \pm 2,48$ . O HAQ-AS em média (DP) era  $0,89 \pm 0,75$  e o ASQoL (DP) era  $7,04 \pm 5,08$ . As diferentes dimensões do EQ-5D variaram entre  $1,46 \pm 0,55$  para os cuidados pessoais e  $1,95 \pm 0,48$  para a dor e desconforto. Calculando índice do EQ-5D-3L obtém-se um valor médio (DP)  $0,59 \pm 0,30$  com a tarifa inglesa e  $0,47 \pm 0,27$  com a tarifa portuguesa. A idade está positivamente correlacionada com o BASDAI, BASFI, BASMI, mSASSS. Há uma correlação positiva com o HAQ-AS e negativa com o EQ-5D-3L quando calculado com a tarifa portuguesa. A duração da doença apresenta-se positivamente correlacionada com significado estatístico para o BASMI e para o mSASSS e a idade do diagnóstico com o BASMI. A idade do início da doença aparece positivamente correlacionada com os resultados do BASDAI e negativa-

mente correlacionada com o EQ-5D quando o mesmo é calculado com a tarifa portuguesa. O BASDAI, o BASFI e o BASMI têm correlações positivas entre eles. A VS correlaciona-se positivamente com o BASDAI, o BASFI, o BASMI, o HAS-AS e o ASQoL, e negativamente com o EQ-5D. O mSASSS apenas apresenta correlações positivas com significado estatístico para o BASDAI, BASFI, BASMI e HAQ-AS. O HAQ-AS correlaciona-se com as medidas de actividade da doença (BASDAI, BASMI, BASFI, VS, mSASSS), com o ASQoL e com o EQ-5D no sentido esperado. O mesmo é válido para o ASQoL, cuja correlação apenas não tem significado estatístico com o mSASSS.

**Conclusões:** As relações entre as medidas de actividade da doença, os instrumentos específicos e o instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde são as esperadas. Doentes mais velhos, com doença mais prolongada e com maior severidade da doença têm resultados piores na qualidade de vida relacionada com a saúde. Reduzir a progressão da doença terá ganhos na qualidade de vida relacionada com a saúde destes doentes.

### P34 – REFORMA ANTECIPADA E ABSENTISMO NOS DOENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE: QUE FACTORES ESTÃO ASSOCIADOS?

Pimentel-Santos, F.M.<sup>1</sup>, Mateus, Céu<sup>2</sup>, Mourão, A.F.<sup>1</sup>, Barcelos, A.<sup>3</sup>, Ribeiro, C.<sup>4</sup>, Vieira-Sousa, E.<sup>5</sup>, Sequeira, G.<sup>4</sup>, Santos, H.<sup>6</sup>, Costa, J. A.<sup>7</sup>, Pinto, P.<sup>8</sup>, Tavares, V.<sup>9</sup>, Fonseca, J.E.<sup>5</sup>, Branco, J.C.<sup>1</sup>, Pita Barros, P.<sup>10</sup>

1. CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa e Serviço Reumatologia, CHLO, Hospital de Egas Moniz

2. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

3. Serviço de Reumatologia, CHBV- Hospital de Aveiro, Aveiro

4. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Algarve, Hospital de Faro; 5 IMM, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e Serviço de Reumatologia, CHLN, Hospital de Santa Maria, Lisboa

6. Serviço Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

7. Serviço de Reumatologia, ULSAM, Ponte de Lima

8. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Vila Nova

Gaia (CHVNG), Vila Nova Gaia

9. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

10. Nova School of Business and Economics, Universidade Nova de Lisboa;

**Objectivos:** Avaliar as perdas de produtividade decorrentes da espondilite anquilosante (EA) e identificar os principais factores associados às situações de reforma antecipada e absentismo laboral (baixa).

**Material e Métodos:** Doentes com o diagnóstico de EA, definida de acordo com os critérios modificados de Nova York, foram recrutados em 11 consultas de Reumatologia de vários hospitais Portugueses. Os doentes preencheram um questionário envolvendo variáveis sócio-demográficas (incluindo a situação profissional) e clínicas. A actividade e repercussão funcional da doença foram avaliadas através da aplicação do BASDAI e BASFI. A metrologia foi efectuada para obter o valor de BASMI. As radiografias, sempre que disponíveis, foram interpretadas por dois leitores independentes e registado o valor de mSASSS. Foram também registados os valores da VS. Através de modelos de regressão linear procurou-se identificar variáveis explicativas para as situações de reforma antecipada e absentismo.

**Resultados:** De um total de 369 doentes, foram seleccionados 137 doentes com idade igual ou inferior a 65 anos (61,3% homens, idade média (DP) 43,5±11,7 anos, duração de doença media (DP) 10,1±9,3 anos. Neste grupo, 23,4% encontravam-se reformados, 73,7% trabalhavam a tempo inteiro, 2,9% trabalhavam a tempo parcial. A idade ( $p=0,01$ ) e o BASMI ( $p=0,05$ ) parecem constituir os principais factores associados à reforma. Dos doentes com idade igual ou inferior a 65 anos, 3,3% encontravam-se na situação de baixa. Confrontando as situações de faltas ao trabalho com as de participação ativa no mercado de trabalho, o BASDAI ( $p=0,01$ ) parece ser o principal determinante do absentismo. Pelo contrário a duração da doença, o sexo, a escolaridade, a repercussão funcional e radiológica da doença, a VS e a terapêutica efectuada não parecem contribuir para as perdas de produtividade destes doentes. Conclusões: Neste estudo a EA associa-se a uma significativa percentagem de reformas antecipadas e de dias de absentismo. A idade e o dano acumulado (BASMI) parecem ser os principais determinantes do aumento da probabilidade de reforma; pelo contrário a actividade da doença (BASDAI) é a principal determinante das faltas ao trabalho. Uma intervenção pre-

coce e adequada deverá constituir um imperativo médico com o intuito de prevenir a saída precoce do mercado de trabalho dos doentes com EA.

### P35 – A INGESTÃO DE AMIDO E OS PARÂMETROS DE ACTIVIDADE, REPERCUSSÃO FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Silva, A. R.<sup>1</sup>, Pimentel-Santos, F. M.<sup>2</sup>, Branco, J. C.<sup>2</sup>, Mesquita, F.<sup>1</sup>

1. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Monte de Caparica

2. CEDOC, Faculdade Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa e Serviço de Reumatologia, CHLO, Hospital de Egas Moniz

**Background:** A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença inflamatória crónica, que afecta preferencialmente o esqueleto axial, motivando uma progressiva limitação da mobilidade. Alguns estudos puseram em evidência a associação entre a ingestão de amido e actividade da doença. O objectivo deste estudo é confirmar a associação entre a ingestão de amido e os parâmetros de actividade e também com a repercussão funcional e a qualidade de vida destes doentes.

**Método:** Este estudo caracteriza-se por ser um estudo de coorte prospectivo. A amostra é constituída por doentes com EA, seguidos no Serviço de Reumatologia do CHLO, Hospital de Egas Moniz. Os participantes preencheram um diário alimentar durante 5 dias consecutivos, onde indicaram exaustivamente todos os alimentos ingeridos e a respectiva quantidade e método de confecção. A contabilização do amido foi feita com base nos valores de referência da Tabela dos Alimentos do Instituto Ricardo Jorge. Foram preenchidos os questionários BASDAI, BASFI, BASG e SF-36, tendo-se ainda registado os valores peso, altura, PCR, VS e a terapêutica efectuada. Recorreu-se primeiramente à análise do Coeficiente de Correlação de Spearman para avaliar a existência de associações entre as variáveis em estudo e a ingestão média de amido. Posteriormente, realizaram-se regressões lineares, por forma a identificar o impacto da ingestão de amido na actividade, repercussão funcional e qualidade de vida dos doentes, ajustando para o sexo, idade, IMC e terapêutica medicamentosa do doente.

**Resultados:** Foram avaliados 12 doentes (9H:3M),

com idades compreendidas entre os 26 e os 63 anos. A mediana da ingestão diária de amido foi de 154,5 mg, o BASDAI de 2,00, o BASFI 3,65, o BASG 3,0 e o SF-36 76,67, a PCR 1,7 mg/dL e VS 7,5 mmHg 1ª hora. A análise do Coeficiente de Correlação de Spearman revelou que a ingestão de amido se associa significativamente à actividade da doença (BASDAI) ( $p < 0.05$ ), à repercussão funcional (BASFI) ( $p < 0.01$ ), ao bem-estar geral (BASG) ( $p < 0,01$ ) e à VS ( $p < 0,05$ ). Não se verificou associação com a qualidade de vida (SF-36) nem com a PCR. Através das Regressões lineares, verificou-se que, controlando as variáveis de confundimento, a ingestão média de amido apresenta um poder de explicação da variabilidade de 96,8%, 98,3% e 93,0%, respectivamente para as variáveis BASDAI ( $p < 0,05$ ), BASFI ( $p < 0,05$ ) e BASG ( $p < 0,05$ ). Por cada mg de amido na dieta a variação do BASDAI, BASFI, BASMI é de 3,5, 3,6 e 2,9% respectivamente.

**Conclusão:** A maior ingestão de amido, parece associar-se à maior actividade e maior repercussão funcional da doença. Estes resultados permitem perspectivar a redução do teor de amido da dieta como uma abordagem terapêutica complementar à terapêutica medicamentosa.

### P36 – EFICÁCIA DE BIOTECNOLÓGICO NA ESPONDILARTRITE AXIAL: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Borges, J<sup>1</sup>, Santos, H<sup>2</sup>, Gonçalves, I<sup>1</sup>, Fernandes, S<sup>1</sup>, Cardoso, A<sup>3</sup>, Trinca, R<sup>4</sup>, Cunha-Miranda, L<sup>2</sup>, Miguel, C<sup>2</sup>, Barcelos, F<sup>2</sup>, Silva, C<sup>2</sup>, Leitão, R<sup>2</sup>

1. IC Reumatologia, Inst. Português de Reumatologia
2. Reumatologista, Inst. Português de Reumatologia
3. Nutricionista, Inst. Port. Reumatologia
4. Enfermeiro, Inst. Português de Reumatologia;

**Introdução:** A terapêutica biotecnológica tem permitido melhorar a qualidade de vida de doentes com Espondilite Axial (axSpA). A sua eficácia pode ser avaliada pela repercussão sobre índices de atividade de doença: *Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score* (ASDAS) e *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI) e pelo impacto na mobilidade e, consequentemente, na capacidade funcional do doente, traduzidos pelos índices *Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index* (BASMI) e *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* (BASFI). O objetivo do trabalho foi avaliar a evolução de atividade de doença, mobilidade

**TABELA I.**

	EVA doente	EVA noturna	EVA total coluna	VS (mm/H)	PCR (mg/L)	BASDAI	BASMI	BASFI	ASDAS_VS	ASDAS_PCR	ASDAS
T0	61,5±24,8	52,2±30,4	59,6±25,5	32,8±28,5	17,1±19,6	5,9±2,02	3,77±1,6	5,1±2,3	3,6±0,9	3,6±0,9	3,6±0,9
T1	27,5±25,01	20,9±26,9	29,5±25,8	20,1±21,4	6,3±7,8	3,2±2,4	3,2±1,6	3,1±2,6	2,2±1,1	1,9±1,04	1,99±1,1
p-value	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

e capacidade funcional numa população de indivíduos com axSpA sob terapêutica com biotecnológico.

**Métodos:** Foram selecionados doentes incluídos no registo Reuma.pt (Registo Nacional de Doentes Reumáticos) com diagnóstico de Espondilartrite com biológicos (seguidos em Hospital de Dia). Avaliaram-se fatores sócio-demográficos (género, idade, escolaridade), Velocidade de Sedimentação (VS), Proteína C Reativa (PCR), idade de início de sintomas e de diagnóstico, tempo de evolução de doença e até introdução de biotecnológico, ASDAS, BASDAI, BASFI, BASMI e EVA na consulta antes de iniciar terapêutica (T0) e última consulta registada (T1). A análise incluiu estatística descritiva e analítica (t-student e Wilcoxon) para significância  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Foram avaliados 115 indivíduos, 47,8% do género masculino, idade média de  $45,7 \pm 11,5$  anos. A escolaridade média foi  $10,0 \pm 4,4$  anos: 53,8% com graduação inferior ao 9º ano, 17,4% com ensino secundário e os restantes com frequência de ensino superior (mestrado, bacharelato, licenciatura). Idade média de início de doença de  $28,6 \pm 9,8$  e de diagnóstico  $33,5 \pm 10,7$  anos, com tempo de evolução de doença 13,9 anos até introdução de biológico. O tempo médio de exposição a biológico foi  $2,3 \pm 2,1$  anos. Em relação ao biológico atual, 35,9% dos indivíduos encontram-se sob etanercept, 35,9% sob adalimumab, 15,2% sob infliximab e 13,0% sob golimumab. 60,9% da amostra era positiva para HLA B27. Em relação à atividade avaliada pelo ASDAS em T0, 1% dos indivíduos apresentava doença inativa; 3,1% atividade moderada; 44,3% atividade alta e 51,5% atividade muito alta. Em T1, a distribuição de atividade ASDAS foi doença inativa em 24,2% dos indivíduos, atividade moderada em 33,3%, atividade alta em 31,3% e atividade muito alta em 11,1%. Os restantes resultados são descritos na Tabela I.

**Conclusão:** Houve evolução favorável nos parâmetros clínicos e de atividade de doença com introdução de terapêutica biotecnológica. A melhoria da inflamação sistémica, traduzida por descida de VS, PCR, ASDAS e BASDAI acompanhou-se de melhoria nos critérios funcionais e mobilidade. Registou-se também aumento do número de indivíduos com doença inativa (1% vs 24,2%) e em atividade moderada (3,1% vs 33,3%). Estes resultados traduzem a eficácia da terapêutica biotecnológica.

### P37 - EFFECTIVENESS OF TNF ANTAGONISTS ON THE TREATMENT OF ENTHESITIS

Madureira, P<sup>1</sup>, Pimenta, S<sup>1</sup>, Vieira, R<sup>1</sup>, Aleixo, A<sup>1</sup>,

Fonseca, R<sup>1</sup>, Gonçalves, D<sup>2</sup>, Bernardo, A<sup>1</sup>, Bernardes, M<sup>1</sup>, Costa, L<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João e Faculdade de Medicina do Porto
2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João

**Background:** The involvement of the enthesitis in the patients with spondyloarthritis (SpA) can be a factor of disability. The efficacy of the TNF antagonists on the SpA activity is well established and is similar between all the drugs available at the moment. On the other hand, the efficacy of the anti-TNF treatment on the enthesitis is not as well-known and doesn't seem as strong as its effect on the overall disease activity.

**Objectives:** To analyze the effectiveness of anti-TNF drugs in the treatment of enthesitis in patients with SpA.

**Methods:** A retrospective analysis of all patients with SpA that started or switched treatment with TNF antagonists in a rheumatology department of a Portuguese University Hospital. The data were collected from the national database for rheumatic patients between July/2012 and December/2013. The demographic and clinic baseline data, disease activity (ASDAS and BASDAI) and functional impairment (determined with BASMI and BASFI) at baseline, 3 and 9 months of therapy were collected. The variations in the enthesitis scores (SPARCC and MASES) were then determined, as well as their difference according to the ASDAS response and according to the diagnosis (ankylosing spondylitis (AS) vs. psoriatic arthritis (PsA)).

**Results:** In December 2013, 26 patients met the inclusion criteria; 61.5% were women, and the median disease duration was 13.5 years. Of the 26 patients, only 10 have HLA B27 determination registered on the database, which was positive in 90% of them. 53.8% of the patients were receiving treatment with a classic DMARD. 50% were TNF naïve, and the remaining 50% had already been treated with at least 1 anti-TNF, without adequate improvement in the disease activity. 57.7% have started golimumab, 23.1% adalimumab and 19.2% etanercept. The median baseline BASDAI was 6.4, ASDAS 4.2, and BASMI 4.8. ASDAS and BASDAI had a significant reduction at 3 months of treatment ( $p < 0.0001$  and  $0.001$  respectively), but at 9 months only the ASDAS reduction was significant ( $p = 0.002$ ). At 3 and 9 months, despite a trend to reduction in the MASES score, none was statistically significant: MASES score showed a reduction of 3.5 points at 3 and 9 months; SPARCC didn't varied between all the evaluations. The MASES and SPARCC scores didn't differed significantly between the patients with and without



ASDAS response, despite a tendency to a greater reduction on both scores on the patients with ASDAS response at 3 months of treatment (reduction of 4 points in MASES and 2 points in SPARCC vs. reduction of 2.5 points in MASES and 1.5 points in SPARCC on the patients with and without ASDAS response respectively). Between the patients with AS and PsA there weren't any significant differences between the MASES and SPARCC scores, despite an trend towards a greater reduction at 3 months in the ones with AS (reduction of 4 points in MASES and 2 points in SPARCC in AS vs. reduction of 2.5 points in MASES and -1.5 in SPARCC in PsA).

**Conclusion:** This analysis suggests an improvement in the both the enthesitis scores with the introduction of anti-TNF treatment, especially in MASES at 3 and 9 months, and this response occurs in both AS and PsA groups. It also shows that the reduction of the enthesitis scores seems to be independent of the response of the overall disease activity to the treatment.

### P38 – ATIVIDADE DE DOENÇA NA ESPONDILARTRITE AXIAL: COMPARAÇÃO ENTRE DUAS POPULAÇÕES DE DOENTES

Borges, Joana<sup>1</sup>, Santos, Helena<sup>1</sup>, Fernandes, Susana<sup>1</sup>, Gonçalves, Inês<sup>1</sup>, Cardoso, Alexandra<sup>1</sup>, Trinca, Ricardo<sup>1</sup>, Cunha-Miranda, Luis<sup>1</sup>, Miguel, Cláudia<sup>1</sup>, Barcelos, Filipe<sup>1</sup>, Silva, Cândida<sup>1</sup>, Leitão, Rui<sup>1</sup>  
1. Instituto Português de Reumatologia

**Introdução:** Muitos fatores são considerados ao iniciar terapêutica biotecnológica. Na Espondilartrite axial (axSpA) existem índices de atividade de doença (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*: ASDAS e *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*: BASDAI); mobilidade (*Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index*: BASMI); função (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*: BASFI); questionários *Ankylosing Spondylitis Quality of Life*, *Short Form-36* e Escala Visual Analógica (EVA). Outros elementos podem influenciar a decisão, como opinião do médico e do doente. Este estudo teve como objectivo comparar 2 populações com axSpA (aspetos sócio-demográficos, clínicos, atividade da doença) na *baseline* e após introdução de biotecnológico.

**Métodos:** Selecionaram-se doentes registados em Reuma.pt (Registo Nacional de Doentes Reumáticos) com diagnóstico de Espondilartrite sem biológicos seguidos em Consulta de Espondilartrite (população A) e Espondilartrite com biológicos seguidos em Hospital de Dia

TABELA I.

	EVA doente T0	EVA médico T0	EVA noturna T0	EVA total coluna T0	BASFI T0	ASDAS T0	ASDAS_VS T0	ASDAS_PCR T0	BASDAI T0	BASMI T0
Pop A	45,5±23,5	26,7±17,7	35,9±29,04	48,2±22,9	3,5±2,7	2,98±1,1	3,0±1,1	2,98±1,1	4,5±2,3	3,9±1,6
Pop B	60,9±25,4	42,3±14,9	51,4±31,8	56,2±26,2	4,97±2,3	3,6±0,9	3,6±0,9	3,6±0,9	5,9±2,04	3,7±1,6
p-value	0,000	0,006	0,009	0,03	0,001	0,022	0,019	0,024	0,000	0,493

TABELA II.

	EVA doente T1	EVA médico T1	EVA noturna T1	BASFI T1	ASDAS T1	BASDAI T1	BASMI T1
Pop A	32,3±27,4	20,9±12,8	31,2±28,7	2,8±2,4	2,1±0,9	3,7±2,4	3,6±1,9
Pop B	28,4±25,9	14,3±11,8	20,6±26,2	3,1±2,6	2,01±1,1	3,2±2,5	3,4±1,7
p-value	0,36	0,000	0,006	0,462	0,295	0,134	0,726

(população B). Avaliaram-se fatores sócio-demográficos (género, idade, escolaridade) e clínicos (idade de início de sintomas/diagnóstico, evolução, ASDAS, BASDAI, BASFI, BASMI, EVA) na 1ª (T0) e última consulta (T1) registadas. Análise com estatística descritiva e analítica (Mann-Whitney, Qui-Quadrado, significância  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** População A com 92 indivíduos, 52,2% género masculino, média de idade  $46,5 \pm 11,3$  e escolaridade  $10,1 \pm 5,5$  anos. Média de idade de início de doença  $32,1 \pm 10,2$ , de diagnóstico  $35,7 \pm 8,9$  anos e tempo de evolução  $13,03 \pm 8,7$  anos. 62,7% da amostra positiva para HLA B27. População B com 115 indivíduos, 47,8% género masculino, média de idade  $45,7 \pm 11,5$  e escolaridade  $10,0 \pm 4,4$  anos. Média de idade de início de doença  $28,6 \pm 9,8$ , de diagnóstico  $33,6 \pm 10,7$ , tempo de evolução  $17,3 \pm 10,1$  e tempo até introdução de biológico  $13,9 \pm 9,8$  anos. Tempo médio de exposição a biológico:  $2,3 \pm 2,1$  anos. Biológico inicial: adalimumab em 43,5%, etanercept em 27,8%, infliximab em 19,1% e golimumab em 9,6%. 79,5% da amostra positiva para HLA B27. Houve diferença na idade de início ( $32,1$  vs  $28,6$ ,  $p=0,041$ ) e tempo de evolução ( $13,03$  vs  $17,3$   $p=0,006$ ).

A Tabela I descreve variáveis clínicas em T0.

A Tabela II descreve as variáveis clínicas em T1.

**Conclusão:** As populações foram semelhantes para aspetos sócio-demográficos, embora com início mais precoce de doença e maior tempo de evolução para os doentes sob biológico. Como esperado, o grupo de doentes em que se introduziu biotecnológico apresentava na *baseline* valores significativamente mais elevados de EVAs, ASDAS e BASDAI. Após introdução de terapêutica (tempo de seguimento variável), os 2 grupos estabilizaram em atividade clínica semelhante, com EVA (médico) e EVA noturna (doente) inferior no grupo sob biológico.

### P39 – PREDICTIVE FACTORS OF TREATMENT RESPONSE TO A SECOND TNF- $\alpha$ INHIBITOR IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS – RESULTS FROM THE PORTUGUESE REGISTER REUMA.PT

Araújo, F.<sup>1</sup>, Sepriano, A.<sup>2</sup>, Madureira, P.<sup>3</sup>, Aguiar, R.<sup>4</sup>, Bernardo, A.<sup>3</sup>, Silva, C.<sup>5</sup>, Sousa, E.<sup>6</sup>, Pimentel-Santos, F.<sup>7</sup>, Sequeira, G.<sup>8</sup>, Canhão, H.<sup>6</sup>, Santos, H.<sup>5</sup>, Garcia, J.<sup>9</sup>, Pereira Silva, J. Alberto<sup>6</sup>, Canas Silva, J.<sup>10</sup>, Oliveira, M.<sup>11</sup>, Salvador, M. J.<sup>12</sup>, Nero, P.<sup>1</sup>, Monteiro, P.<sup>13</sup>, Nóvoa, T.<sup>14</sup>, Branco, J. C.<sup>15</sup>  
 1. Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental,

Hospital Egas Moniz

2. Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz; CEDOC, Faculdade Ciências Médicas Universidade Nova Lisboa

3. Rheumatology, Centro Hospitalar São João

4. Rheumatology, Centro Hospitalar Baixo Vouga

5. Rheumatology, Instituto Português Reumatologia

6. Rheumatology, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria

7. Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, e CEDOC, Faculdade Ciências Médicas Universidade Nova Lisboa

8. Rheumatology, Hospital de Faro

9. Rheumatology, Centro Hospitalar Médio Tejo

10. Rheumatology, Hospital Garcia Orta

11. Rheumatology, Centro Hospitalar Cova Beira

12. Rheumatology, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

13. Rheumatology, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

14. Rheumatology, Hospital Divino Espírito Santo

15. CEDOC, Faculdade Ciências Médicas Universidade Nova Lisboa; Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz;

**Introduction:** Approximately one-third of patients with ankylosing spondylitis (AS) treated with tumor necrosis factor inhibitors (TNFi) needs to switch their biological therapy. However, a significant clinical response only occurs in half of switcher patients. The purpose of this study was to determine predictive factors of treatment response at 12 weeks in AS patients switching treatment to a second TNFi.

**Material and methods:** Patients with AS (1984 modified New York classification criteria) switching treatment to a second TNFi were identified in the Rheumatic Diseases Portuguese Register, Reuma.pt. Data was extracted at baseline (at second TNFi start) and at 12 weeks of follow-up. Variables included in the analysis were age, race, gender, BMI, education level, work status, tobacco and alcohol consumption, disease duration, time to diagnosis, peripheral arthritis, extra-articular manifestations, ESR, CRP, HLA-B27 positivity, previous DMARD and steroid therapy, BASDAI, ASDAS, BASFI, BASMI, first TNFi used, reason and time to switch. Univariable logistic regression analysis of baseline predictors of BASDAI response (improvement  $\geq 2$  units or  $\geq 50\%$ ) was performed and variables with a  $p$ -value  $< 0.25$  were re-tested in multivariable regression models.

**Results:** Of the 334 AS patients treated with biologicals, 85 (25.4%) switched to a second TNFi. Reasons for switch included treatment failure (16; 18.8%), adverse

events (25; 29.4%) and other reasons (44; 51.8%) like refractory extra-articular manifestations, surgery or patient preferences. Patients were included in the analysis if they stayed in therapy at least for 3 months and have BASDAI at baseline and at 3 months available. Forty-nine patients were analyzed, 22 responders (44.9%) and 27 non-responders (55.1%). BASDAI clinical response at 12 weeks was predicted by BASMI ( $p=0.04$ ; OR 3.8 [95% CI 1.0, 14.1]) adjusting for gender, erythrocyte sedimentation rate and age at biological treatment onset. No other statistical significant demographic, clinical or laboratorial predictors were found.

**Discussion and conclusion:** We found 45% switchers who responded to the second TNFi. An increased BASMI score was an independent predictor of BASDAI clinical response to a second TNFi in AS patients. The inclusion of a greater number of patients in future studies may allow the determination of further predictive factors.

#### **P40 – EFFECT OF CERTOLIZUMAB PEGOL OVER 48 WEEKS IN PATIENTS WITH AXIAL SPONDYLOARTHRITIS, INCLUDING ANKYLOSING SPONDYLITIS AND NON- RADIOGRAPHIC AXIAL SPONDYLOARTHRITIS**

Landewé, RBM<sup>1</sup>, Rudwaleit, M<sup>2</sup>, Van der Heijde, D<sup>3</sup>, Dougados, M<sup>4</sup>, Mease, PJ<sup>5</sup>, Reveille, JD<sup>6</sup>, Walsh, J<sup>7</sup>, Kivitz, AJ<sup>8</sup>, Maksymowych, WP<sup>9</sup>, Braun, J<sup>10</sup>, Deodhar, AA<sup>11</sup>, Stach, C<sup>12</sup>, Hoepken, B<sup>12</sup>, Singh, P<sup>12</sup>, Sieper, J<sup>13</sup>, Chamizo, E<sup>14</sup>

1. Academic Medical Center/University of Amsterdam & Atrium Medical Center, Amsterdam, Netherlands
2. Endokrinologikum Berlin, Berlin, Germany
3. Leiden University Medical Center, Leiden, Netherlands
4. Paris-Descartes University, APHP, Cochin Hospital, Paris, France
5. Swedish Medical Center and University of Washington, Seattle, WA, USA
6. University of Texas Health Science Center at Houston, Houston, TX, USA
7. University of Utah Hospital, Salt Lake City, UT, USA
8. Altoona Center for Clinical Research, Duncansville, PA, USA
9. University of Alberta, Edmonton, AB, Canada
10. Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne, Germany
11. Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA
12. UCB Pharma, Monheim, Germany
13. Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany
14. Hospital General de Mérida, Mérida, Spain (presenting author)

**Background/Purpose:** Previous reports of RAPID-axS-

pA have demonstrated the efficacy and safety of certolizumab pegol (CZP), a PEGylated Fc-free anti-TNF, in patients (pts) with axial spondyloarthritis (axSpA) including pts with ankylosing spondylitis (AS, meeting modified New York criteria) and pts with no sacroiliitis on X-ray (non-radiographic axSpA, nr-axSpA), to Week (Wk) 24.1 We report clinical efficacy and safety of CZP in axSpA pts to Wk48.

**Methods:** The ongoing RAPID-axSpA trial (NCT01087762) is double-blind and placebo (PBO) controlled to Wk24 and dose-blind to Wk48.<sup>1</sup> Pts fulfilled ASAS criteria<sup>2</sup> and had active axSpA, including both AS pts and nr-axSpA pts. Pts originally randomized to CZP (200mg Q2W or 400mg Q4W, following 400mg loading dose at Wks 0, 2, 4) continued on their assigned dose in dose-blind phase; PBO pts entering dose-blind phase were re-randomized to CZP loading dose followed by CZP 200mg Q2W or CZP 400mg Q4W after Wk24 or, for non-responders Wk16. We present efficacy data for all pts originally randomized to CZP and imaging outcomes for all pts included in the imaging sub-study (MRI set). Endpoints included ASAS20 and ASAS40 responses, ASAS PR and ASDAS outcomes. Also included were BASDAI, BASFI, BASMI-linear, total spine pain, fatigue, ASQoL, SPARCC and ASspiMRI-a. Outcomes are presented at Wk24 and Wk48. NRI was used for categorical measures and LOCF for quantitative measures. Safety sets consists of all pts treated with CZP at any stage of the 48-wk trial

**Results:** 325 pts were randomized, of which 218 received CZP from Wk0. Of pts randomized to CZP at baseline (BL), 93% completed Wk24 and 88% Wk48. ASAS20, ASAS40 and ASAS PR were maintained from Wk24 to 48 (Table) and improvements from BL in BASDAI, BASFI, BASMI-linear, ASDAS and ASDAS-ID were also maintained to Wk48 (Table). Reductions in pain, fatigue and ASQoL were also observed between Wk24 and Wk48 (Table). In the MRI sub-study (CZP N=104), reduction of inflammation, as measured by SPARCC and ASspiMRI-a, was maintained to Wk48. Similar improvements were seen with both dosing regimens and in both AS and nr-axSpA subpopulations (Table). In the safety set (N=315), adverse events (AEs) occurred in 248 pts (78.7%; event rate per 100 pt-yrs=419.5), serious AEs in 25 (7.9%). Serious infections occurred in 10 (3.2%) pts, including suspected tuberculosis in 3 (1.0%) of which 1 was confirmed (from Mexico). No deaths or malignancies were reported.

**Conclusion:** In the RAPID-axSpA trial, improvements observed over 24 wks in clinical efficacy, patient-reported

and MRI outcomes were sustained over 48 wks in both CZP dosing regimens. Similar sustained improvements in clinical, patient-reported and MRI outcomes were observed in both AS and nr-axSpA subpopulations. The safety profile was in line with that observed for CZP in RA.

#### REFERENCES

1. Landewe R. *Arthritis Rheum* 2012;64(10):336-337
2. Rudwaleit M. *Ann Rheum Dis* 2009;68(6):770-776.

### **P41 – EFFECT OF CERTOLIZUMAB PEGOL OVER 48 WEEKS ON SIGNS AND SYMPTOMS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS WITH AND WITHOUT PRIOR TUMOR NECROSIS FACTOR INHIBITOR EXPOSURE**

Mease, PJ<sup>1</sup>, Fleischmann, RM<sup>2</sup>, Wollenhaupt, J<sup>3</sup>, Deodhar, A<sup>4</sup>, Gladman, D<sup>5</sup>, Stach, C<sup>6</sup>, Hoepken, B<sup>6</sup>, Peterson, L<sup>7</sup>, Van der Heijde, D<sup>8</sup>, Chamizo, E<sup>9</sup>

1. Swedish Medical Center and University of Washington, Seattle, WA, USA
2. University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA
3. SchonKlinik, Hamburg, Germany
4. Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA
5. Toronto Western Hospital and University of Toronto, Toronto, ON, Canada
6. UCB Pharma, Monheim, Germany
7. UCB Pharma, Raleigh, NC, USA
8. LeidenUniversity Medical Center, Leiden, Netherlands
9. Hospital General de Mérida, Mérida, Spain (presenting author)

**Background/Purpose:** Previous reports of RAPID-PsA demonstrated efficacy and safety of certolizumab pegol (CZP), a PEGylated Fc-free anti-TNF, over 24 weeks (wks) in psoriatic arthritis (PsA) patients (pts), including pts with prior TNF inhibitor therapy.<sup>1</sup> We report the clinical efficacy and safety of CZP in PsA pts to Wk48.

**Methods:** The ongoing RAPID-PsA trial (NCT01087788) is double-blind and placebo (PBO)-controlled to Wk24 and dose-blind to Wk48.<sup>1</sup> Pts had active PsA and had failed  $\geq 1$  DMARD. Pts originally randomized to CZP (200mg Q2W or 400mg Q4W, following 400mg loading dose at Wks 0, 2, 4) continued on their assigned dose in dose-blind phase; PBO pts entering dose-blind phase were re-randomized to CZP loading dose followed by CZP 200mg Q2W or CZP 400mg Q4W. We report efficacy for pts in randomized set (RS) originally randomized to CZP. Primary endpoints were ACR20 response at Wk12 and change from baseline (BL) in

modified Total Sharp Score (mTSS) at Wk24.1 Other pre-planned endpoints included PASI75/90 and ACR20/50/70 response, change from BL HAQ-DI, PsA-QoL, pain (VAS) and fatigue (NRS) at Wk24 and 48, and mTSS at Wk48. Post-hoc analyses evaluated minimal disease activity (MDA) at Wk24 and 48, and compared ACR response rates to Wk48 in pts with and without prior TNF inhibitor exposure. NRI was used for categorical measures, LOCF for quantitative measures. Safety set consists of all pts treated with CZP at any stage of the 48-wk trial.

**Results:** 409 pts were randomized, of which 273 received CZP from Wk0. 54 (19.8%) combined CZP pts (200mg Q2W + 400mg Q4W) had prior TNF inhibitor exposure, with similar BL characteristics to pts without. Of CZP-randomized pts, 91% completed to Wk24 and 87% to Wk48. ACR20/50/70 and MDA response rates were maintained from Wk24 to Wk48 (Figure A), and similar ACR response rates to Wk48 were observed in pts with and without prior TNF inhibitor exposure (Figure B). Change from BL in HAQ-DI, PsAQoL, pain (VAS) and fatigue (NRS) were maintained to Wk48 (Figure A). In pts with  $\geq 3\%$  skin involvement at BL (60.8% CZP pts), PASI75 and PASI90 responses were maintained from Wk24 to Wk48 (Figure A). Radiographic progression in CZP-treated pts remained low (LS mean mTSS change from BL: Wk24, 0.00; Wk48, 0.13). In the safety set (N=393), adverse events (AEs) occurred in 304 pts (77.4%; event rate [ER] per 100 pt-yrs=394.6), serious AEs in 39 (9.9%; ER=15.3). Serious AEs included 8 infections (2.0%; ER=3.0), including 1 case of tuberculosis (0.3%; ER=0.3), and 3 deaths in the overall 48-week period (0.8%), including 1 death (0.3%) between Wk24 and 48 (breast cancer).

**Conclusion:** Clinical efficacy of CZP was maintained over 48 wks in pts with PsA, including pts with and without prior TNF inhibitor exposure. Low radiographic progression and improvements in PASI were maintained to Wk48. Safety profile was in line with that observed for CZP in RA.

#### REFERENCES

1. Mease PJ. *Arthritis Rheum* 2012;64(10):1107

### **P42 – GONARTRITE POR PEPTOSTREPTOCOCCUS ASACCHAROLYTICUS**

Costa, C<sup>1</sup>, Santiago, M.G.<sup>1</sup>, Ferreira, J<sup>1</sup>, Carvalho, P<sup>1</sup>, Rodrigues, M<sup>1</sup>, Silva, J<sup>1</sup>, Malcata, A<sup>1</sup>, da Silva, J.A.P.<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal;

**Introdução:** O *Peptostreptococcus asaccharolyticus* é um coco gram-positivo anaeróbio, de difícil isolamento e crescimento lento. As bactérias *Peptostreptococcus spp* fazem parte da flora normal das superfícies mucocutâneas, incluindo a boca, tracto intestinal, vagina, uretra e pele. O peptostreptococcus é frequentemente responsável por doença periodontal e no sistema músculo-esquelético pode causar artrite e osteomielite. A artrite séptica por estes micro-organismos afecta geralmente articulações com prótese na sequência de cirurgia. Contudo, em situações raras pode ocorrer a partir de um foco distante, seguido de bacteriemia transitória e colonização e crescimento numa articulação com dano prévio.

**Caso Clínico:** Mulher, 57 anos, com antecedentes de espondiloartrite com envolvimento periférico (13 anos de evolução), gastrite crónica atrofica e episódio de tuberculose pulmonar há 30 anos. Internada no Serviço de Reumatologia do CHUC por quadro de gonalgia à direita com 1 mês de evolução, de ritmo predominantemente mecânico e com tumefacção articular progressiva. Negava traumatismo, infecção prévia, febre ou sintomas constitucionais. Sem outras queixas articulares ou axiais. Descrevia procedimento dentário 2 meses antes. Ao exame objectivo apresentava no joelho direito, aumento da temperatura e do rubor, com dor à mobilização e derrame articular. Realizada artrocentese com saída de 45 cc de líquido amarelo, pouco viscoso, onde foram identificados 11700 leucócitos (85% neutrófilos). O exame bacteriológico em aerobiose foi negativo. O líquido articular foi cultivado em meio especial para anaeróbios, com isolamento de *Peptostreptococcus asaccharolyticus*. Analiticamente apresentava uma anemia microcítica e parâmetros inflamatórios aumentados (VS 77 mm/h e PCR 5.05mg/dl). Hemoculturas negativas. Realizou RMN joelho direito- rotura complexa do corpo menisco externo e sinais de rotura da ponta anterior do menisco interno. Apresenta lesão subcondral associada a edema medular a nível do prato tibial externo. Após observação por estomatologia e ginecologia foram excluídos focos infecciosos actuais, que pudessem ser o ponto de partida. Antes de iniciar antibioterapia realizou-se nova artrocentese do joelho direito com novo isolamento de *Peptostreptococcus asaccharolyticus*. Estabeleceu-se o diagnóstico de artrite séptica por germen anaeróbio (*Peptostreptococcus asaccharolyticus*) em doente com espondilartropatia periférica,

com provável ponto de partida bucal após intervenção dentária e colonização de uma articulação já estruturalmente lesada. Fez antibioterapia segundo o antibiograma com amoxicilina/ácido clavulânico 1g 12/12h durante 6 semanas e analgesia com naproxeno 500mg 2id, com boa evolução clínica e analítica.

**Conclusão:** A artrite séptica por *Peptostreptococcus spp* é rara. Este microorganismo tem um crescimento lento, sendo necessário recorrer a meios de cultura específicos para anaeróbios. Devemos estar alerta para artrites sépticas por microorganismos de crescimento lento, incluindo o *Peptostreptococcus*, quando a contagem celular do líquido é sugestiva de infecção e quando foram excluídas outras causas de artrite séptica, principalmente em indivíduos com infecções ou intervenções orais ou ginecológicas prévias.

#### P43 – POLIARTRITE NODOSA NO DOENTE COM INFECÇÃO VIH: DESCRIÇÃO DE UM CASO RARO

Fernandes, S.<sup>1</sup>, Vaz-Pinto, I.<sup>2</sup>, Bártolo, E.<sup>2</sup>, Lestre, S.<sup>2</sup>, Cunha-Miranda, L.<sup>1</sup>, Vaz-Patto, J.<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia  
2 HPP Hospital de Cascais;

**Introdução:** As vasculites no doente com infecção VIH são raras (<1%) e na literatura estão documentadas apenas pequenas séries de casos. Estes quadros podem surgir em qualquer estadió da infecção vírica e pensa que estão relacionados com a replicação *in situ* do VIH na parede dos vasos, com o efeito de agentes oportunistas e/ou com deposição de imunocomplexos circulantes. A Poliarterite Nodosa nestes doentes, tem a particularidade de atingir maioritariamente a pele, músculo ou nervo, sendo raro o envolvimento multisistémico como nas formas de PAN clássica e, é invariavelmente VHB negativa.

**Caso Clínico:** MHCA, 58 anos, género feminino, com história de infecção VIH tipo 1 com 13 anos de evolução, sob Darunavir, Abacavir e Lamivudina, sem falhas terapêuticas, com carga virais indetectáveis e CD4 de 1841. Tem também Hipertensão Arterial. Relatava quadro de poliarterite simétrica e aditiva de punhos, mãos e tibio-társicas (TT) com início há 10 anos, fazendo prednisolona em (PDN) durante cerca 2 anos, com remissão do quadro e posterior desmame. Em Fevereiro deste ano, volta a ter artrite localizada às TTs, com total cedência a PDN e retorno com o desmame/suspensão. Em Dezembro e sob PDN 20 mg/d, surge com fe-

bre e púrpura palpável na face anteroexterna da perna, região maleolar e dorso do pé esquerdos (placas eritemato violáceas e área de necrose), sem outras queixas. Exceptuando o descrito, apresentava um exame objectivo normal. Foi internada para esclarecimento diagnóstico sob a hipótese de Vasculite Necrotizante (infecciosa vs. inflamatória vs. oclusiva). Iniciou PDN 40 mg/d e antibioticoterapia de largo espectro. Da investigação realizada, apresentava analiticamente leucocitose neutrófila 18,500/15,76, VS 41 mm/h, PCR 13,59 mg/dL, boa função renal e hepática, proteinúria 0,36 g/24h, prova Mantoux negativa, serologias VHB e VHC negativas, serologias IgG+/IgM- para EBV, CMV, HSV 1 e 2, VZV, assim como crioglobulinas, ANCA, ANA, anticoagulante lúpico, anticardiolipina, anti glicoproteína e hemoculturas negativas. As radiografias TT e tórax, ecografia de TT, ECG e Ecocardiograma estavam normais. Assistiu-se a uma rápida e favorável evolução clínica e analítica com quase remissão das lesões cutâneas ao final de 7 dias, tendo a doente tido alta para a consulta. Na reavaliação apresentava pequena úlcera não infectada no maléolo externo esquerdo, sem semiologia de inflamação articular. O resultado da biópsia cutânea revelou trombose de pequenos vasos com vasculite leucoclastica e trombose de arteríolas de médio calibre com permeação de toda a parede por neutrófilos, sem evidência de microorganismos. Foi admitido o diagnóstico de PAN, na sua forma limitada (cutânea e articular). A doente encontra-se actualmente medicada com Metotrexato 10 mg/d, Hidroxicloroquina 400 mg/d, PDN 15 mg/dia, ácido fólico, cálcio e vitamina D, antihipertensores e antiretrovirais.

**Discussão/Conclusão:** Nesta doente, o quadro de PAN surgiu com a infecção VIH totalmente controlada sob antiretrovirais. A terapêutica destes doentes, para além da corticoterapia (0,5 mg/kg/dia), não está definida e equacionam-se opções que não ponham em risco o *outcome* com eventual progressão para SIDA. Esta doente encontra-se em remissão e mantém cargas virais indetectáveis e bons níveis de CD4. Salienta-se que no doente VIH com vasculite importa excluir atentamente a etiologia infecciosa/opportunista e iatrogénica. Segundo a literatura, o prognóstico é mais favorável que na PAN clássica.

#### **P44 – POLIARTERITE NODOSA ASSOCIADA A INFECÇÃO A COXIELLA BURNETII**

Romão, VC<sup>1</sup>, Gonçalves, MJ<sup>1</sup>, Gonçalves, A<sup>2</sup>,

Ramos, F<sup>1</sup>, Saraiva, F<sup>1</sup>, Romeu, JC<sup>1</sup>,  
Pereira da Silva, JA<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas,  
Hospital Santa Maria - CHLN, Lisboa

2. Serviço de Imagiologia, Hospital Santa Maria - CHLN,  
Lisboa

**Introdução:** A poliarterite nodosa (PAN) é uma vasculite necrotizante de médios vasos que se caracteriza classicamente pelo envolvimento estenótico e aneurismático da circulação arterial esplâncica. Com expressão clínica variável, habitualmente apresenta-se com manifestações constitucionais e envolvimento multi-sistémico, incluindo o aparelho músculo-esquelético. Associando-se frequentemente a infecção pelo vírus da hepatite B, outros agentes infecciosos foram descritos como potenciais etiologias.

**Material e Métodos:** Descrevemos um caso de um doente internado no Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, em que foi feito o diagnóstico de PAN secundária a infecção aguda por um agente que não se encontrava previamente associado a esta vasculite.

**Resultados:** Doente do sexo masculino, 44 anos, raça negra, natural de Angola e residente em Portugal desde os 11 anos, grande fumador, internado no Serviço de Reumatologia por um quadro com 3 semanas de evolução de mialgias cervico-escapulares bilaterais, poliartrose simétrica aditiva com envolvimento proximal e distal, dor torácica pleurítica anterolateral esquerda, febre vespertina com arrepios, diaforese noturna, astenia, anorexia, emagrecimento (10% peso corporal), livedo reticularis (face dorsal dos pés) e hepatomegalia. Habitava em zona rural, com contacto frequente com animais (cão, cabras e ovelhas), negando outros factores de risco epidemiológicos. Laboratorialmente destacava-se anemia normocítica normocrómica (Hb 12.6g/dL), leucocitose neutrófila (24,430/μL, 84%), VS 50mm/1<sup>a</sup> hora, PCR 21.6mg/dL, INR 1.39, aPTT 33.1/29s, AST 57U/L, ALT 208U/L, GGT 163U/L, LDH 502U/L, troponina I <0.02μg/L, ferritina 7330ng/mL, ANAs, factores reumatóides e anti-CCP negativos. Apresentava achados compatíveis com pericardite no ECG e ecocardiograma. A TC do tórax revelou lesões de enfisema em todo o parênquima pulmonar com distrofia bolhosa nos lobos superiores. Iniciou terapêutica com prednisolona 15mg/dia, com apirexia e melhoria progressiva do quadro clínico-laboratorial, mantendo lesões de livedo reticularis. Os exames microbiológicos e os estudos serológicos, incluindo VHB, VHC, VIH, Brucela, Lyme e Parvovirus foram negativos

e foi excluída neoplasia. Face ao quadro clínico e à persistência da leucocitose e dos parâmetros inflamatórios considerou-se a hipótese de PAN e efectuou-se aortografia abdominal que documentou a presença de múltiplos microaneurismas do território arterial esplâncnico (hepático, renal, esplênico e mesentérico), confirmando-se o diagnóstico. Iniciou terapêutica com prednisolona 1mg/kg e duas semanas após a alta é revelado um resultado até à data pendente de serologia positiva para Febre Q (*Coxiella burnetii*): Fase I IgG 1/256, IgM 1/256, Fase II IgG 1/512, IgM 1/512 – padrão compatível com infecção aguda. Instituiu-se terapêutica com doxiciclina por 21 dias, tendo o ecocardiograma transesofágico excluído vegetações valvulares. Assumiu-se o diagnóstico de PAN secundária a Febre Q, estando o doente actualmente em processo de redução da dose de corticoterapia. A repetição do estudo serológico após 6 semanas excluiu evolução para infecção crónica.

**Conclusões:** Este caso, tanto quanto é do nosso conhecimento, constitui o primeiro em que se descreve a associação de PAN a infecção aguda a *Coxiella burnetii*. Esta infecção, sobretudo em contexto epidemiológico sugestivo, deve ser considerada perante uma PAN, pois pode constituir uma causa tratável de vasculite sistémica.

#### **P45 – O GRANDE IMITADOR EM MEDICINA: UM CASO DE PERIOSTITE SIFILÍTICA**

Rosa Gonçalves, Diana<sup>1</sup>, Abelha, Joana<sup>2</sup>, Vieira, Romana<sup>2</sup>, Madureira, Pedro<sup>2</sup>, Fonseca, Rita<sup>2</sup>, Terroso, Georgina<sup>2</sup>, Bernardes, Miguel<sup>2</sup>, Costa, Lúcia<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João  
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;

**Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso de um doente de 40 anos, observado pela primeira vez na consulta de Reumatologia por dor no antebraço e perna esquerdos com 2 meses de evolução, acompanhada de anorexia e perda ponderal. A dor era persistente, em moedeira e com agravamento nocturno. O seu início foi acompanhado por mal-estar geral e febre. Negava outra sintomatologia nomeadamente hipersudorese nocturna, tosse ou expectoração; sem queixas músculo-esqueléticas ou antecedentes patológicos prévios; sem comportamentos de risco. Encontrava-se sob dose máxima de Dol-u-ron Forte® sem quaisquer melhorias.

Objectivamente salientava-se dermatite seborreica da face e couro cabeludo e exantema maculo-papular do tronco que o doente relacionava com antibiótico que teria realizado. Tinha várias adenomegalias cervicais e inguinais e dor marcada à palpação ao longo dos cúbitos e tíbias. Do estudo analítico realizado no exterior: hemograma normal, elevação de VS e PCR, hipergamaglobulinemia, elevação de GGT (cerca de 7 vezes o normal), FA e AST (cerca de 2 vezes o normal). A função renal e a urina tipo 2 não apresentavam alterações. O HLA-B27 e FR eram negativos. Trazia cintilograma ósseo onde se verificavam alterações agudas, com hiperfixação na projecção dos ossos cranianos (vários, sobretudo do frontal), diáfises tibiais, perónios, diáfises cubitais e úmeros. Havia, também, hiperfixação poliarticular. As radiografias realizadas revelavam espessamento do perióstio das faces anteriores das tíbias, assim como dos perónios e cúbitos. O doente foi internado por suspeita de mieloma múltiplo. Do estudo complementar: hemograma e função renal normais, IgG mantinha-se elevada (5040mg/dL) e  $\beta$ 2-microglobulina era 4657ug/l. Restantes marcadores tumorais negativos. O doseamento de cálcio, ácido úrico e cadeias leves na urina foi normal. A radiografia craniana revelou alterações sugestivas de lesões líticas, excluídas na TC. A TC cervico-toraco-abdomino-pélvica revelou múltiplas adenomegalias cervicais, torácicas, abdominais, pélvicas e inguinais a favor de uma doença linfoproliferativa. Realizou biopsia de gânglio linfático e broncofibroscopia que não revelaram alterações de relevo. A imunofixação sérica demonstrou gamapatia policlonal e o mielograma não foi compatível com doença linfoproliferativa. Apresentou vários picos febris (máx. 39.1°C). Das serologias efectuadas, o TTPA foi reactivo com VDRL positivo (128 DILS), o VIH foi positivo e apresentava serologia compatível com hepatite B curada. Foi então confirmado o diagnóstico de sífilis secundária iniciando, assim, tratamento com penicilina G benzatínica 2,4MI (3 doses). O doente confirmou práticas homossexuais. Na reavaliação aos 6 meses o doente referia melhoria significativa das queixas álgicas. Apresentava diminuição nos títulos de VDRL. No cintilograma apresentava periostite em fase subaguda ao nível das tíbias. Aos 12 meses apenas eram visíveis alterações em fase crónica estando o doente praticamente assintomático.

**Comentário:** Embora a periostite sifilítica seja rara, este caso enfatiza a importância de se considerar a sífilis no diagnóstico diferencial de praticamente qualquer doença. Devido à sua heterogeneidade clínica, esta doença

sexualmente transmissível, é conhecida como “o grande imitador”.

#### **P46 – TRATAR A DOENÇA E NÃO O SINTOMA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Abelha-Aleixo, J<sup>1</sup>, Fonseca, R.<sup>1</sup>, Vieira, R.<sup>1</sup>,  
Madureira, P.<sup>1</sup>, Gonçalves, D.<sup>1</sup>, Mariz, E.<sup>1</sup>, Brito, J.<sup>2</sup>,  
Pinto, J.<sup>2</sup>, Bernardo, A.<sup>1</sup>, Costa, L.<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João; Faculdade de Medicina

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** Os fenómenos trombóticos em doentes com conectivites podem dever-se a factores de risco cardiovascular ou ser consequência da deposição de imunocomplexos, ataque tecidual por anticorpos ou vasculite concomitante.

**Descrição do caso clínico:** Os autores apresentam um caso de uma mulher de 30 anos com antecedentes de Lúpus eritematoso sistémico (LES) e vasculopatia livedóide, internada por cianose fixa e dolorosa do 1º ao 4º dedo do pé esquerdo, com “oclusão arterial aparente” em *ecodoppler*. Analiticamente apresentava estudo protrombótico negativo e marcadores de actividade de LES. Iniciou tratamento empirico com alprostadilo e três pulsos de 500mg de metilprednisolona endovenosos. Aquando do resultado da Angio-RM efectuada e compatível com vasculite, a doente tinha abandonado o internamento contra parecer médico e sem medicação. Decidiu ser seguida em regime extra-hospitalar. Efectuou uma simpatectomia e posteriormente amputação dos 2º e 3º dedos do pé esquerdo. Iniciou hipocoagulação e vasodilatadores.

Regressou ao Hospital 6 meses depois, com febre (38°C) e isquemia com exsudação do hálux esquerdo, sob Antibioterapia por isolamento de *staphylococcus capitis*. Apresentava emagrecimento acentuado, livedo reticularis, alopecia, artrite e Raynaud das mãos sem ulceração. Durante o estudo em internamento verificou-se envolvimento do sistema nervoso central, com áreas de isquemia subaguda no corpo caloso no contexto da vasculite, o que tornava premente o início de imunossupressão. Após confirmação de osteomielite da falange distal do hálux esquerdo, foi observada por cirurgia vascular para eliminação cirúrgica do foco infeccioso. Realizou angiografia dos membros inferiores, verificando-se compromisso importante da circulação distal bilateral.

Apesar de ter sido explicada a gravidade da patologia à doente, que ao longo do internamento se mostrou sempre bastante renitente na realização dos vários exames, assinou alta contra parecer médico, não tendo efectuado nenhum dos tratamentos propostos.

**Discussão e Conclusão:** Este caso ilustra a importância do estudo da etiologia de lesões isquémicas. Além das hipóteses de trombose arterial, Raynaud, e vasculite, havia ainda a considerar a vasculopatia livedóide que pode causar per se úlceras digitais e trombozes recorrentes. O tratamento apenas sintomático e de correcção de complicações durante vários meses permitiu não só a evolução da vasculite como a perpetuação de uma atitude de descrédito da doente perante os cuidados médicos. O prognóstico é bastante reservado caso não inicie imunossupressão célere, com atingimento de órgãos nobres e morte.

#### **P47 – LESÕES CUTÂNEAS SOB TERAPÊUTICA ANTI-TNF $\alpha$ : A PROPÓSITO DE UM CASO**

Ana Raposo<sup>1</sup>, Marcos Cerqueira<sup>1</sup>, Mónica Bogas<sup>1</sup>,  
Filipa Teixeira<sup>1</sup>, José Costa<sup>1</sup>, Carmo Afonso<sup>1</sup>

1 Serviço de Reumatologia- ULSAM Ponte de Lima;

**Introdução:** A evidência crescente da eficácia das terapêuticas biotecnológicas no tratamento de algumas patologias reumáticas inflamatórias tem conduzido ao aumento da sua utilização. No entanto, o seu potencial de efeitos adversos não estará ainda completamente estabelecido, pelo que a vigilância e monitorização adequadas continuam a ser fundamentais. Entre os principais efeitos adversos, as complicações infecciosas são os mais frequentes. Outros efeitos adversos, entre os quais diversos tipos de manifestações cutâneas, têm vindo a ser reportados.

**Material e Métodos:** Apresenta-se e descreve-se a abordagem diagnóstica e terapêutica do caso de um doente em tratamento com um fármaco anti-TNF $\alpha$  que desenvolveu uma infeção cutânea.

**Resultados:** Doente de 63 anos, do sexo masculino, reformado, dedicado à agricultura e criação de gado, com diagnóstico de artrite psoriática com envolvimento axial e periférico desde os 45 anos de idade. Apresentava a forma de psoríase cutânea em placas e ungueal. Foi medicado com adalimumab (ADA) 40mg quinzenalmente, em associação a metotrexato 25mg/semana intramuscular que vinha a cumprir sem interrupções desde 2011 sem aparentes efeitos adversos. Na



avaliação às 16 semanas após início do biológico, o doente apresentou critérios de remissão clínica articular e cutânea. Posteriormente, aproximadamente aos 10 meses de tratamento com esta associação terapêutica, surgiram -lhe, de forma insidiosa, lesões pápulo-nodulares, eritematosas e pruriginosas nos membros superiores, envolvendo o dorso das mãos e antebraços. Inicialmente, estas lesões foram interpretadas como eventual exacerbação de psoríase pelo que foi medicado com corticosteróide tópico, com alguma melhoria. No entanto, na evolução, verificou-se, além do reaparecimento das lesões com a mesma localização, extensão das mesmas, de forma proximal, para o resto dos membros e fraca resposta ao corticosteróide tópico. Adicionalmente, surgiram lesões ungueais sugestivas de onicomicose. A terapêutica com ADA foi suspensa para avaliar a eventual relação de causa-efeito entre estas lesões e a terapêutica anti-TNF $\alpha$ . Apesar desta suspensão as lesões cutâneas persistiram pelo que se decidiu a sua biópsia. O exame histológico revelou sinais de “inflamação” crónica superficial e profunda da derme e o exame cultural micológico revelou a presença de uma *Candida catenulata*. O doente foi medicado com terfinafina 250mg/dia com regressão das lesões após duas semanas de tratamento. Não foi retomada a terapêutica com ADA por o doente se manter em remissão apenas com a terapêutica com metotrexato.

**Discussão e conclusão:** O aumento da susceptibilidade a infeções, incluindo quer as infeções mais banais quer as infeções devidas a agentes pouco frequentes, é uma das maiores preocupações com as terapêuticas biológicas. Na literatura são poucos os casos reportados de infeções fúngicas associados a estes fármacos. A *Candida catenulata* sendo um contaminante ambiental, encontra-se raramente descrito como agente infeccioso em humanos. Neste caso clínico, a relação entre a identificação do fungo em meio de cultura e o contexto clínico-epidemiológico, associada à resposta clínica à terapêutica antifúngica, foi possível estabelecer o diagnóstico de infeção fúngica cutânea e afastar a hipótese de exacerbação de psoríase sob terapêutica com anti-TNF $\alpha$ .

#### P48 – REUMA.PT/LES: THE PORTUGUESE LUPUS REGISTER

Sousa, S<sup>1</sup>, Gonçalves, MJ<sup>2</sup>, Inês, LS<sup>3</sup>, Duarte, C<sup>3</sup>, Fernandes, S<sup>4</sup>, Silva, C<sup>4</sup>, Romão, VC<sup>2</sup>, Terroso, G<sup>5</sup>, Bernardes, M<sup>5</sup>, Cerqueira, M<sup>6</sup>, Raposo, A<sup>6</sup>,

Sequeira, G<sup>7</sup>, Barcelos, A<sup>8</sup>, Canas da Silva, J<sup>9</sup>, Costa, L<sup>5</sup>, Pereira da Silva, JA<sup>2</sup>, Cunha-Miranda, L<sup>4</sup>, Silva, JAP<sup>3</sup>, Canhão, H<sup>2</sup>, Santos, MJ<sup>9</sup>

1. Hospital Garcia de Orta, Almada
2. Hospital de Santa Maria, Lisboa
3. Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra
4. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa
5. Hospital de São João, Porto
6. Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima
7. Hospital de Faro, Faro
8. Hospital de Aveiro, Aveiro
9. Hospital Garcia de Orta, Almada

**Background:** The Rheumatic Diseases Register from the Portuguese Society of Rheumatology has expanded its coverage to Systemic Lupus Erythematosus (SLE) - Reuma.pt/LES. It is a web-based platform launched in September 2012 that simultaneously serves as a nationwide registry and as an electronic medical record. Its goal is to register all patients with SLE and follow them up in a standard manner in order to improve the monitoring and clinical care for patients with SLE while increasing the knowledge of this disease. The aim of this study is to characterize the SLE Portuguese population included in Reuma.pt/LES.

**Methods:** A large SLE population was registered and a longitudinal follow-up is being recorded. This registry includes patients from all Portuguese national area with the diagnosis of SLE registered in the Reuma.pt/LES until December 2013.

**Results:** In total, 1510 patients were included. The majority (92%) are women with an average age of 47.7 $\pm$ 14.9 years. 94.5% are Caucasian, 4.6% black and 0.9% of other races. The mean disease duration was 13.8 $\pm$ 8.9 years and the most prevalent manifestations were mucocutaneous, hematological and musculoskeletal. Co-morbid conditions were recorded in 641 patients, being the most frequent hypertension (31.5%), thyroid diseases (10.8%) and diabetes (7.2%). Secondary Sjögren syndrome and antiphospholipid syndrome were documented in 10.6% and 7.6% of patients, respectively. SLEDAI-2K at last visit was in average 2.53 $\pm$ 3.18. SLICC/ACR damage index was in average 0.7 $\pm$ 1.23. About 50% of the patients were ever treated with corticosteroids and 63.3% with antimalarials, which were the most common drugs used.

**Conclusions:** Reuma.pt is a very useful tool that allows a more efficient patient follow-up, and standardized data collection and analysis, with the ultimate objective of improving patient care and simultaneous-

ly scientific research in the field of SLE.

#### P49 – GREATER DIAGNOSTIC DELAY IN EARLY-ONSET THAN IN LATE-ONSET SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS – DATA FROM REUMA.PT/LES

Sousa, S<sup>1</sup>, Gonçalves, MJ<sup>2</sup>, Inês, LS<sup>3</sup>, Duarte, C<sup>3</sup>, Fernandes, S<sup>4</sup>, Terroso, G<sup>5</sup>, Romão, VC<sup>2</sup>, Cerqueira, M<sup>6</sup>, Raposo, A<sup>6</sup>, Couto, M<sup>7</sup>, Nero, P<sup>8</sup>, Novoa, T<sup>9</sup>, Pinto, P<sup>10</sup>, Melo Gomes, JA<sup>4</sup>, Canas da Silva, J<sup>1</sup>, Costa, L<sup>5</sup>, Pereira da Silva, JA<sup>2</sup>, Cunha-Miranda, L<sup>4</sup>, Silva, JAP<sup>3</sup>, Canhão, H<sup>2</sup>, Santos, MJ<sup>1</sup>

1. Hospital Garcia de Orta, Almada
2. Hospital de Santa Maria, Lisboa
3. Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra
4. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa
5. Centro Hospitalar de São João, Porto
6. Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima
7. Hospital de Viseu; Viseu
8. Hospital Egas Moniz, Lisboa
9. Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada
10. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia;

**Background:** Systemic lupus erythematosus (SLE) affects predominantly women of reproductive age. However, in about 15% of patients SLE begins before the age of 18 years (early-onset) and in 10-20% of patients SLE is first diagnosed after the age of 50 years (late-onset). The age at disease onset significantly impacts on clinical presentation, disease course, response to treatment and prognosis. The aims of this study are to compare

demographic, clinical features and disease outcome between patients with early-onset and those with late-onset SLE and determine whether patients age affects the time interval until diagnosis.

**Methods:** All SLE patients from the Portuguese registry Reuma.pt/LES with disease onset at age  $\leq 18$  years-old or at age  $\geq 50$  years-old were included. Patients' data were cross-sectionally analyzed upon records from the last visit. The differences between groups with early and late onset were determined by Student t-tests, chi-square or Fisher's exact tests.

**Results:** 313 SLE patients were included (157 early-onset; 156 late-onset). In the early-onset group, 88% were women, mean disease duration  $16.8 \pm 10.5$  y and mean age of diagnosis  $17 \pm 5.9$  y. Higher education level was noted in the younger group. 81.6% of patients with late-onset SLE were women, mean disease duration  $9.37 \pm 5.2$  y and mean age of diagnosis  $60.5 \pm 7.5$  y. Photosensitivity, arthritis and neurological disorder were statistically more prevalent in the late-onset group. Anti-Sm positivity was observed more frequently in early-onset SLE. Co-morbidities were also more common in this age group. Disease activity evaluated using the SLEDAI-2K was higher in the early-onset ( $3.0 \pm 3.3$  vs  $2.0 \pm 2.8$ ;  $p=0.01$ ) while accumulated damage was higher in the older age group ( $1.0 \pm 1.3$  vs  $0.69 \pm 1.4$ ;  $p<0.001$ ). Diagnosis delay was significantly greater in patients with early-onset than in the late-onset group ( $3.1 \pm 5$  vs  $1.7 \pm 3$  y;  $p=0.001$ ).

**Conclusions:** Patients with late-onset SLE have more co-morbid conditions and greater accumulated damage despite shorter disease duration and lower disease activity. Age of onset has a significant impact not only on the clinical characteristics and disease outcome, but also on time until diagnosis.

**TABLE I. SIGNIFICANT CLINICAL DISTINCTIONS BETWEEN EARLY AND LATE-ONSET SLE PATIENTS**

Feature	Early-onset SLE (n= 157)	Late-onset SLE (n=156)	P
Photosensitivity	50 (39.1%)	62 (54.9%)	0.014
Arthritis	86 (67.2%)	92 (81.4%)	0.012
Neurologic disorder	2 (1.6%)	9 (8.1%)	0.017
Anti-Sm antibodies	21 (16.4%)	6 (5.8%)	0.009
Hypertension	15 (24.6%)	41 (46.6%)	0.006
Diabetes	1 (0.8%)	9 (6.9%)	0.013
Thyroid disease	2 (3.2%)	17 (19.3%)	0.003
Antiphospholipid syndrome	8 (13.1%)	3 (3.4%)	0.026
Sjögren's syndrome	3 (4.9%)	13 (14.8%)	0.047

## P50 – LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO DE INÍCIO TARDIO

Furtado, C<sup>1</sup>, Fernandes, S<sup>1</sup>, Macieira, C<sup>1</sup>, Saavedra, MJ<sup>1</sup>, Ramos, F<sup>1</sup>, Pereira da Silva, JA<sup>1</sup>

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

**Introdução:** O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) afecta predominantemente mulheres, com maior incidência durante a idade reprodutiva, declínio após a menopausa e frequentes exacerbações durante a gravidez. O LES de início tardio (LES-IT) corresponde a 10-20% dos casos nas principais séries estudadas. A idade de início da doença poderá influenciar a sua expressão clínica e imunológica.

**Objectivo:** Caracterização dos doentes com LES-IT numa consulta de Reumatologia.

**Material e Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo com base na análise dos processos clínicos dos doentes com LES-IT (de acordo com critérios do *American College of Rheumatology* (ACR) de 1997) observados em consulta de subespecialidade-LES do Hospital de Santa Maria em 2013. LES-IT foi definido pelo início dos sintomas ou diagnóstico da doença após os 50 anos. Foram excluídos os casos de LES induzidos por drogas e de Lúpus com expressão unicamente cutânea. Variáveis recolhidas: demográficas, parâmetros clínico-laboratoriais, terapêuticas instituídas, patologias coexistentes e comorbilidades iatrogénicas.

**Resultados:** Foram identificados 24 doentes com LES-IT, representando 10 % do total. Verificou-se predomínio do sexo feminino (91.6%), com uma média de idade de 61,3 anos (52-79) à data do diagnóstico. O intervalo de tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 22,2 meses (1-180), com uma duração média de seguimento de 56,2 meses (3-148). A idade média da menopausa (conhecida em 8/22 mulheres) foi de 49,6 anos (34-55) e em todos estes casos o diagnóstico do LES foi pós-menopausa e com expressão clínica e imunológica benigna. Clinicamente registou-se: sintomas gerais (n=8), síndrome *sicca* (n=2), *rash* malar (n=11), *rash* discoide (n=4), fotosensibilidade (n=5), alopecia (n=6), aftose oral (n=7). O acometimento articular ocorreu em 70.8% dos doentes, destacando-se um caso de síndrome “Rhumus” com artropatia erosiva e um caso de artropatia de Jaccoud. Outros acometimentos por ordem decrescente: hematológico (87,5%); vascular (37.5%); serosas (25%); pulmonar (20.8%); renal (4.2%); neurológico (4.2%);

ocular (4.2%). Achados imunológicos positivos: ANA (n=24), anti-dsDNA (n=14), anti-SSA (n=6), anti-SSB (n=1), anti-RNP (n=2), anti-Sm (n=2), FR (n=3), CCP (n=1), aCL (n=4), anticorpos antifosfolípidos (n=5), hipocomplementémia (n=11). Relativamente ao tratamento, 22 (99.6%) dos doentes foram tratados com corticosteroides diários, 4 dos quais na dose  $\geq 1$  mg/kg; hidroxicloroquina (n=17), azatioprina (n=8), metotrexato (n=2), ciclofosfamida (n=1), IGEV (n=3). Patologias coexistentes: síndrome de Sjögren (n=2) e síndrome antifosfolípídica (n=1). Comorbilidades em relação com iatrogenia: osteoporose (n=10), cataratas (n=3), hipertensão (n=4), diabetes mellitus (n=4), infecção respiratória (n=1), miopatia associada aos corticosteroides (n=1).

**Discussão e Conclusão:** A análise deste subgrupo de doentes demonstrou um início insidioso da doença; longo intervalo de tempo até ao diagnóstico e maior frequência da expressão muco-cutânea, hematológica, articular, vascular, sintomas gerais, serosas e pulmonar e menor frequência do envolvimento de órgãos *major*, nomeadamente neurológico e renal, o que pode traduzir um declínio da gravidade do LES associado ao envelhecimento. A maioria das séries publicadas relatam contudo, uma menor frequência das manifestações cutâneas. O LES-IT está associado a um aumento da incidência de comorbilidades, nomeadamente osteoporose, em relação com a idade e corticoterapia crónica. As opções de tratamento são iguais, independentemente da idade dos indivíduos.

## P51 – THE WEAKER SEX: CHARACTERIZATION OF GENDER DISPARITIES IN A NATIONWIDE LUPUS REGISTRY (REUMA.PT/LES)

Gonçalves, MJ<sup>1</sup>, Sousa, S<sup>2</sup>, Inês, LS<sup>3</sup>, Duarte, C<sup>3</sup>, Borges, J<sup>4</sup>, Silva, C<sup>4</sup>, Romão, VC<sup>5</sup>, Terroso, G<sup>6</sup>, Cerqueira, M<sup>7</sup>, Raposo, A<sup>7</sup>, Bernardes, M<sup>6</sup>, Macieira, C<sup>8</sup>, Sequeira, G<sup>9</sup>, Barcelos, A<sup>10</sup>, Canas da Silva, J<sup>2</sup>, Costa, L<sup>6</sup>, Pereira da Silva, JA<sup>8</sup>, Cunha-Miranda, L<sup>11</sup>, da Silva, JAP<sup>3</sup>, Canhão, H<sup>1</sup>, Santos, MJ<sup>12</sup>

1. Hospital de Santa Maria, Lisboa; Rheumatology Research Unit, Instituto Medicina Molecular, Lisboa
2. Hospital Garcia de Orta, Almada
3. Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra
4. Instituto Português Reumatologia, Lisboa
5. Hospital de Santa Maria, Lisboa; Rheumatology Research Unit, Instituto Medicina Molecular, Lisboa

6. Centro Hospitalar de São João, Porto
7. Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima
8. Hospital de Santa Maria, Lisboa
9. Hospital de Faro, Faro
10. Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro
11. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa
12. Hospital Garcia de Orta, Almada; Rheumatology Research Unit, Instituto Medicina Molecular, Lisboa;

**Background:** Systemic lupus erythematosus (SLE) is characterized by female predominance with male to female ratio around 1:10. Differences regarding clinical manifestations, disease activity, damage and mortality between men and women with SLE have been reported. Overall it is recognized that gender may affect SLE phenotype, but results concerning disease severity and prognosis are still a matter of debate.

**Objectives:** Characterization of Portuguese SLE male patients, focusing demographic, clinical, and laboratorial features.

**Methods:** All SLE patients from the Portuguese Lupus Register, Reuma.pt/LES were included. Demographic, clinical and therapeutic data were analyzed upon records from the last visit. Student t-tests, chi-square tests and Fisher's exact tests were used to compare male and female patients. Analyses were further adjusted to age and disease duration.

**Results:** Of the 1510 SLE patients registered in Reuma.pt/LES, 122 (8%) are men. Male patients had later onset ( $39.4 \pm 20.6$  y vs  $35.6 \pm 14.1$  y;  $p=0.005$ ) and shorter disease duration ( $10.7 \pm 7.6$  y vs  $14.1 \pm 9.0$  y;

$p=0.0001$ ). Mean current age, racial distribution and education level was similar in the two groups. Serositis, renal involvement and hemolytic anemia were more prevalent in men while, photosensitivity, alopecia, oral ulcers and arthritis were more commonly found in women (Table I).

Thyroid disease was more frequent in women (11.4 vs 2.3%). Cardiovascular risk factors had a similar distribution between these groups. Accumulated damage assessed by the SLICC damage index (SDI) and disease activity, assessed by SLEDAI-2K at last visit were similar in the two groups, with adjustment to age and disease duration. Antimalarial drugs and steroids were used more frequently in women.

**Conclusions:** Male patients with SLE are older at disease onset and present a distinct phenotype with less cutaneous, mucous membranes and articular manifestations. However, disease outcome evaluated by the SDI is comparable in men and women, which is in line with observations from other European cohorts. The acknowledgement of the effect of gender on disease manifestations may help physicians in the timely introduction of an appropriate care.

## P52 – HOSPITALIZAÇÕES DE DOENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO – ESTUDO DE COORTE COM SEGUIMENTO DE 12 ANOS

Rodrigues, M.<sup>1</sup>, Inês, L.<sup>1</sup>, Rovisco, J.<sup>1</sup>, da Silva, J.A.P.<sup>1</sup>  
1. Consulta de LES, Serviço de Reumatologia, Centro

**TABLE I. CHARACTERISTICS OF SLE IN MALE AND FEMALE PATIENTS; (\*) STATISTICALLY SIGNIFICANT DIFFERENCES, ADJUSTED TO AGE AND DISEASE DURATION**

	Men (n=122)	Women (n=1389)	P
Serositis	36 (32.1)	236 (18.9)	0.001*
Renal Involvement	49 (44.1)	344 (28.1)	<0.001*
Hemolytic anemia	18 (16.4)	122 (9.8)	0.031*
Photosensitivity	36 (32.4)	620 (49.9)	<0.001*
Alopecia	7 (6.7)	310 (26.8)	<0.001*
Oral ulcers	20 (17.7)	395 (31.9)	0.008*
Arthritis	65 (57.0)	906 (72.5)	<0.001*
Neurologic disorder	6 (5.4)	59 (4.8)	0.448
Anti-dsDNA positivity	96 (84.96)	929 (74.7)	0.020*
Anti-SSA positivity	15 (27.8)	688 (39.1)	0.064
SLEDAI-2K	2.3±3.0	2.6±3.1	0.650
SLICC	0.82±1.3	0.71±1.22	0.126

Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

**Introdução:** A necessidade de internamento hospitalar é um indicador clínico importante em doentes com Lúpus eritematoso sistémico (LES). As hospitalizações podem ser necessárias por fatores relacionados diretamente com o LES (atividade clínica grave do LES; realização de meios de diagnóstico e terapêutica implicando internamento) ou devido a comorbilidades. A melhoria dos cuidados clínicos especializados aos doentes com LES pode conduzir a redução das necessidades de internamento. Contudo, existe escassez de dados epidemiológicos referentes aos internamentos hospitalares em doentes com LES.

**Objetivo:** Analisar a evolução das hospitalizações numa coorte de LES seguida num centro de referência terciária ao longo de um período de 12 anos.

**Material e Métodos:** Foi efetuado um estudo de coorte, aberto, retrospectivo. Incluíram-se os doentes com diagnóstico de LES, cumprindo os critérios de classificação ACR 1997. A amostragem foi probabilística, incluindo 100% dos casos observados pelo menos 2 vezes na consulta externa do Serviço de Reumatologia dos HUC, com data de primeira observação entre 01/01/2001 e 01/01/2012. Através do sistema informático hospitalar, quantificou-se para cada caso o número e duração dos internamentos ocorridos em qualquer serviço dos HUC, com data de admissão entre 01/01/2001 e 31/12/2012. Comparou-se a proporção de doentes em seguimento com pelo menos 1 internamento, no período 2001-2006 e 2007-2012, aplicando o teste de McNemar. Utilizou-se o teste de Wilcoxon para a análise comparativa da duração cumulativa anual de internamentos por doente nos dois períodos referidos.

**Resultados:** Incluíram-se 213 doentes com um total de 1936 anos-doente de seguimento clínico. Durante o período de 12 anos estudado, 76.5% dos doentes teve pelo menos um internamento. A proporção de doentes com internamentos foi significativamente menor no período de 2007-2012 (46.4%) em comparação com o período prévio, de 2001-2006 (68.1%) ( $p < 0,0001$ ). Nos doentes que tiveram internamentos, a mediana de dias de internamentos/ano não apresentou diferença significativa entre os períodos 2001-2006 e 2007-2012.

**Conclusão:** Verificámos uma redução da necessidade de internamentos, de qualquer causa, em doentes com LES. Diversos fatores podem ter contribuído, incluindo redução de agudizações graves da atividade da doença e de comorbilidades, mas também maior eficácia

de estratégias de prestação de cuidados clínicos em ambulatório. Esta diminuição de internamentos contribuiu para reduzir os custos hospitalares. Planeamos estudos subsequentes de fatores preditivos de internamento em doentes com LES.

### P53 – QUALIDADE DE VIDA, FADIGA E INCAPACIDADE: COMPARAÇÃO DE DOENTES COM SSP COM LES

Barcelos, Filipe<sup>1</sup>, Cardoso, Alexandra<sup>1</sup>, Borges, Joana<sup>1</sup>, Fernandes, Susana<sup>1</sup>, Fernandes, Rita<sup>1</sup>, Simão, Rita<sup>1</sup>, Vila, Iolanda<sup>1</sup>, Cunha-Miranda, Luis<sup>1</sup>, Santos, Helena<sup>1</sup>, Vaz-Patto, José<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;

**Introdução:** O Síndrome de Sjögren Primário (SSP) e o Lupus Eritematoso Sistémico (LES) são doenças reumáticas sistémicas que têm alguns aspectos fisiopatológicos e clínicos em comum. No SSP são particularmente prevalentes queixas subjectivas de fadiga e dor, cuja origem não está ainda bem caracterizada, mas que parecem independentes da actividade sistémica da doença. Estas queixas condicionam acentuada morbidade e impacto negativo na qualidade de vida e capacidade funcional dos doentes. A sua abordagem é complexa, e não existem intervenções terapêuticas com resultados satisfatórios. O objectivo consistiu em comparar a qualidade de vida, fadiga e incapacidade numa amostra de doentes com SSP e LES, e avaliar a sua correlação com parâmetros de composição corporal.

**Métodos:** Foi avaliada a qualidade de vida (SF-12), a fadiga (FACIT), a incapacidade (HAQ-DI), qualidade do sono e dor (EVA), VS e PCR, composição corporal por bioimpedância, em doentes com diagnóstico de Síndrome de Sjögren Primário (SSP) e LES, seguidos em consulta de Reumatologia. Os dados foram recolhidos durante um período de 4 semanas entre Julho e Setembro de 2013. A análise envolveu estatística descritiva, teste de Mann-Whitney e correlação Spearman,  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Foram avaliados 41 doentes, 19 com SSP (46.3%) e 22 com LES (53.7%), maioritariamente do sexo feminino, 84 e 91% ( $p > 0,05$ ), respectivamente. A idade média não diferiu entre os 2 grupos, sendo de  $59.3 \pm 13.8$  anos no SSP e de  $57.1 \pm 13.2$  anos no LES ( $p > 0,05$ ), assim como a escolaridade média da amostra de  $7.5 \pm 4.8$  anos ( $p > 0,05$ ). Relativamente às EVAs avaliadas, não se verificaram diferenças estatisticamente

significativas entre os grupos em estudo, apresentando valores ligeiramente superiores a nível da dor (68 vs. 67) e da qualidade do sono (69 vs. 61), enquanto que a fadiga foi de 74 no SSP e 68 no LES ( $p>0.05$ ). Os valores médios obtidos para o HAQ foram  $2.1\pm 0.7$  no LES e  $1.9\pm 0.7$  no SSP; o FACIT foi de  $24\pm 12$  no LES e  $22\pm 9$  no SSP; o SF12-PCS  $34\pm 13$  no LES e  $32\pm 13$  no SSP e o SF12-MSC  $31\pm 16$  no LES e  $39\pm 19$  no SSP ( $p>0.05$ ). A PCR foi significativamente superior nos doentes com LES ( $0.91\pm 0.99$  vs.  $0.46\pm 0.55$  mg/dL,  $p=0.039$ ). Verificou-se uma correlação negativa entre o FACIT e a massa muscular esquelética ( $r=-0.561$ ,  $p=0.013$ ) no LES, mas não no SSP ( $r=-0.277$ ,  $p=0.211$ ). Os restantes parâmetros de composição corporal não se relacionaram significativamente com a QV, incapacidade, fadiga ou EVAs em ambas as doenças.

**Conclusões:** A qualidade de vida, a incapacidade, a fadiga, a dor, a qualidade do sono e a actividade da doença apresentavam-se comprometidas nestes doentes, mas sem diferenças significativas entre os doentes com LES e SSP. Relativamente à sua relação com os parâmetros de composição corporal, verificou-se uma associação entre a fadiga e o baixo índice de massa muscular. Estes resultados sugerem uma variável adicional a considerar na abordagem da fadiga nestes doentes, podendo o diagnóstico e a correcção de desequilíbrios nutricionais e de composição corporal, nomeadamente do componente muscular, representar uma importante intervenção terapêutica nestes doentes.

#### P54 – PREVALENCE OF OSTEOPENIA AND OSTEOPOROSIS IN A COHORT OF 160 PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Fonseca, R<sup>1</sup>, Terroso, G<sup>1</sup>, Rosa-Gonçalves, D<sup>1</sup>,  
Abelha-Aleixo, J<sup>1</sup>, Aguiar, F<sup>1</sup>, Vieira, R<sup>1</sup>,  
Madureira, P<sup>1</sup>, Bernardes, M<sup>1</sup>, Costa, L<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar de São João

**Background:** Low bone mineral density (BMD) is highly prevalent in patients with systemic lupus erythematosus (SLE). However, the determinants of BMD changes in SLE are still largely unknown.

**Objectives:** The aim of this study was to describe the clinical characteristics of SLE patients submitted to a dual energy X-ray absorptiometry (DEXA), evaluating the prevalence of osteopenia/osteoporosis and searching for possible predictors of bone loss in these patients.

**Methods:** Retrospective observational study of 160 SLE patients of our Rheumatology department was performed. Demographic, clinical data and BMD measurements (g/cm<sup>2</sup>) of the lumbar spine (LS) and total hip (TH) were collected. The DEXA results were classified according to WHO criteria for osteoporosis. Statistical analyses was performed using t-test, Mann-Whitney U-test and Spearman correlation (SPSS 21.0).

**Results:** Out of 160 SLE patients, 148 (92,5%) were female with a mean age  $44,23\pm 12,5$  years. The median SLEDAI was 2 [0-23], median SLICC was 0,2 [0-5]. 74 (56%) patients were taking vitamin D supplements, 56 (35%) were taking calcium supplements and 24(15%) received bisphosphonate therapy. Only 81 (50,6%) had a DEXA done. Patients with DEXA were older ( $47.28\pm 12.7$  vs  $41.09\pm 11.8$  years,  $p<0.01$ ), had a longer disease duration ( $13.8\pm 9$  vs.  $10.6\pm 8$  years,  $p=0.02$ ), high SLICC score ( $2,0$  vs  $0,0$   $p=0,02$ ) and were taking a higher dose of steroids ( $7$  vs  $5$ ;  $p=0,01$ ). No significant differences were found between gender, SLEDAI, serum vitamin D, complement levels, erythrocyte sedimentation rate or c-reactive protein. Of the 81 patients with DEXA, 34(42%) had osteopenia, 13(16%) had osteoporosis and 34(42%) had normal BMD. The mean lumbar spine BMD was  $0.96 \pm 0.12$  g/cm<sup>2</sup> and the mean total hip BMD was  $0.87 \pm 0.13$  g/cm<sup>2</sup>. Statistically significantly correlation was found between age and lumbar spine BMD ( $r=-0,256$ ;  $p=0,02$ ), age and total hip BMD ( $r=-0,262$ ;  $p=0,02$ ), SLICC score and lumbar spine DMO ( $r=-0,230$ ;  $p=0,04$ ) and SLICC score and total hip BMD ( $r=-0,279$ ;  $p=0,04$ ).

**Conclusions:** In our cohort, SLE patients referred for a DEXA have more traditional risk factors, take a higher dose of corticosteroids and have a higher disease damage access by SLICC score. The prevalence of osteopenia and osteoporosis in our SLE patients was greater than in general population. In addition to age, disease damage access by SLICC score was associated with low BMD.

#### P55 – OVERACTIVE BLADDER SYMPTOM BOTH IS INCREASED IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND PRIMARY SJOGREN'S SYNDROME

Romão, VC<sup>1</sup>, Pereira e Silva, R<sup>2</sup>, Rodrigues, T<sup>3</sup>,  
Oliveira, S<sup>4</sup>, Brites, J<sup>4</sup>, Neves, M<sup>5</sup>, Garcia, R<sup>2</sup>,  
Ramos, F<sup>1</sup>, Palma dos Reis, J<sup>2</sup>, Pereira da Silva, JA<sup>1</sup>,  
Lopes, T<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria - CHLN, Lisboa
2. Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria - CHLN, Lisboa
3. Departamento de Biomatemática, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa
4. USF arsMédica, Santo António dos Cavaleiros
5. Serviço de Medicina IV, Hospital Fernando da Fonseca, Amadora

**Introduction:** Interstitial Cystitis (IC) has been suggested to have an underlying autoimmune mechanism and to be associated with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) and primary Sjögren's syndrome (pSS). In these conditions, lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with overactive bladder (OAB) may be present since early stages of disease and be interpreted by patients as normal. We aimed to compare OAB symptom bother (SB) and health-related quality of life (HRQL) between healthy controls and patients with SLE and pSS. **Methods:** In a cross-sectional cohort study, we applied a validated questionnaire assessing LUTS and HRQL, the OAB questionnaire short form (OABq-SF; range 0-100), to patients with the diagnosis of SLE or pSS followed in a hospital outpatient clinic and to patients from a primary health care centre that had none of the diseases. We further collected information on possible confounding variables. Group comparisons by Mann-Whitney and chi-square test and multiple regression analyses were conducted. Based on literature findings, we defined a SB score greater than 20/100 and a HRQL score lower than 90/100, as clinically meaningful. **Results:** We included 203 controls and 93 rheumatic

patients (64 SLE, 29 pSS). Both groups had similar characteristics except for gender distribution, anti-depressant and corticosteroid consumption (Table I). OABq-SF SB scores were greater and HRQL scores were lower in the SLE/pSS group, compared to controls ( $p < 0.0001$  and  $p = 0.0002$ , respectively). SLE/pSS patients had higher proportions of SB score  $> 20$  (OR 3.1, 1.9-5.2) and HRQL  $< 90$  (OR 2.4, 1.4-4.2). The same differences were seen for the SLE/pSS subgroups separately. Multivariate logistic regression revealed that SLE/pSS patients were more likely to have a SB score greater than 20/100 (OR 2.72, 1.55-4.79) and a HRQL score lower than 90/100 (OR 1.90, 1.01-3.56), adjusting for age, sex, diuretics, recent urinary infection ( $< 3$  months) and antidepressants.

**Conclusions:** Patients with SLE/pSS had higher OAB symptom scores and lower HRQL scores compared to controls, using a validated questionnaire. They were also more likely to have a clinically meaningful score, suggesting that OAB and IC might be, indeed, more frequent in these patients.

## P56 – ENTERITE LÚPICA. UM CASO RARO E DE DIFÍCIL CONTROLO

Carvalho, P. D.<sup>1</sup>, Costa, C.<sup>1</sup>, Rodrigues, M.<sup>1</sup>, Campos, S.<sup>2</sup>, Inês, L.<sup>1</sup>, Silva, J. A. P.<sup>1</sup>, Malcata, A.<sup>1</sup>  
 1. Serviço de Reumatologia - CHUC  
 2. Serviço de Gastroenterologia - CHUC;

A dor abdominal é um sintoma frequente em doentes

**TABLE I. PROPORTION OF PATIENTS IN REMISSION ACCORDING TO DIFFERENT CRITERIA AND BIOLOGIC CLASS**

	Controls (n=203)	SLE/pSS (n=93)	p-value
Age	44.7 ± 16.7	47.6 ± 17.5	0.17
Female	129 (63.6)	86 (92.5)	<0.0001
Urinary tumor	3 (1.5)	4 (4.3)	0.14
Urinary Infection < 3mo.	15 (7.4)	5 (5.4)	0.52
Diuretics	21 (10.3)	8 (8.6)	0.64
Anti-cholinergics	4 (2.0)	4 (4.3)	0.25
Anti-depressants	8 (3.9)	20 (21.5)	<0.0001
Corticosteroids	3 (1.5)	64 (68.8)	<0.0001
SB score	12.97 ± 15.87	22.97 ± 21.11	<0.0001
HRQL score	94.35 ± 10.77	89.26 ± 15.63	0.0002
SB score < 20	50 (24.6)	47 (50.5)	< 0.0001
HQRL score < 90	35 (17.2)	31 (33.3)	0.002

com lúpus eritematoso sistémico (LES). A enterite lúpica (EL) é uma causa ainda mal definida de dor abdominal nestes doentes. A frequência da EL é actualmente desconhecida. No entanto, foi definida como vasculite ou inflamação do intestino delgado (suportada por achados imagiológicos e / ou histológicos). Um estudo retrospectivo entre 1990 e 2011, incluiu 7 doentes consecutivos tratados em 2 centros terciários de Paris, o que reflecte a baixa incidência desta condição.

O caso clínico que reportamos refere-se a uma doente de 36 anos, com diagnóstico estabelecido de LES caracterizado por envolvimento articular, renal, do SNC e imunológico. Foi admitida por quadro de dor abdominal nos quadrantes direitos associada a náuseas e vómitos biliares, iniciado um dia após começo de tratamento com ciprofloxacina por infecção urinária. Analiticamente apresentava hemograma normal, excepto anemia e trombocitopenia ligeiras (Hb de 11.4 g/dl e plaquetas de  $139 \times 10^9/l$ ), PCR de 0.33 mg/dl e VS de 20 mm/h, hipocomplementémia (C3 de 0.54 g/l, C4 de 0.05 g/l) e anti-dsDNA de 11.1 UI/ml. No início do quadro a doente estava a receber tratamento com PDN 5 mg id e azatioprina 50 mg 2 id. Nos primeiros dias de internamento, desenvolveu-se quadro oclusivo com ventre agudo. A TC abdominal de urgência que revelou espessamento parietal difuso e hiperémia da mucosa gástrica, marcada distensão de ansas de delgado e do cólon ascendente, com espessamento parietal concêntrico na zona de transição da região do ângulo hepático do cólon e cólon transversal, e derrame peritoneal em todos os quadrantes. Procedeu-se a aumento da dose de corticóide (inicialmente 75 mg/dia de PDN e, passados 3 dias, 1 mg/Kg/dia de PDN) e administração ev. de imunoglobulina (400 mg/Kg/ dia, durante 5 dias). Estas medidas foram seguidas de franca resposta clínica, melhoria do derrame peritoneal e da distensão de ansas intestinais na TC abdominal de controlo realizada uma semana depois. A doente evoluiu para quadro pseudo-oclusivo com marcada estase gástrica e intolerância a alimentação oral. Foi documentada endoscopicamente lesão estenosante no corpo e antro gástrico, cuja biópsia revelou marcada deposição de fibras de colagénio sem evidência de inflamação activa, estando a doente sob imunossupressão intensa há vários dias. A terapêutica foi ajustada para 2 mg/Kg/dia de PDN e introduzido micofenolato de mofetil (MFM) e passámos a alimentação entérica por sonda de Freka. Durante o internamento sucederam várias intercorrências: colite pseudomembranosa (inicialmente), in-

fecção urinária por *Citrobacter braakii*, crise epiléptica (ausência) e infecção respiratória. A dose de PDN foi gradualmente diminuída e, após 6 semanas de tratamento com MFM, foi possível retirar a sonda e reiniciar alimentação oral. A EL é uma complicação rara do LES mas que, habitualmente, responde favoravelmente à terapêutica com corticosteróides. Este caso revelou-se resistente a essa abordagem terapêutica, tendo existido a necessidade de se recorrer a imunossuppressores. Nesta entidade clínica, o tratamento cirúrgico está reservado para casos em que surgem complicações da doença (como perfuração intestinal) e, excepcionalmente, se existir falência da terapêutica médica com risco de vida. Essa possibilidade foi ponderada várias vezes ao longo do curso clínico. Neste caso, foi possível atingir uma melhoria clínica sem recorrer a essa opção terapêutica invasiva.

### P57 – LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO INDUZIDO POR ANTI-TNF $\alpha$ – A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

Fonseca, R<sup>1</sup>, Abelha-Aleixo, J<sup>1</sup>, Rosa-Gonçalves, D<sup>1</sup>, Aguiar, F<sup>1</sup>, Madureira, P<sup>1</sup>, Vieira, R<sup>1</sup>, Vaz, C<sup>1</sup>, Bernardes, M<sup>1</sup>, Mariz, E<sup>1</sup>, Costa, L<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) pode ser induzido por fármacos, nomeadamente os agentes anti-TNF $\alpha$ . Apesar de o desenvolvimento de auto-anticorpos, como os anticorpos anti-nucleares (ANA) e anticorpos anti-DsDNA (anti-DsDNA), estar bem estabelecido em doentes tratados com agentes anti-TNF $\alpha$ , a ocorrência de LES continua a ser uma situação rara.

**Caso 1:** Doente do sexo masculino, 52 anos, com diagnóstico de Espondilite Anquilosante com 7 anos de evolução. Por ineficácia dos AINEs, iniciou infliximab 450 mg de 8/8 semanas com boa resposta clínica. Após 20 meses de tratamento iniciou quadro de astenia, febre, dispneia para pequenos esforços e poliartralgias de ritmo inflamatório. A radiografia torácica evidenciou um derrame pleural bilateral. Analiticamente apresentava hemograma normal, VS 87 mm/1<sup>a</sup>h, PCR 76,6 mg/L, ANAs 1/640 com padrão homogéneo, DsDNA de 263 UI/mL (N<200), consumo de complemento, C3 76 mg/dL (N>83), C4 11 mg/dL (N>12). Os anticorpos anti-cardiolipinas, anti-histonas e anti-ENAS eram



negativos. Assumiu-se diagnóstico de LES, foi suspenso o infliximab e iniciou prednisolona 1mg/kg/dia, com resolução completa do quadro em 4 semanas. Passados 3 meses fez *switch* para etanercept com boa resposta clínica e sem recorrência.

**Caso 2:** Doente do sexo masculino com Artrite Reumatóide (com FR e anti-CCP positivos, erosiva) desde os 52 anos de idade. 8 anos depois, por ineficácia de vários DMARDs clássicos iniciou adalimumab 40 mg quinzenal em associação a metotrexato 20 mg semanal. O estudo analítico prévio ao tratamento revelou ANAs 1/100 com padrão homogéneo e anti-DsDNA negativo. Após 3 meses de terapêutica iniciou agravamento de artralhas de ritmo inflamatório, astenia, anorexia, lesões compatíveis com vasculite cutânea das mãos. Analiticamente apresentava hemograma normal, ANAs 1/320 com padrão homogéneo, anti-DsDNA 326,2 UI/mL (N<200), consumo de complemento, C3 79 mg/dL (N>83), C4 10 mg/dL (N>12) e proteinúria de 2500 mg nas 24 horas. O restante estudo imunológico foi negativo. Verificou-se reversão completa do quadro em 4 semanas após suspensão de adalimumab.

**Caso 3:** Doente do sexo feminino, 44 anos, com diagnóstico de Artrite Reumatóide (com FR e anti-CCP positivos, erosiva) com 11 anos de evolução, refractária a DMARDs clássicos. Iniciou adalimumab em 2008 em associação a 20 mg de leflunomida com boa resposta. Passados 4 anos desenvolveu fotossensibilidade, *rash* malar, *rash* maculopapular no tronco, astenia, febre, agravamento de poliartralhas inflamatórias. Analiticamente apresentava leucopenia (3560/mm<sup>3</sup>), VS 60 mm/1<sup>a</sup>h, PCR 55,6 mg/L, ANAs 1/320 com padrão homogéneo, anti-DsDNA 133 UI/mL (N<100) e anti-histonas positivos. O complemento e restante imunologia eram normais. Foi suspenso adalimumab com resolução completa do quadro em 6 semanas. Posteriormente fez *switch* para Golimumab sem recorrência.

**Conclusão:** A maior parte dos casos de LES induzido por anti-TNF $\alpha$ , descritos na literatura, ocorreram com o infliximab ou etanercept, sendo muito mais raro com o adalimumab (apenas 2 casos publicados). Os 3 casos descritos demonstram a heterogeneidade clínica que estes doentes podem apresentar. Apesar dos anticorpos serem importantes, a clínica é o mais determinante para o diagnóstico. Na maioria dos casos há remissão completa com a suspensão do agente anti-TNF $\alpha$  estando a corticoterapia ou imunossupressão reservada para situações mais graves como foi exemplo o 1º caso.

## P58 – UM CASO RARO: LINFOMA PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Rosa Gonçalves, Diana<sup>1</sup>, Caçola, Rute<sup>2</sup>, Lopes, Joanne<sup>3</sup>, Augusto, Luís<sup>4</sup>, Silva, Susana<sup>5</sup>, Brochado, Maria Manuela<sup>6</sup>, Costa, Lúcia<sup>1</sup>, Bernardes, Miguel<sup>7</sup>, Real, Raquel<sup>8</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João
2. Serviço de Medicina do Hospital Pedro Hispano, Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar São João
3. Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar de São João
4. Serviço de Neuroradiologia do Centro Hospitalar de São João
5. Serviço Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de São João
6. Serviço de Hemato-Oncologia do Centro Hospitalar de São João
7. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
8. Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar São João

**Introdução:** O Linfoma Primário do Sistema Nervoso Central (LPSNC) é um linfoma não-Hodgkin extraneural raro, confinado ao cérebro, olhos e leptomeninges, sem evidência de disseminação sistémica. A associação entre o Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e o aumento de risco para LPSNC tem sido descrita na literatura. Com este caso pretende-se alertar para a rara mas possível associação destas duas patologias.

**Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso de uma doente de 75 anos com LES, diagnosticado aos 63 anos, com evolução benigna (SLEDAI: 0/ SLICC: 1 na última avaliação). Estava sob hidroxiquina 400mg/dia, deflazacorte 6mg/dia e azatioprina 25mg/dia. Como comorbilidades salientavam-se: hipertensão arterial, doença renal crónica estadio 2, silicose pulmonar e antecedentes de tuberculose pulmonar (TP). Em Abril de 2013 foi internada no hospital da área de residência para estudo etiológico de sinais neurológicos focais com 5 meses de evolução. Face aos antecedentes patológicos, temperatura subfebril, presença de 61 céls/L (42.5% N e 46.5% L) no líquido cefalorraquidiano (LCR) e de múltiplas áreas de hipersinal em TR longo na RM cerebral, foi considerada a hipótese de tuberculose meníngea e iniciou tuberculostáticos associados a altas doses de dexametasona. Duas semanas depois, sem melhoria significativa, foi transferida para o nosso

hospital e admitida no Serviço de Neurologia com suspeita de tuberculose meníngea/neurolúpus. Ao exame objectivo, apresentava confusão mental, disartria, anisocoria (E>D), parésia facial central esquerda, hemiparésia e hemihipostesia à direita, dismetria na prova dedo-nariz à direita e marcha instável. Analiticamente, de referir neutrofilia relativa, trombocitopenia, citólise hepática e elevação da PCR e da LDH. A imunologia para anticorpos anti-dsDNA e ANAs era negativa e o complemento sérico normal. O estudo do LCR apresentava ligeiro aumento de leucócitos (5cél./L), sendo a análise bioquímica normal. A hipótese de meningite tuberculosa foi entretanto afastada após exame micobacteriológico e PCR de MT negativos. A pesquisa de bandas oligoclonais e de células malignas no LCR foi inicialmente negativa, assim como a imunofenotipagem do LCR não sugeria doença linfoproliferativa. A pesquisa de DNA de vírus JC e de RNA de EBV no LCR foi positiva. A RM cerebral foi então repetida, apresentando alterações sugestivas de infecção ou de doença linfoproliferativa, descartando doença inflamatória. De salientar que a RM não era típica de infecção por vírus JC e, por isso, este dado não foi valorizado. Foi decidido o desmame progressivo da corticoterapia, com manutenção dos tuberculostáticos, verificando-se significativa deterioração neurológica e analítica (elevação de marcadores inflamatórios sistémicos). Procedeu-se à repetição da punção lombar, que revelou marcada pleocitose (359cél/L), hiperproteinorráquia (2.11g/L) e hipoglicorráquia (15% do valor sérico). A repetição da imunofenotipagem e exame citológico do LCR revelaram presença de população B kappa monoclonal e grandes células linfomatosas, CD5 negativo e CD10 positivo. Foi feito o diagnóstico de linfoma de grandes células B. Não houve evidência de doença linfoproliferativa sistémica. Dada a situação clínica optou-se por uma estratégia paliativa com corticoterapia. A deterioração do estado clínico manteve-se sendo que a doente acabou por falecer ao 37º dia de internamento.

**Conclusão:** Embora seja um diagnóstico raro, perante um doente com LES sob imunossuppressores e com sintomas neurológicos, a hipótese de LPSNC deve ser sempre considerada.

## P59 – SÍNDROME DE ROWELL

Abelha-Aleixo, J.<sup>1</sup>, Cruz, M<sup>2</sup>, Bernardo, A.<sup>1</sup>, Costa, L.<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de

São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

2. Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** As lesões eritema multiforme *like* no contexto de um lúpus agudo, subagudo ou discóide foram descritas por Rowell em 1963. O desenvolvimento de placas anulares eritematosas e infiltrativas com bolhas centrais (agudo) ou periféricas (subagudo) parecem representar uma forma limitada de necrólise epidérmica no lúpus eritematoso sistémico (LES).

**Caso Clínico:** Os autores descrevem o caso de uma doente do sexo feminino, de 41 anos, com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) com cerca de 5 anos de evolução, com fotossensibilidade, artrite não erosiva e alterações imunológicas, sob metotrexato 10mg/semana, hidroxicloroquina 400mg/dia e prednisolona 10mg/dia. Em 2011 teve envolvimento renal, tendo realizado biópsia que revelou podocitopatia lúpica, com boa resposta à corticoterapia (CCT), mantendo-se desde então com função renal preservada. Recorreu à urgência em Out/2012 com placas eritematosas infiltrativas e numulares dispersas no tronco e membros superiores. Foi referenciada à consulta de Dermatologia por suspeita de lúpus subagudo. Apresentava ANAs 1/1000 padrão mosqueado, Factor Reumatóide e atc. anti-SSa positivo, Ac-anti-dsDNA, antinucleossomas e anticardiolipinas negativos. Foi aumentada a dose de CCT e iniciou azatioprina até a dose de 2mg/kg/dia com melhoria parcial. Cerca de 6 meses depois ocorre reaparecimento de lesões eritematosas anulares no tronco e membros, muito exuberantes, extensas, causando grande incapacidade à doente. Foi observada novamente por Dermatologia, que identificou as lesões como eritema multiforme *like*. Iniciou mofetil 1g/dia, apresentando melhoria franca no intervalo de 2 meses.

**Discussão e Conclusão:** A associação de eritema multiforme com o LES e um padrão característico de alterações imunológicas constitui a síndrome de Rowell. O diagnóstico requer a presença de todos os critérios major (LES, lesões eritema multiforme *like* e ANAs com padrão mosqueado) e pelo menos um minor (“frieiras”, anticorpos anti-SSa ou anti-SSb positivos e FR positivo), a maioria presentes nesta doente. O tratamento de primeira linha é habitualmente a dapsona, mas como a doente apresentava outras manifestações de LES optou-se por iniciar MMF com bons resultados.

## P60 – THE USE OF BELIMUMAB IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: EXPERIENCE OF A SINGLE CENTER

Ponte, C<sup>1</sup>, Furtado, C<sup>2</sup>, Macieira, C<sup>2</sup>,  
Oliveira Ramos, F<sup>1</sup>, Pereira da Silva, JA<sup>2</sup>

1. Rheumatology Department, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisbon Academic Medical Centre; Rheumatology Research Unit - Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal

2. Rheumatology Department, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisbon Academic Medical Centre;

**Background:** Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease characterized by autoantibody production and abnormal B lymphocyte function. Belimumab, a human monoclonal antibody that inhibits B-cell survival and differentiation by neutralising soluble B lymphocyte stimulator (BLyS), has recently been approved in Europe for the treatment of autoantibody-positive SLE unresponsive to standard immunosuppressive therapy.

**Objectives:** To report the clinical experience of a single centre in the use of belimumab for SLE patients.

**Methods:** Review of the medical records and Reuma.pt, the Portuguese Register of Rheumatic Diseases, of all SLE patients treated with belimumab in a Rheumatology outpatient clinic of a University Hospital - Hospital de Santa Maria.

**Results:** Four patients with SLE (all females) with a mean age of 45.5±9.5 years (31-54) and mean disease duration of 18.8±6.9 years (9-27) were treated with belimumab. Based on 1997 ACR criteria, organ involvement was characterized by articular (100%), cutaneous (100%), hematologic (75%), serositis (50%), neurological (50%) and renal (50%). Positivity for ANA and anti-dsDNA was seen in all patients, anti-SSA (75%), anti-SSB (50%), anti-phospholipid (50%), anti-RNP (25%) and anti-Sm (25%). Hypocomplementaemia was present in all cases. Previous therapy included corticosteroids (100%), hydroxychloroquine (100%), cyclophosphamide (75%), azathioprine (75%), methotrexate (50%) and IVIG (50%). Clinical indications for belimumab treatment were skin involvement (100%; 4 patients with cutaneous vasculitis and 1 malar *rash*), systemic disease activity (100%; all patients presented hypocomplementaemia and high anti-dsDNA and ESR levels), haematological involvement (50%; 2 cases of

lymphopenia and 1 thrombocytopenia) and polyarthritis (50%), refractory to first and second-line treatment. None of the patients had renal or CNS involvement when belimumab was started. By January 2014 the mean treatment duration was 10.3±7.2 months (1-21). One patient had to stop belimumab due to a myocardial infarction approximately 2 weeks after the last infusion of the first month of treatment; however, the patient was a heavy-smoker (35 pack-years) with a background history of systemic hypertension, making it difficult to establish a reliable cause-effect association. Another patient showed a very mild and unsustainable disease response regarding the SLEDAI score and serum levels of anti-dsDNA, ESR and complement, with increased fatigue and unchanged skin involvement after 8 months of treatment; a switch to Rituximab was proposed. The patient in longer treatment with belimumab (21 months) had an improvement of the fatigue, no aggravation of the immunologic, haematologic and skin involvement, and currently sustains a SLEDAI score of 4. The remaining patient (with 1 year of medication) has now much less fatigue, no more signs of arthritis or cutaneous manifestations, anti-dsDNA has dropped from 1034 to 548 UI/mL, the lymphopenia is mild and the hypocomplementaemia is stable (no recent SLEDAI score available). Besides the possible myocardial infarction, no other adverse events were recorded.

**Discussion and Conclusions:** In our practice, there are still a small number of SLE patients treated with belimumab, making it difficult to draw any firm conclusions regarding its efficacy and safety. The patient with better response to the treatment had fewer years of disease duration and had not been submitted to prior cyclophosphamide. This might support an earlier indication for belimumab in our daily practice, instead of its use as a third-line treatment seen in the other 3 cases.

## P61 – REUMA.PT: MOVING FORWARD TO VASCULITIS

Ponte, C<sup>1</sup>, Luqmani, RA<sup>2</sup>, Mendonça, S<sup>3</sup>,  
Martins, FM<sup>3</sup>, Fonseca, JE<sup>1</sup>, Canhão, H<sup>1</sup>

1. Rheumatology Department, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisbon Academic Medical Centre; Rheumatology Research Unit - Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal

2. Nuffield Department of Orthopaedics Rheumatology

and Musculoskeletal Sciences, Botnar Research Centre, University of Oxford, Oxford, United Kingdom  
3. Sociedade Portuguesa de Reumatologia;

**Background:** The Rheumatic Diseases Portuguese Register, Reuma.pt, was created in June 2008<sup>1</sup>. By December 2013 over 10.000 patients had been inserted and approximately 60.000 visits had been registered by 54 different centres, including 2 from Brazil. Reuma.pt still continues to expand and at the present includes specific protocols for seven different groups of rheumatic diseases. In 2012 a vasculitis outpatient clinic was created in Hospital de Santa Maria, Lisbon Academic Medical Centre, and with it a need to improve the register of this subtype of rheumatic patients<sup>2</sup>. At the Nuffield Orthopaedic Centre in Oxford, a British centre with a special interest on systemic vasculitis, there was also a lack of electronic medical tools to specifically register patients with this condition. Being vasculitis a group of relatively uncommon and complex diseases, the use of a dedicated electronic clinical record will improve its monitoring and clinical care, while simultaneously increasing the knowledge of this field of Rheumatology.

**Objectives:** To describe the structure and functioning of the recent created Reuma.pt/Vasculitis.

**Methods:** Through a collaboration between Sociedade Portuguesa de Reumatologia and the Nuffield Orthopaedic Centre (Prof. Luqmani), specific classification and assessment tools for patients with vasculitis were included in Reuma.pt/Vasculitis.

**Results:** Like other Reuma.pt protocols, in Reuma.pt/Vasculitis the first individual patient's screen displays a tree format table of contents on the left hand side with the same repeated items present in all databases. In this protocol physicians are asked to classify the patient according to the 2012 *Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides*<sup>3</sup>. If the diagnosis of giant-cell arteritis, Takayasu arteritis, polyarteritis nodosa, granulomatosis with polyangiitis, eosinophilic granulomatosis with polyangiitis or Henoch-Schönlein purpura is chosen, the corresponding 1990 ACR classification criteria items are also shown to be selected. In addition, for Behçet's disease the 1990 International Study Group diagnostic criteria have to be checked, as well as the 1993 American Heart Association Diagnostic Criteria for Kawasaki disease. On the general clinical data item, specific drugs known to be associated with vasculitis are inquired. Specific vasculitis immunologic tests (ANCA, cryoglobulins and

anti-GBM), thrombotic events and biopsies results are registered. An Item for the Five Factor Score (original and revised) calculation of survival rate, as well as for the algorithm of Suppiah *et al* to evaluate the cardiovascular risk<sup>4</sup>, was developed. It was also made available an automatic assessment of disease activity through BVAS, of damage through VDI and of health related quality of life through SF-36, EQD5 and FACIT. The final graphics and charts used to assess the disease evolution contemplate the ESR, CRP, BVAS, VDI, creatinine and eosinophils measurements.

**Discussion and Conclusions:** This Reuma.pt/Vasculitis protocol has the potential to serve as an efficient daily tool for patients' follow-up and data collection. It was done in collaboration with an international referral centre highlighting the exponential growth and global recognition of Reuma.pt. In the context of this project the translation of Reuma.pt into the English language has also been started, making it more available for future research projects and international collaborations.

#### REFERENCES

1. Canhão H, et al. Reuma.pt - the rheumatic diseases portuguese register. *Acta Reum Port* 2011;36:45-56
2. Furtado C, et al. P63-Vasculites: experiência de um ano de consulta. *Acta Reum Port* 2013;38:80
3. Jennette JC, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitis. *Arthritis Rheum* 2013;65:1-11
4. Suppiah R, et al. A model to predict cardiovascular events in patients with newly diagnosed Wegener's granulomatosis and microscopic polyangiitis. *Arthritis Care Res.* 2011;63:588-96.

## P62 – ENVOLVIMENTO PULMONAR COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA REUMÁTICA

Ana Raposo<sup>1</sup>, Marcos Cerqueira<sup>1</sup>, Filipa Teixeira<sup>1</sup>, Mónica Bogas<sup>1</sup>, José Costa<sup>1</sup>, Carmo Afonso<sup>1</sup>

1. Serviço Reumatologia, ULSAM, Ponte de Lima;

**Introdução:** As doenças reumáticas inflamatórias crónicas, entre as quais as doenças difusas do tecido conectivo (DDTC), constituem um grupo heterogéneo de doenças inflamatórias imunomediadas, com possibilidade de envolvimento sistémico multiorgânico, a par do envolvimento articular característico de algumas delas. O sistema respiratório pode ser envolvido em qualquer um dos seus componentes: parênquima pulmonar, vias aéreas, pleura, vasos e músculos respi-

ratórios. Este envolvimento, sendo, raramente, a manifestação inaugural de uma dada doença reumatismal, como manifestação extra-articular é dos mais frequentes e, quando presente, é um fator de gravidade e de aumento da morbidade e mortalidade.

**Material e Métodos:** Os autores apresentam três casos clínicos em que as manifestações pulmonares constituíram a forma de apresentação da doença reumática.

**Resultados:** Os casos são relativos a três doentes do sexo masculino, ex-trabalhadores da construção civil com exposição a minérios e/ou solventes orgânicos, previamente seguidos na consulta de Pneumologia e/ou Medicina Interna, por manifestações pulmonares sem etiologia esclarecida. O primeiro doente de 41 anos tinha diagnóstico de doença do interstício pulmonar fibrosante progressiva, com fraca resposta a corticosteróides orais. Dois anos depois do início das queixas respiratórias iniciou quadro clínico de poliartralgias com tumefacção global das mãos, episódios sugestivos de fenómeno de Raynaud e queixas de azia e de desconforto retro esternal por provável refluxo, persistentes. Verificou-se positividade dos anticorpos antinucleares e a capilaroscopia revelou um padrão esclerodérmico em fase precoce, permitindo estabelecer o diagnóstico de esclerose sistémica. Os outros dois doentes, de 51 e 68 anos, foram observados, inicialmente, por quadro de múltiplos nódulos pulmonares bilaterais, um deles com derrame pleural (exsudado) e pericárdico associado. Em ambos os casos, respetivamente, 6 meses e 3 anos após o início das manifestações pulmonares, surgiu quadro clínico de poliartrite envolvendo pequenas articulações das mãos, pés e médias articulações, com fator reumatóide (FR) e anti-CCP positivos. O estudo adicional que incluiu lavado broncoalveolar, estudo do líquido pleural e biópsia pulmonar transbrônquica de um dos nódulos permitiu estabelecer o diagnóstico de artrite reumatóide, com nódulos reumatóides pulmonares como manifestação extra-articular.

**Discussão / Conclusão:** As DDTC devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de manifestações pulmonares de etiologia desconhecida, ainda que, na ausência de outro tipo de envolvimento. No acompanhamento regular destes doentes, um inquérito sistematizado, relativo a queixas de outros aparelhos e sistemas, permitindo enquadrar de forma mais acurada as manifestações em avaliação, é fundamental para o diagnóstico definitivo. Nos casos apresentados, apesar de não ter sido estabelecido um diagnóstico de pneumoconiose associado, há a considerar a possibilidade de a exposição ocupacional prévia a minérios e/ou solven-

tes orgânicos, comum aos 3 doentes, condicionar eventual desregulação da resposta imune e subsequente formação de autoanticorpos, ter sido um fator de risco no desenvolvimento quer da esclerose sistémica quer da artrite reumatóide.

### P63 – ENVOLVIMENTO PULMONAR NAS DOENÇAS DO TECIDO CONJUNTIVO – UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UMA ABORDAGEM BIDISCIPLINAR

Rosa Gonçalves, Diana<sup>1</sup>, Abelha, Joana<sup>2</sup>,  
Madureira, Pedro<sup>2</sup>, Fonseca, Rita<sup>2</sup>, Vieira, Romana<sup>2</sup>,  
Mota, Patrícia<sup>3</sup>, Melo, Natália<sup>3</sup>, Bernardes, Miguel<sup>2</sup>,  
Morais, António<sup>3</sup>, Costa, Lúcia<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
3. Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** O pulmão é um alvo frequente de doenças do tecido conjuntivo (DTC) e todos os componentes do sistema respiratório podem ser afectados. A doença pulmonar intersticial (DPI) é frequentemente observada nas DTC, especialmente na artrite reumatóide (AR) e esclerose sistémica (ES), e é uma das principais causas de morbidade e mortalidade. A pneumonia intersticial não específica (NSIP) é o padrão mais comum em todas as DTC, com excepção da AR caracterizada por uma maior frequência de pneumonia intersticial usual (UIP). Uma grande percentagem de pacientes com DPI associada a DTC tem doença limitada e estável, não necessitando de tratamento.

**Objectivo:** Avaliar a lesão pulmonar durante DTC, com especial atenção para a DIP, analisar as características na TC de alta resolução (TCAR), as anormalidades nos testes de função pulmonar (PFR), bem como analisar a abordagem terapêutica realizada.

**Material e métodos:** Análise retrospectiva dos pacientes discutidos nas reuniões de grupo de Reumatologia e Pneumologia nos últimos dois anos. A colheita de dados foi feita através dos registos informáticos do hospital. Analisamos a TCAR, a capacidade vital forçada (CVF) e a DLCO ajustada para o volume alveolar (DLCO/VA), prova de marcha de 6 minutos (PM6) e gasimetria arterial (GSA) de pacientes com DIP associada a DTC. Analisamos também os efeitos do tratamento com ciclofosfamida (Cy) na DLCO/VA, CVF e TCAR aos 6 meses.

**Resultados:** Foram analisados 49 pacientes, 38 eram do sexo feminino. Todos de raça caucasiana. A maioria era “não fumador” (n=25). No momento do diagnóstico da DTC, a idade média foi 46 (DP 16,7) anos. A AR foi a DTC mais comum neste grupo de pacientes (n=17), seguida pela ES (n=11). Dos 49 pacientes, 4 foram diagnosticados com doença pulmonar antes do diagnóstico da DTC (média de 1.5 anos antes). Dos restantes 45 pacientes, a duração mediana da DTC foi de 4 anos. Quarenta e quatro pacientes apresentavam anormalidades na TCAR, sendo as características reticulares consistentes com fibrose pulmonar as mais comuns. As alterações isoladas em vidro despolido (sem associação com alterações reticulares) foram identificadas em 16 pacientes. Dos 17 pacientes com AR, 10 apresentaram padrão reticular na TCAR. No momento de diagnóstico, a média de DLCO/VA e CVF foi de 70.2% (DP 19.8) e 86.1% (DP 17.4) do valor previsto, respectivamente. Dez pacientes apresentaram valores de DLCO/VA <60% (9 deles tinha fibrose pulmonar) e oito pacientes tiveram CVF <70 % do valor previsto. A dessaturação mediana na PM6 foi de 5%. Dos 39 pacientes com GSA conhecida, 15 tiveram hipoxemia. Sete em cada 49 pacientes apresentaram aumento da pressão arterial pulmonar sistólica, estimada por ecocardiograma. Em pacientes submetidos a tratamento para a DIP (n=12), a combinação de corticosteróides com Cy foi o tratamento de escolha. O número médio de ciclos de Cy foi de 9 (min.3, máx.12). Normalmente, avaliamos a resposta à terapêutica a cada 3-6 meses. Dos 11 pacientes que completaram, pelo menos, 6 ciclos de Cy, apenas um teve evolução imagiológica. Nos restantes pacientes, a maioria obteve melhoria funcional e estabilidade imagiológica.

**Conclusão:** Nem todos os pacientes com DTC-DPI requerem tratamento e, nestas doenças, o facto de conseguirmos evitar a progressão deve ser considerado um sucesso. É importante distinguir a doença trivial da DIP clinicamente significativa e, por esta razão, a abordagem multidisciplinar destes pacientes, para uma orientação adequada e precoce, é essencial.

#### **P64 – HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR EM DOENTES COM DOENÇA DO TECIDO CONECTIVO: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA, HEMODINÂMICA E ABORDAGEM TERAPÊUTICA**

Furtado, C<sup>1</sup>, Ponte, C<sup>1</sup>, Fernandes, S<sup>1</sup>, Resende, C<sup>1</sup>,

Martins, S<sup>2</sup>, Pereira da Silva, JA<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa
2. Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Maria, CHLN; Lisboa

**Introdução:** A Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) afecta aproximadamente 0.5-15% dos doentes com Doenças do Tecido Conectivo (DTC) e é uma das principais causas de mortalidade e morbidade nestes doentes. Quando comparada com outras formas de HAP, particularmente a HAP idiopática, apresenta um prognóstico mais reservado com uma sobrevida ao primeiro e terceiro ano da doença de 78% e 47% respectivamente. A importância de um diagnóstico precoce e tratamento eficaz da HAP é mandatório nestes doentes. Atualmente, a HAP é tratada com vários fármacos (antagonistas da endotelina, inibidores da fosfodiesterase-5 e prostanoides ou combinações destes fármacos). Estes tratamentos têm mostrado uma melhoria da tolerância ao exercício e prolongam o tempo de sobrevida destes doentes. Estima-se que cerca de 76% dos casos de HAP-DTC sejam referentes a doentes com o diagnóstico de Esclerose Sistémica (ES), principalmente ES limitada, seguido da Doença Mista do Tecido Conjuntivo, Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), Dermatomiosite/Polimiosite e Síndrome de Sjögren.

**Objectivo:** Caracterização clínica, hemodinâmica e abordagem terapêutica dos doentes com HAP-DTC seguidos na consulta de Hipertensão Pulmonar do Hospital de Santa Maria.

**Materiais e Métodos:** Estudo retrospectivo e descritivo do subgrupo de doentes com o diagnóstico de HAP-DTC pertencentes ao grupo 1 da classificação Dana Point (2008), seguidos na consulta de Hipertensão Pulmonar entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2013. A HAP foi definida por cateterismo cardíaco direito [pressão média da artéria pulmonar (PMAP)  $\geq$  25 mmHg em repouso com pressão média de encravamento capilar pulmonar  $\leq$  15 mmHg] ou por ecocardiograma [pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP)  $\geq$  40 mmHg]. Foi classificada através deste último exame em ligeira (PSAP de 40 a 54 mmHg), moderada (PSAP de 55 a 64 mmHg) ou grave (PSAP  $\geq$  65 mmHg). Foram recolhidos através da revisão dos processos clínicos, parâmetros hemodinâmicos na *baseline* e dados clínicos, tais como: demográficos, doença subjacente, classe funcional da OMS e tratamento.

**Resultados:** De um total de 69 doentes com o diagnóstico de HAP seguidos na consulta, 11 doentes

(15,9%) tinham o diagnóstico de HAP-DTC, nomeadamente ES [forma limitada (45.5%) e difusa (9.1%)], Síndromes de Sobreposição com manifestações de ES (18.2%) [LES (18.2%) e Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo (9.1%)]. Todos eram do sexo feminino com uma idade média de 53 anos (23-71); tempo médio de evolução da HAP de 3.2 anos (1.1-10); tempo médio de evolução da conectivite de 9.3 anos (1.8-23). Na avaliação *baseline* 54.5% dos doentes apresentavam-se em classe III ou IV da OMS e com HAP classificada como grave - com uma PSAP média medida por ecocardiograma de 84 mmHg (67-100). A HAP foi confirmada por cateterismo cardíaco em 90.9% dos doentes. O tratamento vasodilatador consistiu em bloqueadores dos canais de cálcio (18.2%), antagonistas da endotelina (36.4%), prostanoides inalados (27.3) e inibidores da fosfodiesterase-5 (45.5%). Em 45.5% dos doentes optou-se por terapêutica combinada - dupla (80%) e tripla (20%).

**Discussão e Conclusão:** Constatamos através da nossa análise uma maior prevalência de HAP nos doentes com ES limitada e uma apresentação grave da HAP-DTC na maioria dos casos, o que esta de acordo com resultados descritos na literatura. A nossa série evidência a dificuldade de tratamento destes doentes, pois várias combinações terapêuticas tiveram de ser usadas. Um *screening* apropriado, diagnóstico e tratamento precoces da HAP podem ter um impacto significativo na redução da mortalidade e morbidade destes doentes.

### P65 – AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DA EVOLUÇÃO DAS ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS EM CAPILAROSCOPIA

Gonçalves, Inês<sup>1</sup>, Borges, Joana<sup>1</sup>, Fernandes, Susana<sup>1</sup>, Clemente-Coelho, Paulo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto Português de Reumatologia;

**Introdução:** A Capilaroscopia do leito ungueal consiste na observação por microscopia dos capilares do leito ungueal. É um exame não-invasivo e fácil de executar, muito útil na abordagem inicial das Doenças do Tecido Conjuntivo (DTC) ao permitir a identificação precoce de alterações capilaroscópicas associadas a Esclerose Sistémica (ES) e a outras DTCs.

**População e Métodos:** Pretendeu-se avaliar a progressão das alterações capilaroscópicas em doentes referenciados para capilaroscopia, sem diagnóstico definitivo, com alterações da microcirculação na avaliação inicial.

Os doentes foram reavaliados ao longo do tempo, por um único observador e foram registados os achados morfológicos. A capilaroscopia foi realizada com um estereomicroscópio com ampliação de 10x a 100x.

**Resultados:** Foram seguidos 32 doentes, idade média de 44 anos (min 22, máx 72), dos quais 30 (93,7%) mulheres. Tempo médio de seguimento de 41 meses (min 9, máx 156) com média de 2,6 capilaroscopias/doente (min 2, máx 6). Capilaroscopias iniciais foram pedidas por: FR (22 doentes), ANA positivos 4, artralgias 3, acrocianose (3) e morfeia (1). Na observação inicial, os doentes com FR apresentavam: só dilatações (1), dilatações e hemorragias (12), só megacapilares (2), megacapilares e hemorragias (3) e, padrão escleroderma-like com hemorragias, megacapilares e áreas avasculares (4). Os doentes referenciados por ANA tinham só dilatações (3) e megacapilares com hemorragias (1). O doente com morfeia e todos os doentes com acrocianose tinham apenas dilatações. Observou-se agravamento do padrão morfológico em 6 doentes referenciados por FR, 2 por acrocianose e 1 por artralgia. Dos doentes com FR, 3 evoluíram de dilatações e hemorragias para um padrão escleroderma-like (média 33 meses), 1 doente que apresentava inicialmente este padrão agravou as áreas avasc e hemorragias e, outros 2 doentes (só com megacapilares e só com dilatações), apresentaram posteriormente também hemorragias. Destes dois, o doente com megacapilares e hemorragias tem o diagnóstico actual de S. Anti-Sintetase. Todos os doentes com FR que apresentaram agravamento da capilaroscopia tinham FR de início recente (FRr) com 2,2 anos de duração (média). A duração média do FR no grupo de doentes que não evoluiu era de 11,2 anos. Os 2 doentes com acrocianose evoluíram de um padrão inicial só com dilatações para dilatações com hemorragias. Os diagnósticos actuais são de Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo (DITC) e Crioglobulinémia. O doente com artralgia que tinha inicialmente dilatações com hemorragias, após 18 meses evoluiu para megacapilares com hemorragias. Tem o diagnóstico actual de DITC. Quinze doentes mantiveram a mesma morfologia capilaroscópica após um seguimento médio de 36 meses e, 4 doentes melhoraram o padrão capilaroscópico (após média de 18 meses). Os diagnósticos actuais destes doentes são DITC (10), Crioglobulinémia (3), Fibromialgia (2), ES (1), Lúpus (1), S. Sjogren (1) e Acrocianose (1).

**Discussão:** Foram seguidos doentes em que o médico considerou pertinente o follow-up com capilaroscopia. Todos tinham alterações iniciais na capilaroscopia. Ob-

servou-se progressão em 43% dos doentes com FRr (27% para ES). Nenhum doente com FR antigo evoluiu. Estes dados correspondem ao descrito na literatura de que o FRr é o principal indicador de risco de evolução para padrão de esclerodermia.

A maioria dos doentes com DTC têm alterações capilaroscópicas desde o início das queixas clínicas mas mantêm-se estáveis e nalguns casos melhoram possivelmente devido ao tratamento da doença subjacente.

### P66 – TÍTULO DE ANA E FENÓMENO DE RAYNAUD: IMPLICAÇÕES SOBRE ALTERAÇÕES MICROANGIOPÁTICAS NA CAPILAROSCOPIA UNGUEAL

Borges, J<sup>1</sup>, Clemente-Coelho, P<sup>2</sup>, Fernandes, S<sup>1</sup>, Gonçalves, I<sup>1</sup>, Cardoso, A<sup>3</sup>, Barcelos, F<sup>2</sup>, Cortes, S<sup>2</sup>, Cunha-Miranda, L<sup>2</sup>, Leitão, R<sup>2</sup>, Vaz Patto, J<sup>2</sup>

1. IC Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia
2. Reumatologista, Instituto Português de Reumatologia
3. Nutricionista, Instituto Português de Reumatologia;

**Introdução:** A capilaroscopia do leito ungueal (CLU) é um exame não invasivo que permite avaliar alterações microangiopáticas associadas a doenças do tecido conjuntivo (DTC). Distinguem-se habitualmente alterações ligeiras (apenas dilatações, tortuosidades) e alterações *major* (hemorragias, megacapilares, áreas avasculares, fenómenos de neovascularização) que permitem diferenciar Fenómeno de Raynaud (FR) primário e secundário. Além de utilidade diagnóstica, a CLU possui valor prognóstico, fornecendo importantes indícios que ajudam no seguimento destes doentes. **Objetivo:** Avaliar a experiência numa unidade de Reumatologia na realização de CLU. Aborda-se a relação entre alterações microangiopáticas e motivo de referência, presença/duração de FR e título de anticorpos antinucleares (ANA).

**Métodos:** Registraram-se os resultados de CLU realizadas numa unidade de Reumatologia, por um único observador, utilizando esteromicroscópio Zeiss® (ampliação 2x-100x) e quando necessário vídeo-capilaroscopia (ampliação 200x). Agruparam-se os resultados em 3 categorias: sem alterações, apenas alterações *minor* (dilatações/tortuosidades) e alterações *major* (hemorragias/megacapilares/áreas avasculares). Recolheram-se dados sobre presença/duração de FR, título de ANA (alto título:  $\geq 1:320$ ) e motivo de solicitação de CLU/diagnóstico reumatológico. A análise incluiu es-

tatística descritiva e analítica (Kruskal-Wallis, Qui-Quadrado, Mann-Whitney, correlação de Spearman, significância  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** A amostra incluiu 1509 indivíduos, 91% do sexo feminino, idade média  $47.8 \pm 15.7$  anos, sem diferença significativa entre género. Os motivos de referência mais frequentes foram FR (44%), ANA positivo (14,8%), Acrocianose/Eritrocianose (8,2%), Connectivite Indiferenciada (5.6%), Esclerose Sistémica (4.4%), Síndrome de Sjögren (3.8%), Lúpus Eritematoso Sistémico (3.5%) e Artrite Reumatóide (2.9%). Existiu relação entre duração de FR e género, significativamente superior nas mulheres ( $5,1 \pm 8.7$  vs  $3.5 \pm 6.9$  anos,  $p = 0.022$ ). 838 indivíduos (55,5%) apresentavam serologia positiva para ANA, sendo 631 (75,3%) em título elevado. Quanto a alterações objetivadas na CLU, 50,1% dos indivíduos apresentava alterações *major*, 25,1% apenas alterações *minor* e o exame foi normal em 24,8%. A presença de alterações na capilaroscopia não se relacionou com o género ou idade. Verificou-se associação entre alterações *major* e presença (78.6 vs 67.9%,  $p = 0.001$ ) e título elevado de ANA (62.6 vs 49.3%,  $p < 0.0001$ ). Os indivíduos com ANA em títulos elevados apresentaram mais frequentemente alterações *major* (58.1 vs 41.7%,  $p < 0.0001$ ), nomeadamente: hemorragias (54.7 vs 39.7,  $p < 0.0001$ ), megacapilares (20.3 vs 6.5%,  $p < 0.0001$ ) e áreas avasculares (8.3 vs 2.4%,  $p < 0.0001$ ). Os indivíduos com ANA em título baixo tinham mais frequentemente tortuosidades (45.5%).

**Discussão/Conclusão:** Nesta amostra, a CLU foi frequentemente solicitada na investigação de FR e de alterações em exames laboratoriais, nomeadamente presença de ANA. Salienta-se ainda a relevância da capilaroscopia para a distinção entre FR primário e secundário e também no diagnóstico diferencial de diversas DTC. Em cerca de 50% dos casos encontraram-se alterações *major*, verificando-se associação entre estas e presença e título de ANA. Este fator (obviamente integrado na semiologia) pode elevar a probabilidade pré-teste na realização de CLU.

### P67 - POLYMYOSITIS AND DERMATOMYOSITIS: THE HEART OF THE MATTER

Madureira, M<sup>1</sup>, Leite, S<sup>2</sup>, Martins, E<sup>2</sup>, Pimenta, S<sup>1</sup>, Macedo, F<sup>2</sup>, Costa, L<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João e Faculdade de Medicina do Porto



2. Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar de São João
3. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João

**Background:** The involvement of the enthesitis in the patients with spondyloarthritis (SpA) can be a factor of disability. The efficacy of the TNF antagonists on the SpA activity is well established and is similar between all the drugs available at the moment. On the other hand, the efficacy of the anti-TNF treatment on the enthesitis is not as well-known and doesn't seem as strong as its effect on the overall disease activity.

**Objectives:** To analyze the effectiveness of anti-TNF drugs in the treatment of enthesitis in patients with SpA.

**Methods:** A retrospective analysis of all patients with SpA that started or switched treatment with TNF antagonists in a rheumatology department of a Portuguese University Hospital. The data were collected from the national database for rheumatic patients between July/2012 and December/2013. The demographic and clinic baseline data, disease activity (ASDAS and BASDAI) and functional impairment (determined with BASMI and BASFI) at baseline, 3 and 9 months of therapy were collected. The variations in the enthesitis scores (SPARCC and MASES) were then determined, as well as their difference according to the ASDAS response and according to the diagnosis [ankylosing spondylitis (AS) vs. psoriatic arthritis (PsA)].

**Results:** In December 2013, 26 patients met the inclusion criteria; 61.5% were women, and the median disease duration was 13.5 years. Of the 26 patients, only 10 have HLA B27 determination registered on the database, which was positive in 90% of them. 53.8% of the patients were receiving treatment with a classic DMARD. 50% were TNF naïve, and the remaining 50% had already been treated with at least 1 anti-TNF, without adequate improvement in the disease activity. 57.7% have started golimumab, 23.1% adalimumab and 19.2% etanercept. The median baseline BASDAI was 6.4, ASDAS 4.2, and BASMI 4.8. ASDAS and BASDAI had a significant reduction at 3 months of treatment ( $p < 0.0001$  and  $0.001$  respectively), but at 9 months only the ASDAS reduction was significant ( $p = 0.002$ ). At 3 and 9 months, despite a trend to reduction in the MASES score, none was statistically significant: MASES score showed a reduction of 3.5 points at 3 and 9 months; SPARCC didn't varied between all the evaluations. The MASES and SPARCC scores didn't differed significantly between the patients with and without ASDAS response, despite a tendency to a greater reduction on both scores on the patients with

ASDAS response at 3 months of treatment (reduction of 4 points in MASES and 2 points in SPARCC vs. reduction of 2.5 points in MASES and 1.5 points in SPARCC on the patients with and without ASDAS response respectively). Between the patients with AS and PsA there weren't any significant differences between the MASES and SPARCC scores, despite an trend towards a greater reduction at 3 months in the ones with AS (reduction of 4 points in MASES and 2 points in SPARCC in AS vs. reduction of 2.5 points in MASES and -1.5 in SPARCC in PsA).

**Conclusion:** This analysis suggests an improvement in the both the enthesitis scores with the introduction of anti-TNF treatment, especially in MASES at 3 and 9 months, and this response occurs in both AS and PsA groups. It also shows that the reduction of the enthesitis scores seems to be independent of the response of the overall disease activity to the treatment.

#### **P68 – SHEAR-WAVE ELASTOGRAPHY: A NEW IMAGING METHOD FOR EVALUATING SCLERODERMA SKIN**

Santiago, T<sup>1</sup>, Coutinho, C<sup>1</sup>, Salvador, MJ<sup>1</sup>, Del Galdo, F<sup>2</sup>, Redmond, A<sup>2</sup>, Da Silva, JAP<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine;

**Background:** Skin involvement is of major clinical and prognostic relevance in systemic sclerosis (SSc) and is often the primary outcome in clinical trials in SSc. Nevertheless, a fully validated, objective and sensitive measure of skin involvement is lacking. Shear-wave elastography in the form of Siemens' proprietary, Virtual Touch and Imaging Quantification (VTIQ), is an emerging, operator-independent technique, which can obtain absolute quantitative stiffness values.

**Objective:** To determine validity and reliability of VTIQ for measuring skin stiffness as a measure of skin involvement in SSc.

**Methods:** Twenty-six SSc patients were included (mean age was  $55.3 \pm 12.1$ , mean disease duration 12.5 years (range 0.5-36), and mean mRSS 11.8 (range 0-33)). Seventeen age and gender matched controls were recruited. Ultrasound evaluation was performed with a Siemens ACUSON S3000 ultrasound system. Each participant underwent an ultrasound exam at 16 Rodnan sites (face was excluded). The images consist

of translucent colour maps superimposed on B-mode images, indicating soft through stiffer tissue and supplemented by tabulated absolute values for shear wave velocity (as a measure of the skin stiffness). Mean shear wave velocities (in m/s) were obtained at each site by averaging three measurements made per image. Intraobserver reliability was calculated in four SSc patients and two healthy controls, in two different scanning sessions, one week apart.

**Results:** The mean and SD absolute stiffness measures were (in m/s): chest –SSc  $2.7 \pm 1.1$  vs control  $2.3 \pm 0.7$ , upperarm –SSc  $2.9 \pm 1.0$  vs control  $2.2 \pm 0.3$ ; forearm –SSc  $3.1 \pm 1.1$  vs control  $2.2 \pm 0.3$ ; finger –SSc  $4.3 \pm 2.0$  vs control  $2.2 \pm 0.2$ ; hand –SSc  $4.0 \pm 1.5$  vs control  $2.2 \pm 0.3$ ; abdomen –SSc  $2.4 \pm 0.8$  vs control  $2.0 \pm 0.4$ , thigh –SSc  $2.6 \pm 0.4$  vs control  $2.1 \pm 0.2$ , leg –SSc  $3.1 \pm 0.9$  vs control  $2.4 \pm 0.4$  and foot –SSc  $3.2 \pm 0.9$  vs control  $2.3 \pm 0.2$ . Average skin stiffness increased with increasing skin scores for all regions studied other than hands.

Two-tailed t-tests were performed to investigate whether differences between the means of patients and controls differed systematically at each site. Statistical significance ( $p < 0.001$ ) was achieved at the upperarm, hand, forearm, finger, thigh, leg and ( $p < 0.01$ ) at the foot. Statistical significance was not reached for the chest ( $p = 0.15$ ) and the abdomen ( $p = 0.06$ ).

The technique showed very good intraobserver reliability in our small sample (intraclass correlation coefficients  $> 0.8$ ).

**Conclusion:** Shear-wave elastography represents a feasible and reproducible quantitative method for assessing stiffness of the skin in scleroderma. Further research is required, but this early study supports the clinical and scientific potential of this new measure of skin involvement in SSc.

## P69 – ESCLEROSE SISTÊMICA PROGRESSIVA ASSOCIADA A TOXICO: UTILIZAÇÃO BENÉFICA DE METOTREXATO

Fernandes, S.<sup>1</sup>, Borges, J.<sup>1</sup>, Clemente-Coelho, P.<sup>1</sup>, Silva, C.<sup>1</sup>, Cunha-Miranda, L.<sup>1</sup>, Vaz-Patto, J.<sup>1</sup>  
1. Instituto Português de Reumatologia;

**Introdução:** A associação de Esclerose Sistémica com determinados agentes tóxicos que funcionem como *triggers* de doença tem despertado um crescente interesse, com vários casos descritos na literatura. O desa-

fio continua a ser encontrar estratégias terapêuticas eficazes para os casos de pior prognóstico, nomeadamente as formas de extensa fibrose cutânea e envolvimento difuso, com elevada morbidade e mortalidade.

**Caso Clínico:** Doente de 65 anos, fumador de 53 UMA, com história de três meses de evolução de poliartralgias de ritmo inflamatório de joelhos, punhos e mãos, edema e endurecimento cutâneo de rápida progressão proximal e limitação funcional até ao cotovelo e parte proximal da coxa, e posterior envolvimento de região cervical e abdómen. Referia anorexia e perda ponderal significativa. O quadro foi relacionado temporalmente com contacto com pesticida (desconhecendo-se composição). Sem fenómeno de Raynaud, sintomatologia respiratória, cardiovascular, gastrointestinal ou renal. Foi internado para investigação sob a hipótese de ESP e para exclusão de Síndrome Paraneoplásico (pulmão). Apresentava eosinofilia ( $1,16 \times 10^9/L$ ), VS de 46 mm/h, ANA 1/640, padrão finamente granular com mitoses e capilaroscopia do leito ungueal (CLU) com hemorragias, magacapilares e algumas áreas avasculares. Apresentava reforço hilar esquerdo (radiografia), opacidades subpleurais irregulares em ambos os pulmões (tomografia computadorizada), com broncofibroscopia, lavado bronco-alveolar com exame bacteriológico, micobacteriológico, citológico e de imunofenotipagem negativos e biópsia pulmonar inconclusiva; provas de função respiratória com diminuição ligeira da capacidade de difusão do monóxido de carbono. Apresentava ainda próBNP no limite superior do normal, ecocardiograma com raiz da aorta dilatada e ligeira insuficiência aórtica, sem evidência de hipertensão pulmonar. Valor da PSA, Ecografia prostática, renal e abdominal sem alterações relevantes. A Biópsia Cutânea revelou “acentuada fibrose em toda a derme, sem infiltrado inflamatório significativo nem lesões de vasculite, sugestivo de Esclerodermia”. Foi assumido o diagnóstico de ESP e medicado com Metotrexato 25 mg/s, Prednisolona 7,5 mg/d, Nifedipina 10 mg/d e Ácido fólico 20 mg/s. No final de 6 meses, houve melhoria franca com regressão de fibrose cutânea, objectivada pelo *Modified Rodnan Skin Score* (MRSS) que diminuiu 33 para 18 e fibrose localizada distalmente aos punhos e tibio-társicas, com aparecimento de Raynaud. VS actual de 8 mm/h.

**Discussão/Conclusão:** Os quadros clínicos relacionados com pesticidas têm algumas diferenças clínicas comparando com a ESP não associada a químicos: ausência de Raynaud, progressão rápida e agressiva da fibrose cutânea, que se apresenta histologicamente sem

inflamação perivascular, e escassez de padrão auto-imunidade para além de positividade de ANA. Enquanto factores de mau prognóstico, há a referir a forma difusa, extensão da fibrose cutânea com índice elevado de MRSS, sexo masculino e os achados CLU à apresentação. O metotrexato pode ser uma alternativa terapêutica na ES relacionada com agentes tóxicos.

### **P70 – HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA NUM SÍNDROME DE SOBREPOSIÇÃO: EVITAR A CATÁSTROFE**

Aguiar, F<sup>1</sup>, Madureira, P<sup>2</sup>, Vieira, R<sup>3</sup>, Fonseca, R<sup>2</sup>, Brito, JS<sup>1</sup>, Gonçalves, D<sup>1</sup>, Mariz, E<sup>2</sup>, Pinto, J<sup>1</sup>, Costa, L<sup>1</sup>, Brito, I<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar São João
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
3. Serviço de Reumatologia Hospital Dr. Nélcio Mendonça/ Centro Hospitalar São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A hemorragia alveolar difusa é uma complicação rara das doenças do tecido conjuntivo, associada a elevada mortalidade. Ocorre mais frequentemente em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e Vasculite Sistémica. A presença de dispneia, hipoxemia, hemoptises e infiltrados pulmonares bilaterais de novo pode ser sugestiva do diagnóstico.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 59 anos, caucasiana, com diagnóstico de síndrome de sobreposição de LES e Esclerose Sistémica desde há 13 anos, medicada com hidroxiquina e prednisolona em baixa dose com controlo clínico satisfatório. Como antecedentes de relevo miastenia gravis e mais recentemente linfoma linfoplasmocitário. Internada a 17 de Abril de 2013 no Serviço de Reumatologia por agravamento de fenómeno de Raynaud com lesões isquémicas digitais e vasculite dos membros inferiores. Durante o internamento iniciou dispneia de forma súbita, de agravamento progressivo, com insuficiência respiratória hipoxémica, refractária a terapêutica diurética, broncodilatadora e vasodilatadora. Neste contexto realizou radiografia de tórax que mostrou derrame pleural esquerdo de grande volume associado a infiltrado intersticial algonodoso difuso bilateral. O ecocardiograma não mostrou alterações significativas. Concomitantemente houve agravamento progressivo da função renal, com sedimento urinário

activo (leucoeritrocitúria e proteinúria de 3.2 g/24h). Para esclarecimento do quadro realizou tomografia computadorizada do tórax que mostrou derrame pleural bilateral de pequeno volume, derrame pericárdico discreto, densificação em vidro despolido e focos de consolidações parenquimatosas peribroncovasculares sugerindo hemorragia alveolar. Na broncofibroscopia foi possível observar coágulos e secreções hemáticas dispersas por toda a árvore brônquica, sem aparente hemorragia ativa. A imunofenotipagem do lavado broncoalveolar foi compatível com alveolite neutrofílica extensa, sendo os exames microbiológicos negativos. A biopsia renal revelou nefropatia lúpica grau IV. O estudo imunológico manteve-se negativo com excepção dos anticorpos anti-nucleares, factor reumatóide e consumo do complemento. Dada a gravidade do quadro clínico, com necessidade de ventilação mecânica e hemodiálise, fez pulsos de metilprednisolona durante 5 dias, seguidos de prednisolona oral 1mg/kg/dia, com início subsequente de pulsos de ciclofosfamida. Por apresentar ainda hipogamaglobulinemia de novo de causa não esclarecida fez tratamento com imunoglobulina endovenosa 2g/kg durante 4 dias. Após instituição da terapêutica verificou-se melhoria clínica progressiva com resolução da dispneia e da insuficiência respiratória, resolução das imagens pulmonares e normalização da função renal. Após a alta hospitalar manteve a terapêutica imunossupressora prévia e iniciou ciclos mensais de ciclofosfamida, mantendo-se clinicamente estável até à data.

**Discussão/Conclusão:** O diagnóstico de hemorragia alveolar deve ser equacionado no contexto de manifestações pulmonares de maior gravidade, atendendo a que a instituição precoce da terapêutica é fundamental. Associa-se frequentemente a nefrite lúpica activa podendo-se apresentar como síndrome pulmão-rim, tal como aconteceu no presente caso. O tratamento inclui medidas de suporte e terapêuticas imunossupressoras, sendo por vezes necessária plasmaférese.

### **P71 – SOBREPOSIÇÃO DE DISTROFIA FACIO-ESCAPULO-UMERAL E DERMATOMIOSITE: CASO CLÍNICO**

Araújo, F<sup>1</sup>, Sepriano, A.<sup>2</sup>, Pedrosa, T.<sup>3</sup>, Nero, P.<sup>3</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; Medicina I, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

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

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

4. 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:** As distrofias musculares e as miopatias inflamatórias são grupos nosológicos distintos que compreendem doenças raras com envolvimento muscular primário. Contudo, o mecanismo fisiopatológico, o quadro clínico, os exames complementares de diagnóstico e o tratamento são diferentes para ambos os grupos. Os autores apresentam o caso de uma doente com distrofia fácio-escápulo-umeral (DFEU) que desenvolveu um quadro grave de dermatomiosite (DM).

**Material e métodos:** As informações relativas ao caso clínico foram obtidas a partir de entrevista à própria doente e do processo clínico do internamento.

**Resultados:** Apresenta-se o caso de uma doente do género feminino, de 23 anos de idade, caucasiana, com história familiar de DFEU (mãe, tia e primas maternas), aparentemente saudável até Setembro de 2011, altura em que inicia quadro de mialgias, diminuição de força muscular de predomínio proximal e *rash* peri-orbitário. Foi avaliada em consulta de neurologia sendo diagnosticada DFEU pela presença de biparésia facial, parésia proximal grau 2, manobra de Gowers positiva e escápula alada, confirmada por teste genético positivo. Contudo, verificou-se rápida deterioração com perda da marcha independente e disfagia, sendo internada no serviço de neurologia do nosso hospital em Maio de 2012. À entrada, destacava-se trombocitose reativa, VS 35 mm/h e PCR 0,99 mg/dL, CK 4229 U/L (N<145), LDH 3218 U/L (N<200), mioglobina 1644 µg/L (N<73), AST 162 U/L (N<36), ALT 154 U/L (N<35). O estudo imunológico revelou AAN 1/1280 e anti-Mi2 positivo fraco. O electromiograma e a biópsia muscular mostraram alterações compatíveis com miopatia inflamatória. Na sequência de pneumonia de aspiração com insuficiência ventilatória global foi transferida para a unidade de cuidados intensivos e ventilada com tubo orotraqueal (e mais tarde traqueostomizada). Iniciou antibioterapia de largo espectro e alimentação por PEG.

Admitiu-se DM sobreposta a DFEU e iniciou terapêutica com 3 pulsos endovenosos de 1g de metilprednisolona seguido de prednisolona oral 1,5 mg/kg/dia, imunoglobulina humana (total de 125 g), plasmáfere-se e metotrexato oral (até 25 mg/semana). Após resolução da infecção e retoma de ventilação espontânea, foi transferida para o serviço de reumatologia. Realizou RMN dos membros que mostrou marcada atrofia e transformação lipomatosa dos braços e coxas com alguns focos de inflamação, e DEXA de corpo inteiro que mostrou 39.6% de gordura corporal (N:14-21%). Por persistência de elevação dos marcadores de necrose muscular, retomou imunoglobulina endovenosa (100 g/mês) e substituiu-se metotrexato por micofenolato mofetil 2g/dia, com remissão clínica e analítica. Iniciou fisioterapia e terapia da fala intensivas, recuperando a deglutição, suporte do pescoço e tronco e mobilidade distal, sendo removidas a cânula de traqueostomia e a PEG e tendo alta ao fim de 6 meses no nosso serviço.

**Discussão e Conclusão:** Apresentou-se o caso de uma doente com sobreposição de DFEU e DM, cuja história familiar e diagnóstico inicial de DFEU atrasaram o diagnóstico de DM. Não foram encontrados casos semelhantes na literatura consultada. É fundamental um conhecimento das particularidades clínicas, laboratoriais, imagiológicas e histológicas que permitem a distinção entre diferentes causas de miopatia, de forma a iniciar atempadamente o tratamento que melhore o prognóstico da doença.

## P72 – FLARE DE MIOSITE OU HEMATOMA DO ILIOPSOAS?

Costa, C<sup>1</sup>, Espirito Santo, J<sup>2</sup>, Rodrigues, M<sup>1</sup>, Carvalho, P<sup>1</sup>, Santiago, M.G.<sup>1</sup>, Silva, J<sup>1</sup>, Malcata, A<sup>1</sup>, Da Silva, J.A.P.<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

2. Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Coimbra, Portugal

**Introdução:** Os hematomas musculares são frequentes nos doentes hipocoagulados ou com hemofilias e ocorrem após traumatismos ou espontaneamente. Hematomas do iliopsoas são raros e podem causar compressão do nervo femoral, originando dor e/ou fraqueza muscular na virilha. Apresentamos o caso de uma se-

nhora de 77 anos com polimiosite, sob anti-coagulação oral, que desenvolveu um hematoma espontâneo, apresentando-se com quadro de défice de força muscular.

**Caso Clínico:** Mulher, 77 anos, com antecedentes de polimiosite, fibrose pulmonar, insuficiência cardíaca e hipocoagulada cronicamente com varfarina por antecedentes de TVP/TEP em 2009. Em Abril de 2013, foi transferida do serviço de urgência (SU) do hospital da sua área de residência, para o serviço de Reumatologia, por suspeita de flare de polimiosite. Segundo informação anexa, tinha recorrido a esse SU por quadro de dor intensa localizada ao membro inferior esquerdo com 10 dias de evolução, associado a fraqueza muscular ipsilateral e incapacidade progressiva para a marcha. Sem disestesias ou parestesias e sem alívio com tratamento analgésico. À nossa avaliação, a doente referia dor na FIE e região inguinal esquerda progressiva com irradiação pela zona antero-interna da coxa até ao joelho esquerdo, com fraqueza muscular e impotência funcional progressiva, sem disestesias ou parestesias. Negava traumatismo prévio. Analiticamente destacava-se Hb 10.1 g/dL, VGM 98.2 fl, CK 1186 U/L, PCR 14.96mg/dL e INR de 6.1. Ao exame objectivo apresentava abdómen distendido, mole, depressível, doloroso à palpação da FIE, com ligeira defesa abdominal e sem massas palpáveis ou organomegalias. Agravamento da dor à mobilização da coxo-femoral esquerda. Apresentava diminuição da força muscular no MI esquerdo G3/5, ligeira hipoestesia na zona anterolateral da coxa esquerda (L3-L4); diminuição do reflexo patelar à esquerda. Equimoses dispersas em membros superiores, inferiores e abdómen. No dia seguinte, o estudo analítico revelou Hb 7.7 g/dL (queda de 2.4g/dL em 24h), sem perdas hemáticas exteriorizadas e toque rectal sem alterações. À radiografia abdominal apresentava diversos níveis hidro aéreos. Realizou angio-TAC de urgência que revelou volumoso hematoma (88 x 65mm) na espessura no músculo iliopsoas esquerdo, que acompanhava o mesmo até próximo da sua inserção femoral e que condicionava desvio dos vasos ilíacos externos esquerdos, sem hemorragia activa. Devido às comorbilidades da doente optou-se por atitude expectante com vigilância, suspensão da varfarina, administração de vitamina K, pausa alimentar e analgesia. Durante o internamento houve melhoria da dor com recuperação funcional para a deambulação. Verificou-se estabilização dos valores de hemoglobina e do INR em níveis terapêuticos. O hematoma retroperitoneal manteve-se estável em diversos controlos imagiológicos seriados.

**Conclusão:** Os hematomas do iliopsoas são raros e podem mimetizar distúrbios neurológicos, ortopédicos e até sugerir actividade da doença em doente com polimiosite, como no caso descrito. Devemos suspeitar de hematoma do iliopsoas em doentes hipocoagulados que apresentam quadro de neuropatia femoral compressiva. A abordagem é muitas vezes controversa e varia entre uma atitude conservadora, intervenção radiológica ou cirúrgica. A abordagem conservadora está indicada em doentes hemodinamicamente estáveis, baseando-se na suspensão do anticoagulante, fluidoterapia e uma avaliação constante da evolução e risco (“watch-and-wait”).

### P73 – SÍNDROME PARANEOPLÁSICO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

Sousa, S<sup>1</sup>, Cordeiro, I<sup>2</sup>, Roque, R<sup>1</sup>, Vinagre, F<sup>1</sup>,  
Gonçalves, P<sup>1</sup>, Canas da Silva, J<sup>1</sup>

1. Hospital Garcia de Orta, Almada; 2 Hospital Garcia de Orta, Almada

**Introdução:** A dermatomiosite (DM) é uma doença inflamatória crónica sistémica, caracterizada por fraqueza muscular proximal, fadiga e erupção cutânea típica. É uma doença rara, de etiologia desconhecida, cuja evolução pode oscilar entre um episódio agudo potencialmente fatal, ou uma evolução por surtos alternados com períodos de remissão. A DM tem dois picos de maior incidência, aos 5/15 anos e aos 45/65 anos. Cerca de 11% a 40% dos casos descritos, estão associados a doença do conectivo. Vários estudos confirmaram ainda uma associação entre neoplasias e miopatias inflamatórias, particularmente a DM.

**Caso Clínico:** Mulher de 59 anos, com antecedentes de DM diagnosticada em 2010, admitida no serviço de Reumatologia em Junho de 2011 por quadro de tetraparésia proximal de predomínio braquial, *rash* fotosensível da face e tronco, emagrecimento não quantificado, febre e hipersudorese nocturna. No exame objectivo realçava-se a presença de *rash* eritematoso da face, metade superior do tronco e dorso associado a fraqueza muscular grau 4/5 dos segmentos proximais dos 4 membros e região cervical. Tem antecedentes de síndrome depressivo, gastrite e hipertensão arterial. Medicada com prednisolona (10 mg/dia), metotrexato (10 mg/semana), ácido fólico, naproxeno (500 mg 2x/dia), cálcio+vitamina D, lansoprazol, enalapril, bisoprolol e zolpidem. Dos exames laboratoriais destacava-se: CK

592 (VR<195), mioglobina 364 (VR 20-51), LDH 549 (VR<195), ANA 1/320, com especificidades negativas e CEA 4 (VR<3.5). Fez electromiograma que não revelou alterações e RM das cinturas escapular e pélvica compatível com miosite extensa. Foi realizada investigação de neoplasia subjacente, destacando-se: mamografia e ecografia mamária que revelou quisto com 8mm, conteúdo ecogénico no QSE da mama direita, não vascularizado e não sugestivo de malignidade; ecografia pélvica sem alterações; ecografia tiroideia com nódulos sólidos bilaterais não sugestivos de malignidade e TAC toraco-abdomino-pélvica sem alterações. Por agravamento das lesões cutâneas, a doente fez imunoglobulina humana 1g/kg/2dias e pulsos de metilprednisolona 1g/3 dias seguidos de prednisolona 60mg/dia, verificando-se melhoria clínica e analítica. Cinco meses após a alta, novo internamento por fraturas vertebrais subagudas decorrentes de provável osteoporose secundária a corticoterapia. Em Maio de 2012, aparecimento de pancitopenia de novo em contexto de toxicidade a metorexato, o que levou à suspensão do fármaco. Em Agosto de mesmo ano, verificou-se novo agravamento das lesões cutâneas, com mucosite oral, disfagia intensa e caquexia. Fez terapêutica imunossupressora, sem efeito e repetiu investigação etiológica para neoplasia, cujos resultados se destaca: Endoscopia digestiva alta que revelou úlceras gástricas, cuja histologia foi negativa para malignidade; TAC toraco-abdomino-pélvica sem evidência de neoplasia e foi excisado um gânglio supraclavicular esquerdo de aparecimento recente sugestivo de carcinoma, de provável etiologia mamária. Foi pedida RM mamária, contudo, 3 dias depois a doente faleceu.

**Conclusão:** A DM pode associar-se ao aparecimento de neoplasias, especialmente cancro do ovário, mama, melanoma, cólon e linfoma de Hodgkin, sobretudo nos grupos etários mais velhos. A DM pode anteceder o aparecimento de um tumor em cerca de 2 anos, sendo que em apenas 1/3 dos casos se faz o diagnóstico do tumor numa fase inicial. O caso descrito representa a dificuldade diagnóstica de um quadro de dermatomiosite como síndrome paraneoplásica de uma provável neoplasia da mama.

#### **P74 – O DESAFIO NO TRATAMENTO DO ENVOLVIMENTO MULTISSISTÉMICO DA DOENÇA DE BEHÇET: UM CASO DE EFICÁCIA DO INFLIXIMAB**

Madureira, P<sup>1</sup>, Pimenta, S<sup>1</sup>, Magro, F<sup>2</sup>, Guimarães, J<sup>3</sup>,

Costa, L<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João e Faculdade de Medicina do Porto
2. Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de São João
3. Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar de São João
4. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** A Doença de Behçet (DB) é uma vasculite sistémica que se caracteriza pela presença de aftas orais e genitais recorrentes, associadas frequentemente a outras manifestações sistémicas. O envolvimento gastrointestinal (GI) e do sistema nervoso central (SNC) na DB está associado a um pior prognóstico, e a evidência terapêutica disponível para o tratamento destes doentes é ainda escassa.

**Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso clínico de uma jovem de 25 anos, com história de aftose oral recorrente desde os 10 anos. Aos 20 anos inicia subitamente quadro de diminuição da acuidade visual direita. O exame neurológico revelou área de escotoma central à direita, e o exame oftalmoscópico edema do nervo óptico. Os potenciais evocados visuais mostraram aumento da latência no olho direito; RMN cerebral apresentava 17 lesões na substância branca subcortical. Nessa altura fez biópsia de uma úlcera oral cuja histologia foi compatível com lesão vasculítica e realizou teste de patergia que foi positivo. Foi diagnosticada nevríte óptica, num provável contexto de DB. Foi tratada com 5 pulsos de metilprednisolona (MP) 1g, mas por apresentar apenas melhoria parcial fez 1 ciclo de imunoglobulinas endovenosas (0.4 mg/kg/dia em 5 dias), com recuperação completa da acuidade visual. Após um ano foi internada com quadro de vertigens e desequilíbrio para a esquerda. RMN cerebral mostrou 2 novas lesões frontais da substância branca. Fez novamente 5 pulsos de MP 1g, com recuperação completa dos défices neurológicos tendo iniciado azatioprina (AZA). Doze meses mais tarde iniciou quadro de dor abdominal com rectorragia, associada ao aparecimento de úlceras cutâneas no dorso. A colonoscopia mostrou alteração do padrão vascular ao nível do recto com eritema e friabilidade e a histologia sugeriu o diagnóstico de colite ulcerosa. A doente iniciou mesalazina, com necessidade de 2 ciclos de corticoterapia oral com prednisolona (0.5 mg/kg/dia) para controlo da actividade da doença. Foi aumentada a azatioprina até 150 mg / dia. Manteve-se estável durante cerca de 1 ano, ao fim do qual foi internada por pancreatite aguda, motivo pelo qual suspendeu AZA e mesalazina por suspeita de iatrogenia. Dois dias depois verificou-se o

aparecimento de úlceras orais e cutâneas, dor abdominal com rectorragias, febre e aumento dos marcadores inflamatórios. Fez nova colonoscopia que mostrou envolvimento franco do intestino com evidência de úlceras lineares e *estreladas* com exsudado, mais proeminentes ao nível do ângulo hepático do cólon. O quadro foi interpretado como envolvimento multissistémico da DB e, pela severidade clínica, corticodependência e refractariedade à azatioprina, iniciou tratamento com infliximab 5 mg/kg. Por manter dor abdominal e rectorragias necessitou de um pulso de MP 500 mg, antes do 2º tratamento com infliximab, escalando-se a dose de infliximab para 10 mg/kg, e encurtando-se o intervalo para 6 semanas. A doente apresentou melhoria clínica e analítica progressiva e significativa desde então, com redução lenta da dose de prednisolona oral. A Colonoscopia realizada cerca de 12 meses após início do tratamento revelou cicatrização das úlceras intestinais. A RMN cerebral não mostrou progressão das lesões. Reiniciou azatioprina há cerca de 9 meses, sem intercorrências e sem novos episódios de pancreatite.

**Conclusão:** Dada a heterogeneidade das manifestações clínicas da DB, o diagnóstico diferencial com outras patologias é muitas vezes difícil e exige um alto grau de suspeição. Este caso clínico demonstra o envolvimento multissistémico grave da DB e a dificuldade do seu tratamento. O tratamento com infliximab, neste caso clínico mostrou-se eficaz, nomeadamente no envolvimento GI.

#### P75 – CLINICAL PRESENTATION OF POLYMIALGIA RHEUMATICA AND GIANT CELL ARTERITIS: A REVIEW

Fernandes, S.<sup>1</sup>, Borges, S.<sup>1</sup>, Parente, M.<sup>1</sup>, Madeira, H.<sup>1</sup>, Mediavilla, MJ<sup>1</sup>, Micaelo, M.<sup>1</sup>, Simões, E.<sup>1</sup>, Miguel, C.<sup>1</sup>, Barcelos, F.<sup>1</sup>, Medeiros, D.<sup>1</sup>, Silva, C.<sup>1</sup>, Clemente-Coelho, P.<sup>1</sup>, Sousa, M.<sup>1</sup>, Leitão, R.<sup>1</sup>, Cunha-Miranda, L.<sup>1</sup>, Las, V.<sup>1</sup>, Silva, M.<sup>1</sup>, Santos, H.<sup>1</sup>, Vaz-Patto, J.<sup>1</sup>

I. Instituto Português de Reumatologia

**Background:** Polymialgia rheumatic (PMR) and Giant Cell Arteritis (GCA) may represent different manifestations of a shared disease process. PMR is three times more common than GCA and occurs in about 50% of patients with GCA. In the other hand, the percentage of patients with PMR who experience GCA at some point of the disease varies in literature, ranging from 5 to 30%. Some patients have manifestations of both disorders at the same or at different times; others have only symptoms and findings of one disorder. This is an important matter regarding that untreated GCA still has a high morbidity, specially the development of cranial ischemic events and consequent vision loss.

**Objective:** To ascertain demographic, clinical, laboratory, ultrasound and histological characteristics of subjects with PMR and/ or GCA in a Portuguese Rheumatology unit, who full field EULAR/ACR classification criteria.

**Methods:** A retrospective study was made, data from patients with PMR and GCA was collected from clinical files. We included time of beginning of symptoms, time of first Rheumatologic appointment, clinical manifestations, laboratorial data, ultrasound with Doppler findings, and histological findings. Statistics included descriptive tests, using SPSS version 17.0.

**Results:** 68 subjects were enrolled, mean age 71,8 years old, 46 were female. The mean gap between the beginning of symptoms and time of the first Rheumatologic appointment was 3 months. In our sample, 56 patients full field PMR criteria only, 2 GCA only and 10 of them had GCA with PMR. In this group, 4 of them had initially PMR symptoms and had further develop GCA (2 of them had intense temporal headache, 1 of them high fever and 1 of them abrupt visual loss) – 3 of them were under steroids therapy. Regarding symptoms, 35 had stiffness in the neck, 50 stiffness in the shoulder, 39 stiffness in the hip girdle, 25 inflammatory arthralgia, 16 synovitis observed by the rheumatologist, mean morning stiffness of 80 minutes, 41 had shoulder pain, 15 myalgias, 9 headache, 5 visual symptoms, 6 jaw claudication, 19 anorexia, 18 asthenia, 13 weight loss and 10 fever. Fifteen of the subjects made ultrasound of the shoulders (13 with alterations found,

TABLE I. LABORATORIAL FINDINGS IN PMR/ GCA PATIENTS

Mean ESR	Mean CRP	Mean Hb	Protein electrophoresis	ANA	RF
78,29 mm/h	5,669 mg/dL	11,7 g/dL	↑γ N=24 ↑α N=9	(+)N=13 (-) N=25	(+) N=3 (-) N=49

mainly bursitis), 11 made ultrasound of the temporal region (9 of them with characteristic findings of arteritis) and 4 undergo temporal biopsy (2 of that confirm diagnosis). Twenty three patients were treated with DMARDs (19 metotrexate, 3 azathioprine and 1 sulfasalazine) and all of them were under GC. Fifty three of the subjects are in remission, 7 had relapses, 4 had progress from PMR to GCA and 4 had currently the diagnosis of Rheumatoid Arthritis. We found patients with recent diagnosis, patients followed currently and patients who have been followed in the past who have been discharge.

**Discussion:** We found a higher proportion of patients with PMR symptoms, about 4,6x times more common than GCA symptoms. About 83% of the patients with GCA had also PMR symptoms and findings, which is a higher percentage that is considered in most series. Only 0,05% of the patients who had PMR experienced GCA several months after the first rheumatologic diagnosis, less that is observed in literature. This is a retrospective study, with a heterogeneous group of patients. Some limitations can explain these findings.

#### P76 – THERAPEUTIC APPROACH IN POLYMYALGIA RHEUMATICA AND GIANT CELL ARTERITIS: EXPERIENCE OF A PORTUGUESE RHEUMATOLOGY UNIT

Fernandes, S.<sup>1</sup>, Borges, J.<sup>1</sup>, Parente, M.<sup>1</sup>, Madeira, H.<sup>1</sup>, Mediavilla, MJ<sup>1</sup>, Micaelo, M.<sup>1</sup>, Simões, E.<sup>1</sup>, Miguel, C.<sup>1</sup>, Barcelos, F.<sup>1</sup>, Medeiros, D.<sup>1</sup>, Silva, C.<sup>1</sup>, Clemente-Coelho, P.<sup>1</sup>, Cunha-Miranda, L.<sup>1</sup>, Leitão, R.<sup>1</sup>, Sousa, M.<sup>1</sup>, Silva, M.<sup>1</sup>, Las, V.<sup>1</sup>, Santos, H.<sup>1</sup>, Vaz-Patto, J.<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Background:** Polymyalgia rheumatica (PMR) is characterized by a prompt response to glucocorticoids (GC), usually in low to moderate doses. The initial dose of GC aim to alleviate symptoms but is has not been shown that improves prognosis or prevent progression to Giant Cell Arteritis (GCA), in which higher doses are needed. Therapy with methotrexate (MTX) showed modest efficacy in some series, and recent studies point out leflunomide and tocilizumab to be effective as a GC-sparing agents in these patients.

**Objective:** To ascertain demographic, clinical, laboratory and therapeutic characteristics of subjects with PMR and/ or GCA in a Portuguese Rheumatology unit,

who full field EULAR/ACR classification criteria. We also aim to evaluate if certain clinical or laboratory findings had interference in the beginning of other therapeutic approaches.

**Methods:** Clinical data from patients with diagnosis of PMR and GCA only and GCA with PMR was collected from clinical files, which included time of beginning of the symptoms, time of first Rheumatologic appointment, clinical manifestations, laboratorial findings [ESR, CRP, hemoglobin], doses and duration of GC therapy and the same for DMARDs. Statistics included descriptive and analytical tests (Qui-Square and Fisher exact test,  $p < 0,05$ ).

**Results:** 68 subjects were enrolled, mean age 71,8 years old, 46 were female. The mean gap between beginning of symptoms and time of first Rheumatologic appointment was 3 months. Fifty six patients full field PMR criteria only, 2 GCA only and 10 of them had GCA with PMR. In this group, 4 of them had initially PMR symptoms and develop GCA (2 had intense temporal headache, 1 high fever and 1 abrupt visual loss) – 3 of them were under steroids therapy. Fifty three of the subjects are in remission, 7 had relapses, 4 had progress from PMR to GCA and 4 had currently the diagnosis of Rheumatoid Arthritis (RA). All of the subjects received GC, 53 of them prednisone, 14 deflazacort and 1 metilprednisone, mean duration of 45,93 months. The mean maximum dose of prednisone was 17,4 mg. Twenty three patients were treated with DMARDs (19 MTX, 3 azathioprine and 1 sulfasalazine), mean duration of 31,39 months and in mean 24,59 months after the beginning of GC. From the 12 patients with GCA, 9 are treated with MTX and GC. We found statistic significance comparing the introduction of DMARD related to visual alterations ( $p=0,045$ ); presence of fever ( $p=0,028$ ); duration of CG ( $p=0,018$ , 58,21 vs.27,26 months); age at presentation ( $p=0,048$ , 70,13 vs. 74,12). No statistic significance was found concerning DMARDs with gap between the beginning of symptoms and time of the first Rheumatologic appointment ( $p=0,158$ ), initial ESR ( $p=0,0960$ ), initial CRP ( $p=0,720$ ), initial hemoglobin ( $p=0,383$ ), presence of arthritis ( $p=0,065$ ), headache ( $p=0,248$ ), weight loss ( $p=0,458$ ), anorexia ( $p=0,985$ ) or asthenia ( $p=0,505$ ).

**Discussion:** GC were used in monotherapy at clinical presentation for all patients with PMR and GCA. Sixty five percent of them maintain it. As GC-sparing agents, MTX was the first choice in about 28% of the patients. No biotechnological agents were used. The



introduction of DMARDs was more frequent in younger patients, which may be explained by some extra caution in the elderly regarding side effects. The DMARDs were introduced in patients who were receiving GC for a prolonged period, which may be related with more severe forms of disease. In our study, fever and visual alterations were clinically relevant in the beginning of DMARDs in association with GC.

### P77 – MIOFASCEÍTE MACROFÁGICA – CASO CLÍNICO

Martins, N.<sup>1</sup>, Seixas, I.<sup>1</sup>, Couto, M.<sup>1</sup>, Monteiro, P.<sup>1</sup>  
 1. Hospital S. Teotónio - CHTV;

**Introdução:** A miofasceíte macrofágica é uma patologia neuromuscular rara associada ao hidróxido de alumínio utilizado como adjuvante em diversas vacinas e que pode persistir no local de aplicação até 10 anos após a imunização. A suscetibilidade genética tem sido apontada como uma das causas para a raridade desta doença muscular pós-vacinal que se caracteriza por fadiga crónica, mialgias difusas, artralhas, febre, disfunção cognitiva e, em alguns casos, doença desmielinizante sintomática do SNC. A biópsia muscular no local da injeção é característica e mostra lesão granulomatosa com extensa infiltração macrofágica e inclusão citoplasmática de hidróxido de alumínio. Mais recentemente foi reconhecido uma síndrome auto-imune/inflamatória induzido por adjuvantes (ASIA) que agrupa 4 quadros clínicos com características clínicas semelhantes: doença da guerra do Golfo; miofasceíte macrofágica; siliconose e reações pós-vacinais.

**Métodos:** Apresentação de um caso clínico e revisão da literatura sobre o tema.

**Resultados:** Mulher de 39 anos de idade, antecedentes de patologia depressiva, com quadro de dores generalizadas incapacitantes com agravamento após esforço, mialgias de predomínio proximal e fadiga crónica com cerca de 3 anos de evolução. Associadamente referia ainda alterações da sensibilidade com alternância de hipostesia e alodinia generalizada de predomínio distal. Ao exame inicial apresentava apenas positividade em 6 dos 18 pontos fibromiálgicos, com exame neurológico sumário e exame articular normal. Foi avaliada pela Psiquiatria que considerou tratar-se de um quadro de fibromialgia atípica. Do estudo analítico salienta-se: auto-imunidade negativa; serologias infecciosas e parâmetros de inflamação negativos; enzimas

de lise muscular e marcadores tumorais normais. Realizou ainda eletromiograma dos membros inferiores que não mostrou sinais de miopatia, assim como ressonância magnética dos membros superiores, coxas e articulações sacro-iliacas, também sem alterações. Excluíram-se desta forma prováveis doenças reumáticas inflamatórias ou sistémicas. No sentido de excluir miopatia metabólica, com o apoio da Neurologia, foi solicitado estudo mitocondrial que foi normal e biópsia muscular cujas alterações foram sugestivas de miofasceíte macrofágica, excluindo miopatia metabólica. Quando inquirida diretamente, a doente revelou de facto, ter sido imunizada cerca de 3 meses antes do início do quadro. Concluiu-se então pelo diagnóstico de Miofasceíte Macrofágica. Apesar das diversas tentativas terapêuticas ainda nenhuma se mostrou satisfatória, mantendo a doente no entanto fisioterapia e exercícios de relaxamento com benefício.

**Discussão/Conclusão:** A miofasceíte macrofágica é de uma patologia rara que pode ser altamente incapacitante. Os seus sintomas podem mimetizar a Fibromialgia e, por isso, o seu diagnóstico requer um elevado índice de suspeição. O reconhecimento da síndrome ASIA facilita o diagnóstico das patologias induzidas por adjuvantes e veio permitir uma melhor compreensão da influência de tais agentes ambientais na etiopatogenia das doenças auto-imunes. Este facto pode facilitar futuras estratégias preventivas e terapêuticas.

### P78 – FASCEÍTE EOSINOFÍLICA – OLHAR ALÉM DA PELE

Fernandes, S.<sup>1</sup>, Furtado, C.<sup>1</sup>, Vieira-Sousa, E.<sup>2</sup>, Vitorino, E.<sup>3</sup>, Catita, C.<sup>4</sup>, Barros, R.<sup>1</sup>, Romeu, J.C.<sup>1</sup>, Pereira da Silva, J.A.<sup>5</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa

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

3. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa

5. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria, CHLN

**Introdução:** A fasceíte eosinofílica (FE) é uma entidade rara que se caracteriza por espessamento cutâneo

associado a eosinofilia, hipergamaglobulinemia e aumento da velocidade de sedimentação. Com o objectivo de destacar a relevância da fasceite eosinofílica no diagnóstico diferencial com outras entidades em que o espessamento cutâneo prevalece, como na esclerose sistémica (ES) e na esclerodermia localizada, os autores descrevem o caso clínico de uma doente internada por espessamento cutâneo das extremidades acompanhado de mialgias e fraqueza muscular.

**Caso Clínico:** Sexo feminino, caucásica, 35 anos, inicia cerca de 1 ano antes do internamento, de forma insidiosa e sem fator desencadeante identificado, quadro clínico caracterizado por edema e mialgias ao nível dos membros inferiores. Cerca de 8 meses depois refere espessamento cutâneo difuso dos membros superiores e inferiores acompanhado de diminuição global da força muscular (FM). Negava fenómeno de Raynaud, úlceras digitais alterações específicas de órgão ou sintomas constitucionais. Negava exposição a fármacos, drogas e tóxicos. No exame objectivo destacava-se edema difuso das mãos e dos pés com esclerose cutânea distal e proximal dos membros superiores e inferiores e parede abdominal, com pele em “casca de laranja” na face interna dos braços. Era notório o “sinal da prece”. A FM proximal dos membros estava diminuída (grau 4/5). Laboratorialmente: eosinófilos 1700 células/uL; VS 61mm/1<sup>a</sup> h; PCR 1,12mg/dl; ALT 43 U/L; AST 40 U/L; LDH 536U/L; CK 21 U/L; Aldolase 15,9 U/L; Imunoglobulinas: IgG 3380 mg/dL, IgA 455 mg/dL, IgM 179 mg/dL; ionograma, cálcio, fósforo, função tiroideia, níveis das frações do complemento, e estudos imunológico, serológico e parasitológico não revelaram alterações relevantes. A capilaroscopia, o ecocardiograma e a TC tóraco-abdomino-pélvica foram normais. EMG não documentou lesão de fibra muscular. Realizou biópsia da pele, fáscia e músculo que revelou fibrose colagénica da derme profunda e sobretudo da hipoderme, associada a moderado infiltrado inflamatório constituído predominantemente por linfócitos e eosinófilos, infiltrado este também presente ao nível da fáscia e do músculo confirmando o diagnóstico de FE. Medicada com prednisolona (1 mg/Kg/dia), a que posteriormente se associou metotrexato (15 mg/sem) e fisioterapia, verificou-se melhoria do espessamento cutâneo. Um ano após o início da terapêutica, sob 15 mg/sem de metotrexato e 5 mg/d de prednisolona, apresentava normalização da contagem dos eosinófilos (30 células/uL), PCR (0,04 mg/dl) e VS (26mm/1<sup>a</sup> h).

**Discussão:** A FE é uma doença inflamatória imuno-mediada de etiologia desconhecida, geralmente com

bom prognóstico. Geralmente, ao contrário do observado na ES, não ocorre fenómeno de Raynaud nem envolvimento visceral, a capilaroscopia não revela alterações e não se associa a presença de auto-anticorpos séricos. Contudo, alterações hematológicas, doenças imunomediadas e neoplasias têm sido descritas em associação com a FE, pelo que se pode justificar, perante manifestações clínicas ou laboratoriais suspeitas, ou face a ausência de resposta à terapêutica, investigação exaustiva para excluir uma doença subjacente. A biópsia deve envolver a fáscia e o músculo subjacente, e revela alterações histopatológicas características que permitem o diagnóstico. No caso clínico apresentado, a estratégia terapêutica combinada com fisioterapia foi fundamental para a evolução clínica favorável e recuperação funcional.

#### **P79 – ERYTHEMA ELEVATUM DIUTINUM – UMA VASCULITE RARA, UMA ASSOCIAÇÃO RARISSIMA**

Gonçalves, MJ<sup>1</sup>, Romão, VC<sup>1</sup>, Soares-de-Almeida, L<sup>2</sup>, Gonçalves, AR<sup>3</sup>, Crujo, MC<sup>4</sup>, Cortez-Pinto, H<sup>5</sup>, Canhão, H<sup>1</sup>, Saraiva, F<sup>1</sup>, Romeu, JC<sup>1</sup>, Kutzner, H<sup>6</sup>, Pereira-da-Silva, JA<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria - CHLN, Lisboa
2. Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa, Hospital de Santa Maria - CHLN, Lisboa
3. Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa
4. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Santa Maria - CHLN, Lisboa
5. Serviço de Gastrenterologia, Hospital de Santa Maria - CHLN, Lisboa
6. Dermatopathologie Friedrichshafen, Friedrichshafen, Germany

**Introdução:** O *erythema elevatum diutinum* é uma dermatose neutrofílica crónica rara, que se manifesta pela presença de pápulas e nódulos eritematosos ou violáceos, distribuídos simetricamente pelas superfícies extensoras dos membros e nádegas. Pode ocorrer em associação com doenças hematoproliferativas, infecções, doenças reumáticas sistémicas e doenças inflamatórias intestinais. O tratamento com dapsona acompanha-se de melhoria dramática com evolução recorrente após a sua interrupção.

**Caso Clínico:** Homem, 51 anos, raça negra, natural

de São Tomé, com história de tuberculose pulmonar tratada, bronquiectasias sequelares e infeção por vírus da hepatite B (VHB) não tratada. É admitido por um quadro, com 4 meses de evolução, de poliartrite simétrica aditiva acompanhada de manifestações de entesite com boa resposta a AINEs, parestesias, lesões papulares nas superfícies extensoras dos membros superiores e lesões ulceradas nos membros inferiores e nádegas, diarreia mucossanguinolenta ocasional, hepatoesplenomegália e emagrecimento significativo (16% peso corporal). Laboratorialmente, destacava-se elevação dos parâmetros inflamatórios (VS 120mm/1<sup>a</sup>h), anemia (Hb 11.7g/dL), prolongamento do tempo de protrombina (INR 1.30), marcada elevação da carga viral de VHB, HLA B27, FR e ANA negativos. A ecografia confirmou sinovite nas IFPs e MCFs. Radiograficamente, apresentava entesofitos finos (tendões tricípital e quadricípital). Os exames microbiológicos (sangue, secreções brônquicas, lavado bronco-alveolar, pele, urina e fezes) foram negativos, assim como a pesquisa de micobactérias por PCR. O mielograma, o ecocardiograma transesofágico e a broncofibroscopia não demonstraram alterações relevantes, tendo a TC de corpo confirmado a hepatoesplenomegalia, sem outras alterações. A biópsia hepática mostrou achados compatíveis com infeção crónica a VHB. O electro-miograma documentou mononeuropatia múltipla sensitiva pura. A colonoscopia revelou presença de erosões no cólon sigmoide e recto. Histologicamente, identificaram-se aspectos compatíveis com doença inflamatória intestinal (criptite, erosões e um granuloma epitelióide). O estudo histopatológico das lesões cutâneas (múltiplas biópsias) foi compatível com o diagnóstico de *erythema elevatum diutinum*. Assumiu-se o diagnóstico de *erythema elevatum diutinum* associado a doença de Crohn com espondilartrite. Iniciou terapêutica com prednisolona 1mg/Kg peso/dia, sulfassalazina 2g/dia, e metronidazol 500mg/dia, com boa resposta clínica e laboratorial. A neuropatia periférica foi interpretada no contexto da infeção a VHB, para a qual iniciou terapêutica com tenofovir, com significativa redução da carga viral.

**Conclusão:** O *erythema elevatum diutinum* inclui-se no grupo das dermatoses neutrofílicas, vasculites leucocitoclásticas fibrosantes, em que histologicamente se identifica um infiltrado inflamatório dérmico denso composto principalmente por neutrófilos, na ausência de infeção. No caso apresentado, histologicamente, podia apreciar-se um denso infiltrado neutrofílico (mieloperoxidase, MPO+) com leucocitoclasia. A biópsia

cutânea das lesões crónicas revelou fibrose da derme e proliferação de capilares. Este padrão de vasculite leucocitoclástica sem extravasão de eritrócitos, com lesões antigas com fibrose é característico de *erythema elevatum diutinum* e estabeleceu o diagnóstico após correlação clinico-laboratorial. A associação entre *erythema elevatum diutinum* e a doença de Crohn foi reportada, tanto quanto é do nosso conhecimento, em apenas 2 casos na literatura médica.

## P80 – PÚRPURA NECROTIZANTE – UM CASO CLÍNICO DIFÍCIL

Teixeira, L<sup>1</sup>, Sousa, S<sup>1</sup>, Roque, R<sup>1</sup>, Rodrigues, A<sup>2</sup>, Vinagre, F<sup>1</sup>, Canas da Silva, J<sup>1</sup>

1. Hospital Garcia de Orta; 2 Unidade de Investigação em Reumatologia do Instituto de Medicina Molecular de Lisboa

As vasculites são um conjunto de doenças complexas cuja característica comum é a inflamação da parede vascular. O diagnóstico correcto, determinação do envolvimento orgânico e gravidade, bem como o tratamento atempado previnem o dano irreversível. Os autores apresentam um caso de vasculite leucocitoclástica com manifestações raras.

Mulher de 66 anos admitida por quadro com 20 dias de evolução de anorexia, emagrecimento, artralguas das articulações tibio-társicas e joelhos e rash maculo-papular dos membros. Ao exame objectivo apresentava púrpura palpável coalescente, lesões bolhosas de conteúdo sero-hemático e úlceras de fundo necrótico nos membros inferiores e superiores e diminuição da dor-siflexão do pé direito. Analiticamente apresentava anemia normocítica, normocrómica com hemoglobina de 9.5g/dl, leucocitose com neutrofilia ( $41000 \times 10^9/L$ , N- 85%), VS-95mm 1<sup>a</sup>H, PCR- 29mg/dl e lesão renal aguda com sedimento activo. As Serologias virais, ANAs e ANCA's foram negativos e a electroforese de proteínas evidenciou banda monoclonal na região beta e gama, com aumento de IgA. Realizou eletromiograma que excluiu polineuropatia, mas a execução do exame foi limitada pelas lesões cutâneas e edema dos membros inferiores. O exame histológico das lesões cutâneas foi compatível com vasculite leucocitoclástica com atingimento dos vasos da derme superficial e profunda e a biópsia renal evidenciou nefrite intersticial, sem sinais de vasculite ou depósitos de IgA. Por anemia refractária realizou colonoscopia que mostrou lesões eritema-

tosas dispersas e a angiografia do tronco celiaco e artérias renais evidenciou algumas irregularidades de artérias de médio e pequeno calibre no terço superior do baço, sem evidência de microaneurismas. A doente foi medicada com pulsos de metilprednisolona (1g) durante 3 dias, seguido de prednisolona na dose de 1mg/kg/dia e hidratação endovenosa com melhoria das lesões cutâneas e normalização da função renal e do sedimento urinário. Apesar da evolução favorável a doente manteve leucocitose, (valor máximo de  $56000 \times 10^9/L$ ) com 2% de plasmócitos no sangue periférico. O mielograma, biópsia óssea e imunofenotipagem foram compatíveis com medula reactiva, sem evidência de doença mieloproliferativa. O diagnóstico definitivo foi então de vasculite leucocitoclástica. Actualmente a doente está sob 5 mg de prednisolona e as lesões cutâneas encontram-se cicatrizadas, mantendo contudo, leucocitose de  $24\ 000 \times 10^9/L$ , bem como VS superior a 45mm 1ªH, mas com ausência de anemia. A vasculite leucocitoclástica ou vasculite de hipersensibilidade é uma doença habitualmente benigna e limitada ao território cutâneo. A púrpura palpável é a sua manifestação mais frequente. Sendo idiopática em até 50% dos casos, pode surgir em associação com outras doenças. Lesões cutâneas necrotizantes, afecção gastrointestinal e renal são raras e podem indicar outra patologia subjacente e obrigam à investigação exaustiva para excluir outras doenças.

### P81 – FIBROMYALGIA ACCORDING TO THE 2010 ACR CRITERIA IN A POPULATION-BASED SAMPLE OF YOUNG ADULTS IN PORTUGAL

Lourenço, S<sup>1</sup>, Costa, L<sup>2</sup>, Carnide, F<sup>3</sup>, Lucas, R<sup>1</sup>

1. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

2. Hospital de São João

3. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana;

**Introduction:** Since 2010, fibromyalgia is modelled as a syndrome of progressive severity where non-specific symptoms other than pain precede the establishment of clinical disease. Detecting those symptoms is expected to improve sensitivity by widening the spectrum of clinical features, namely in early stages of the fibromyalgia. However, the frequency and predictors of the non-pain component of the fibromyalgia syndrome in early adulthood remain unknown. Therefore, we ai-

med to quantify the prevalence of fibromyalgia, to describe its components – symptom severity score (SSS) and widespread pain index (WPI) – and to identify psychosocial predictors of the severity of SSS and WPI using a population-based sample of female and male young adults.

**Material and methods:** Participants were part of the 21-year-old follow-up of the EPITeen cohort study, which was set up during the 2003/2004 school year and gathered subjects born in 1990 attending schools in Porto, Portugal (n=1561, 51.3% women). Data on socioeconomics (work situation, parental and individual education and household income), lifestyles (smoking, alcohol drinking and sports practice) and psychological characteristics (health-related quality of life, sleep quality, depressive symptoms, eating disorders and maladaptive personality traits) were collected using structured face-to-face and self-administered questionnaires. Data on fibromyalgia and the severity of its two main components were collected using the Fibromyalgia Survey Questionnaire. Medians (25th percentile (P<sub>25</sub>); 75th percentile (P<sub>75</sub>)) of SSS and WPI severity were compared according to each psychosocial factor using the Mann-Whitney test or the Kruskal-Wallis one-way analyses of variance.

**Results:** The overall point-prevalence of fibromyalgia was 1.1%, higher in women than in men (1.5% vs. 0.7%, p=0.110). Women scored significantly higher both in SSS (median (P<sub>25</sub>; P<sub>75</sub>)=3.0 (2.0; 5.0) vs. 2.0 (1.0; 4.0), p<0.001) and WPI (1.0 (0.0; 1.0) vs. 0.0 (0.0; 1.0), p<0.001). In both sexes, socioeconomics, lifestyles and psychological characteristics were not significantly associated with higher scores in WPI. Socioeconomics were significantly associated to higher scores in SSS in female sex: work situation (employed vs never worked: 4.0 (2.0; 5.0) vs 3.0 (2.0; 5.0), p=0.001) and smoking (smokers vs non-smokers: 4.0 (2.0; 5.0) vs 3.0 (2.0; 5.0), p=0.012). Additionally, adverse psychological characteristics were significantly associated with higher scores in SSS in both sexes, namely sleep quality (bad vs good: 5.0 (3.0; 7.0) vs 3.0 (2.0; 5.0), p<0.001 (women); 4.0 (2.0; 6.0) vs 2.0 (1.0; 3.0), p<0.001 (men)), depressive symptoms (relevant vs non-relevant: 5.0 (4.0; 7.0) vs 3.0 (2.0; 4.0), p<0.001 (women); 4.0 (2.0; 6.0) vs 2.0 (1.0; 4.0), p<0.001 (men)), body dissatisfaction (high vs low: 4.0 (2.0; 6.0) vs 3.0 (2.0; 5.0), p<0.001 (women); 3.0 (1.0; 4.0) vs 2.0 (1.0; 4.0), p=0.018 (men)) and interpersonal distrust (high vs low: 4.0 (2.0; 5.0) vs 3.0 (2.0; 5.0), p=0.004 (women); 3.0 (1.0; 4.0) vs 2.0 (1.0; 3.0),

p=0.010 (men)).

**Discussion and conclusions:** This is the first study on prevalence and predictors of fibromyalgia according to the 2010 ACR criteria in the Portuguese general population. Using the SSS may be useful in widening case ascertainment to young adults whose main clinical manifestations are related to psychological distress, particularly in primary care settings where fibromyalgia is not frequently considered as a possible diagnosis.

## P82 – SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH FIBROMYALGIA SYNDROME – SELF REPORTED DATA FROM EPIREUMAPT, A PORTUGUESE NATIONAL COHORT

Cerqueira, M<sup>1</sup>, Raposo, A<sup>1</sup>, Costa, JA<sup>1</sup>, Afonso, MC<sup>1</sup>, Rodrigues, A<sup>2</sup>, Gouveia, N<sup>3</sup>, Costa, LP<sup>4</sup>, Mendonça, S<sup>5</sup>, Canhão, H<sup>6</sup>, Branco, JC<sup>7</sup>

1. Serviço de Reumatologia, ULSAM
2. Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa; EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia
3. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia
4. Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa
5. Sociedade Portuguesa de Reumatologia
6. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital Santa Maria
7. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa; serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz

**Introduction:** The Fibromyalgia syndrome (FM) is a chronic disorder of unknown etiology characterized by widespread pain and tenderness, frequently associated with fatigue, anxiety and/or depression and disrupted sleep. It is a diagnosis of exclusion, and other causes that may explain the symptoms must be evaluated. It presents, typically, in middle-aged women, but both genders and all ages may be affected. This work aimed at analyzing sociodemographic characteristics of people that reported being diagnosed with FM comparing

it with healthy controls.

**Methods and materials:** EpiReumaPt is a project conducting a nationwide survey on Rheumatic Diseases and, in its screening phase, questionnaires are done to pre-selected individuals (according to pre-defined rules). These individuals are asked to report previous diagnoses of diseases in which is included FM. An observational study was made, using self reported data from the cohort EpiReumaPt, comparing individuals who declared previous diagnosis of FM with healthy controls (people who denied suffering from any chronic disease). The groups were matched for age and sex (only female subjects and individuals older than 35 years-old were included). Univariate analysis were performed, applying T tests and chi-square tests to compare body mass index (BMI), coffee consumption, alcoholic drinks consumption, smoking, marital status, education level, professional status and family income. Weights were used in the analysis to adjust for the sampling design.

**Results:** 141 patients with FM and 959 healthy subjects were analyzed. Mean age of FM subjects and controls were 53.9 and 46.7 years, respectively; mean BMI were 27.5 and 25.0 kg/m<sup>2</sup> (p>0.05), respectively. Regarding habits and lifestyle, the proportion of FM subjects and controls were similar in coffee consumption (67.8% vs 76.6%, p>0.05), smoking (15.1% vs 21.7%, p>0.05) and doing regular physical exercise (27.6% vs 37.4%, p>0.05). The proportion of FM patients consuming alcoholic drinks was inferior than in controls (38.4% vs 57.8%, p<0.05). Significant differences were observed between FM subjects and controls regarding marital status (singles: 6.9% vs 13.9%, married or committed 67.8% vs 69.5%, divorced 13.8% vs 12.1%, widowers 11.5% vs 4.5%, p<0.05), education level (less than 4 years: 41.4% vs 22.5%, 5-12 years 36.8% vs 47%, more than 12 years: 21.8% vs 30.6%, p<0.05) and professional status (working: 48.1% vs 79.8%, unemployed: 16% vs 10.5%, retired 28.4% vs 8.9%, temporary disability: 7.5% vs 0.8%, p<0.05). Although there was a trend to a lesser monthly family income in FM subjects, there were no significant differences (less than 1000€: 63.5% vs 53.0%, 1001-2000€: 27.0% vs 30.4%, more than 2000€: 9.5% vs 16.6%, p>0.05).

**Conclusion:** These results show that FM patients drink less alcohol, are less frequently single and more frequently divorced or widower, are less instructed and are in greater proportion unemployed, retired or temporarily disabled, which is in agreement with the existing evidence about sociodemographic characteristics

of these patients. As in previously published work, it seems that FM subjects have a lower monthly income, although, in this study, results are not significant. It will be important to further compare these results with the data obtained from the Rheumatologist evaluation, and comparing subjects with medical established diagnosis.

### P83 – INVALIDATION AS PERCEIVED BY PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES

Santiago, M.G.<sup>1</sup>, Marques, A.<sup>1</sup>, Kool, M.<sup>2</sup>, Geenen, R.<sup>2</sup>, da Silva, J.A.P.<sup>1</sup>

1. Rheumatology Department, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

2. Clinical and Health Psychology, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands;

**Background:** The term invalidation refers to the patients' perception that their medical condition is not recognized by the social environment. It includes non-acceptance, misunderstanding, disbelief, rejection, stigmatization and suspicion that the problem is exaggerated or purely psychological. Two broad aspects of invalidation are: lack of understanding and discounting. Invalidation may be experienced from different sources, including the family and health professionals. The experience of invalidation will depend on the real expression of invalidation by other people as well as on personality characteristics of the patient that can be resilience or vulnerability factors for the experience of invalidation. In patients with rheumatic diseases, invalidation has been shown to relate to a worse physical and mental health and more pain.

**Aim:** To compare patient's perception of invalidation from family and health professionals and to analyze to what extent socio-demographic, clinical and psychological characteristics of patients predict invalidation from those two sources, in rheumatic diseases.

**Methods:** From a cross-sectional web-survey study, 562 Portuguese participants with a single rheumatic disease were included: rheumatoid arthritis, spondyloarthropathies, systemic lupus erythematosus and fibromyalgia (FM). Participants completed online questionnaires to assess invalidation, rheumatic diagnosis, socio-demographic aspects, pain and psychological characteristics, which included loneliness, happiness and the major (Big-Five) personality traits: openness, conscientiousness, extraversion, agreeableness and emotional stability.

**Results:** Patients reported higher levels of invalidation from the family than from health professionals. Invalidation scores, from both the family and health professionals, were significantly higher in patients with FM when compared with the other disease groups. Levels of invalidation from the two sources were positively correlated with pain and loneliness, and negatively with happiness, agreeableness, conscientiousness, emotional stability and openness. After adjusting for covariates, having FM remained associated with higher levels of invalidation from family and health professionals. Regarding psychological characteristics, low levels of happiness, agreeableness and conscientiousness remained associated with invalidation from both studied sources. Pain remained positively associated with invalidation from health professionals, but not from family, and loneliness remained positively associated with invalidation from family but not from health professionals.

**Discussion:** Our study among Portuguese rheumatic patients suggests that especially the family context –more than health professionals– may deserve attention of health professionals concerned with this problem. FM is associated with more invalidation than “more visible” rheumatic diseases. Also –irrespective of the underlying diagnosis– personality variables were associated with invalidation: low levels of happiness, agreeableness and conscientiousness. This indicates that dispositional factors make patients more resilient or vulnerable to invalidation. Of concern: patients with higher pain scores tend to feel higher levels of invalidation from health professionals.

### P84 – MICROCIRCULATION COMPARATIVE STUDY IN FIBROMYALGIA PATIENTS WITH AND WITHOUT RAYNAUD'S PHENOMENON

Araújo, F<sup>1</sup>, Sepiano, A<sup>2</sup>, Pedrosa, T<sup>3</sup>, Nero, P<sup>3</sup>, Branco, J.C.<sup>4</sup>

1. Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz; Institute of Microbiology, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

2. Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz; Institute of Pathology, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

3. Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz

4. CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz

**Introduction:** Previous studies have demonstrated functional and morphological microcirculatory abnormalities that may be relevant to the pathophysiology and clinical manifestations of fibromyalgia (FM) patients. The purpose of this study was to ascertain and compare capillary morphology of FM patients with and without Raynaud's phenomenon (RP) using nailfold videocapillaroscopy (NVC).

**Material and methods:** Patients fulfilling the 2010 American College of Rheumatology Diagnostic Criteria for FM were allocated in 2 groups according to the presence or absence of RP (RP+ or RP-, respectively). All patients with secondary causes of RP other than FM were excluded. One blinded operator performed all the NVC using a 200x amplification digital microscope and analytical software. Capillary parameters evaluated in fingers II-V of both hands included: tortuosity, apex enlargement, branch enlargement, microhemorrhages, giant capillaries, capillary density, capillary branching and architectural derangements. Each parameter was rated 0-3 (0= no changes; 1= <33% abnormalities; 2= 33-66% abnormalities; 3= >66% abnormalities) and the mean scores were calculated (semiquantitative scoring system proposed by *Cutolo et al.*). The association of RP with the capillary parameters was assessed using multivariate linear regression adjusted for age, FM duration and occupation.

**Results:** Twenty FM patients were initially enrolled, 10

in each group, however 2 patients RP+ were excluded due to thyroid disease. Included patients were all female, had a mean age of 50.4 years and a mean duration of disease of 12.8 years. In both RP+ and RP- groups, the most frequently found abnormalities were minor dysmorphies, namely tortuosities, apex enlargement and branch enlargement. However, scoring of these parameters showed no significant difference between the 2 groups. More than half of RP+ and RP- patients presented slight focal decrease of capillary density, once again with no difference between groups. The only giant capillaries were found in a patient from the RP+ group with an "early scleroderma pattern" as proposed by *Cutolo et al.* Hemorrhages were scarce and had a traumatic appearance, except in the previously mentioned patient. Interestingly, RP associated negatively with the capillary branching score. Table I summarizes the results.

#### P85 – RehMove FIBROMIALGIA: PROGRAMA DE EDUCAÇÃO E EXERCÍCIO PARA INDIVÍDUOS COM FIBROMIALGIA

Valverde, A<sup>1</sup>, Rodrigues, S<sup>1</sup>, Caeiro, C<sup>1</sup>, Fernandes, R<sup>1</sup>, Cruz, EB<sup>1</sup>

1. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal

**Introdução:** A prevalência da fibromialgia em Portugal corresponde a 3,7%, estimando-se que afecte cerca de 300 mil portugueses. No âmbito das intervenções não farmacológicas, as normas de orientação clínica inter-

**TABLE I. MICROCIRCULATORY PARAMETERS ASSESSED IN FIBROMYALGIA PATIENTS WITH AND WITHOUT RAYNAUD'S PHENOMENON.**

Parameters	RP+, n=8		RP-, n=10		Adjusted p-value
	n (%)	Score, median (IQR)	n (%)	Score, median (IQR)	
Tortuosity	8 (100)	1.17 (0.66)	10 (100)	1.25 (0.53)	0.99
Apex enlargement	7 (87.5)	0.31 (0.50)	10 (100)	0.14 (0.06)	0.26
Branch enlargement	7 (87.5)	0.13 (0.33)	10 (100)	0.03 (0.06)	0.06
Microhemorrhages	2 (25)	0 (0.06)	2 (20)	0 (0)	0.20
Giant capillaries	1 (12.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0.24
Capillary density	5 (62.5)	0.03 (0.09)	6 (60)	0.08 (0.19)	0.98
Capillary branching	3 (37.5)	0 (0.03)	5 (50)	0.03 (0.13)	0.04
Architectural derangements	2 (25)	0 (0.08)	3 (30)	0 (0.03)	0.27

IQR: interquartile range, RP: Raynaud's phenomenon

nacionais têm vindo a recomendar de forma consistente abordagens baseadas no exercício. Adicionalmente, têm vindo a ser recomendadas abordagens educativas direccionadas para o desenvolvimento de competências para a auto-gestão da condição clínica através da promoção da literacia e capacitação dos indivíduos. Até ao momento, não são conhecidos dados referentes à implementação deste tipo de intervenção na população Portuguesa. Este estudo pretende descrever os resultados obtidos com o programa RehMove Fibromialgia, um programa de fisioterapia baseado na combinação de sessões de exercício e educação. **Material e Métodos:** Foi efectuado um estudo de série de casos com indivíduos com diagnóstico de fibromialgia. Foram incluídos 11 indivíduos, considerando um conjunto de critérios de inclusão e exclusão. Os indivíduos foram submetidos ao programa estandardizado RehMove Fibromialgia, que teve a duração de 8 semanas, incluindo 24 sessões (9 sessões de exercício+educação; 15 sessões apenas de exercício), com frequência de 3 sessões semanais (duração de 60-90 minutos por sessão). A componente de exercício baseou-se nos princípios biológicos, metodológicos e neurofisiológicos para estruturação do estímulo, incluindo exercícios de treino de resistência da força e flexibilidade. A componente educativa baseou-se nos princípios da aprendizagem adulta, mais especificamente da aprendizagem transformativa, visando a estruturação das cognições e comportamentos referentes à dor de forma a capacitar os indivíduos para gerir a condição clínica. Todos os indivíduos foram submetidos a 3 momentos de avaliação: início, 4 semanas e término do programa. As variáveis avaliadas foram a percepção subjectiva da intensidade da dor (Escala Numérica da Dor), a fadiga (Escala de Severidade da Fadiga), a capacidade funcional (Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire– Versão Portuguesa), e a percepção global de mudança (Patient Global Impression Change– Versão Portuguesa). **Resultados:** Onze indivíduos (sexo feminino; média de idades de 49,5 anos, 32-64 anos; com diagnóstico de fibromialgia há mais de 2 anos- 8/11) completaram o programa RehMove Fibromialgia. Em média os indivíduos frequentaram 18,4(±3,4) das 24 sessões (moda=22). Nove dos 11 indivíduos (82%) apresentaram melhorias ao nível da capacidade funcional, 7 (64%) diminuíram a intensidade da dor, 7 (64%) apresentaram melhorias ao nível da fadiga e 9 (82%) classificaram-se como estando “melhores” ou “bastante melhores” em pelo menos uma das medidas de resultado (dor, fadiga e capacidade fun-

cional). **Discussão:** Os resultados sugerem que uma intervenção de 8 semanas baseada na combinação de exercício e educação apresenta resultados positivos ao nível da dor, fadiga e capacidade funcional em indivíduos com fibromialgia. Estes resultados sugerem ainda que as recomendações internacionais são aplicáveis à realidade portuguesa, reforçando a necessidade de realizar investigação nesta área. **Conclusão:** Considerando os resultados obtidos e metodologia utilizada sugere-se a realização de um ensaio controlado aleatorizado com o intuito de avaliar a efectividade desta intervenção.

### P86 – EVIDÊNCIAS DO EXERCÍCIO NA FIBROMIALGIA – PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE EXERCÍCIO

Zão, A<sup>1</sup>, Barros, P<sup>1</sup>

1. Serviço de Fisioterapia, Centro Hospitalar do Porto;

**Introdução:** A fibromialgia constitui uma síndrome de dor crónica difusa, de etiologia desconhecida, com um impacto significativo em termos de funcionalidade e qualidade de vida. Apesar das inúmeras opções terapêuticas estudadas, o tratamento ideal permanece incerto. Várias opções de tratamento têm sido estudadas. O exercício parece ter um papel importante, contudo o tipo de exercício mais benéfico e as suas características ainda não estão definidos. O estudo visa avaliar a evidência da eficácia do exercício no tratamento da fibromialgia, assim como propor um protocolo de exercício.

**Material e métodos:** Revisão sistemática da literatura publicada até Janeiro de 2014 nas bases de dados Medline, EMBASE, AMED, Cochrane Library, Web of Science e Scopus. Elaboração e proposta de um protocolo de exercício, tendo como base a actual evidência e experiência de uma equipa multidisciplinar.

**Resultados:** Trinta e cinco ensaios clínicos randomizados (RCT) foram incluídos para estudo detalhado: 28 compararam o exercício com um grupo controlo (doentes não submetidos a exercício) e sete RCT compararam os diferentes tipos de exercício. Os estudos evidenciaram que o exercício aeróbio condiciona diminuição da dor e da fadiga e melhoria do humor, da sensação de bem-estar, da condição física e da qualidade de vida, de forma estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). O benefício parece persistir a longo prazo. O programa de exercício proposto inclui treino, essencialmente aeróbio, de intensidade moderada, associa-



do a massoterapia de relaxamento; três sessões por semana, durante, pelo menos, oito semanas.

**Conclusão:** A literatura evidencia o benefício do exercício aeróbio no tratamento da fibromialgia. A motivação do doente é um componente essencial do programa terapêutico, sendo fundamental a adesão à prática de exercício mesmo após término de um programa de exercícios. O protocolo de exercício proposto para doentes com fibromialgia está, actualmente, a ser aplicado por uma equipa multidisciplinar e poderá servir de base para estudos futuros.

### **P87 – SYMPTOMATIC EFFECT OF REIKI IN FIBROMYALGIA PATIENTS: A RANDOMIZED, CONTROLLED, CROSSOVER PILOT STUDY**

Sepriano, A<sup>1</sup>, Pedrosa, T<sup>2</sup>, Araújo, F<sup>2</sup>, Martis, MJ<sup>2</sup>, Castella, P<sup>3</sup>, Nero, P<sup>2</sup>, Pimentel-Santos, F<sup>1</sup>, C. Branco, J<sup>4</sup>  
1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E, Hospital de Egas Moniz, Lisbon; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas (NOVA Medical School), Universidade Nova de Lisboa

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

3 Associação Portuguesa de Reiki (Núcleo de Lisboa)

4 Faculdade de Ciências Médicas (NOVA Medical School), Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.E, Hospital de Egas Moniz, Lisbon

**Background:** Fibromyalgia (FM) is a common health problem that causes widespread pain and tenderness for which patients frequently use complementary and alternative medicine, including Reiki. However, the evaluation of its efficacy is still scarce.

**Objective:** To evaluate and compare the symptomatic effect of Reiki and weekly phone calls, as complementary therapy, in patients with FM.

**Materials and methods:** We performed an unblinded randomized, placebo controlled 2-period crossover pilot study in 41 outpatients fulfilling the 2010 FM ACR classification criteria. Patients who had previously received and/or performed Reiki were excluded. Included patients were randomized to receive Reiki then phone calls (4 weeks each) or phone calls then Reiki with a wash out period of 2 weeks between the two treatments; total follow-up of 10 weeks. Reiki was performed by a trained and certificated professional and the phone calls by an experienced nurse. The primary

outcome was the FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire) score. The secondary outcomes were the physical and mental component scores of the SF-36 questionnaire and a well-being visual analogic scale (VAS). Baseline clinical, demographical and medication data were collected. No change in medication was allowed during the study. The statistical analysis was performed according to the two-stage model Grizzle; the Wilcoxon–Mann–Whitney test was used to assess for carryover effect and treatment effect and the one sample median test to compare outcomes between two different time points.

**Results:** The analysis was made using the per-protocol population. The losses of follow-up were high (68.3%). Complete data were available for only 13 patients, all female with a median age of 46 years (IQR 16 years) and median disease duration of 15 years (IQR 19 years). The majority of patients were married (69.23%), employed (62.26%) and with high education level (38.46%). A statistical significant improvement of FIQ score (52.9 vs 44.92,  $p=0.007$ ) and physical component of SF-36 (27.4 vs 34.2,  $p=0.03$ ) score were documented between baseline and week 10, regardless the treatment sequence. However, no significant difference, between Reiki and phone calls, for all the evaluated outcomes, was established.

**Conclusions:** Our study suggests that Reiki is not different then weekly phone calls in alleviating symptoms in fibromyalgia patients. However, the overall effect was positive, regardless of the treatment sequence, suggesting a benefit effect of both or one of the two interventions. However, the small sample size impairs definitive conclusions. Larger studies are warranted to establish the potential role of Reiki as complementary treatment in FM.

### **P88 – OSTEOARTHRITIS DIAGNOSTIC GAP: MOVING BEYOND CLASSICAL RISK FACTORS**

Simões, D.<sup>1</sup>, André, R.<sup>2</sup>, Carmona, L.<sup>3</sup>, Lucas, R.<sup>4</sup>

1. Institute of Public Health of the University of Porto, Portugal

2. Hospital Beatriz Ângelo, Loures, Portugal

3. Institute for Musculoskeletal Health, Madrid, Spain

4. Institute of Public Health of the University of Porto, Portugal & Department of Clinical Epidemiology, Predictive Medicine & Public Health, University of Porto Medical School, Portugal;

**Introduction:** Diagnosis of osteoarthritis (OA) relies on an evaluation of conventional risk factors in addition to disease-defining signs and symptoms. However, relying solely upon conventional risk factors may lead to underdiagnoses and treatment gaps. This investigation aimed to study the determinants of underdiagnoses in OA.

**Methods:** We used data from a community-based sample of adults (EPIPorto, 2005-2008). Subjects were inquired about history of medically-diagnosed OA of the knee, hip or hand (self-reported disease). Subsequently, each participant answered six questions about non-traumatic joint pain, in each anatomical site. These items were used to build a validated algorithm to select participants for evaluation by a rheumatologist. Evaluation comprised detailed clinical history, physical examination and radiographic evaluation. Individuals were classified according to the American College of Rheumatology clinical criteria for OA (clinically-diagnosed disease). From the original sample, 265 participants with knee OA, 101 participants with hip OA and 249 participants with hand OA were classified into one of the following groups: “accurately reported OA” when the clinician confirmed the presence of self-reported OA, “previously undiagnosed OA” when the clinician diagnosed OA and the participant was unaware of the disease, and “over-reported OA” when the participant reported a prior diagnosis but the clinical evaluation did not confirm it. We estimated the risk of misdiagnosis in each anatomical site for specific patient characteristics using multinomial logistic regression. We present odds ratios (OR) and their 95% confidence intervals (CI<sub>95%</sub>), adjusted for age, sex, education and body mass index (BMI).

**Results:** Among all participants clinically-diagnosed with knee, hip or hand OA in our study, 41.4%, 55.3% and 45.1% were unaware of the condition, respectively. As expected, these had less severe radiographic degenerative changes and complaints than those who accurately reported OA. In participants with clinical knee OA, previously undiagnosed subjects had lower BMI (AdjOR<25kg/m<sup>2</sup>=3.30, CI<sub>95%</sub>:1.29-8.45, reference: BMI≥30kg/m<sup>2</sup>) and younger age (AdjOR<70years= 1.89, CI<sub>95%</sub>:1.01-3.57, reference: age≥70years) than those previously diagnosed. In participants with clinical hip OA, previously undiagnosed subjects were more frequently male (AdjOR=11.11, CI<sub>95%</sub>:1.46-84.33) and had lower BMI than those previously diagnosed (AdjOR<25kg/m<sup>2</sup>= 29.53, CI<sub>95%</sub>:2.16-403.78 and AdjOR≥25&<30kg/m<sup>2</sup>=13.24, CI<sub>95%</sub>:2.41-72.80, reference: BMI≥30kg/m<sup>2</sup>)

and in participants with clinical hand OA, previously undiagnosed subjects were more frequently male (AdjOR=3.89, CI<sub>95%</sub>:1.41-10.68). Education, socioeconomic status and healthcare utilization did not predict underdiagnosis. Participants over-reporting OA were not significantly different from confirmed cases.

**Conclusions:** The determinants of underdiagnosis in OA escape the obvious. Even though other non-studied factors maybe at play, searching for less severe cases of patients without classical risk factors such as female sex, old age and obesity may narrow the diagnostic and treatment gaps.

### P89 – HEALTH CARE RESOURCE CONSUMPTION AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN KNEE OSTEOARTHRITIS – EPIREUMAPT SURVEY RESULTS

Sepriano, A\*<sup>1</sup>, Araújo, F\*<sup>2</sup>, Pimentel-Santos, F<sup>1</sup>, Nero, P<sup>3</sup>, Rodrigues, A<sup>4</sup>, Gouveia, N<sup>5</sup>, Mendonça, S<sup>6</sup>, Costa, LP<sup>7</sup>, Canhão, H<sup>8</sup>, Branco, JC<sup>9</sup>

1. Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
2. Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz; Institute of Microbiology, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
3. Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz
4. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital Santa Maria
5. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia
6. Sociedade Portuguesa de Reumatologia
7. Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa
8. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital Santa Maria
9. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz;

**Introduction:** Osteoarthritis (OA) is the most common form of arthropathy and is associated with negative outcomes such as increased disability and health care

resource consumption in developed countries. The aim of this study was to evaluate health status, quality of life and health care utilization of Portuguese patients diagnosed with knee OA.

**Methods:** EpiReumaPt is a national epidemiologic, cross-sectional study of rheumatic diseases (RD) in the Portuguese population. The primary objective of the study is to estimate the prevalence of the different RD in Portugal. A survey was randomly performed by trained interviewers at subjects' homes (selection by random route) and the recruitment began on September 2011 and was finished on December 2013. The survey included sociodemographic, socioeconomic, life style, health consumptions, and functional status and quality of life data. From 10661 interviewed subjects, we included self-reported physician-diagnosed knee OA and age matched healthy individuals ( $\geq 50$  years old). Our primary outcome was the number of out-patient clinic visits in the previous year, regardless of specialty, as a measure of health care resource consumption. Our secondary outcomes were the Health Assessment Questionnaire (HAQ) and the EuroQoL-5 dimensions survey (EQ-5D) scores as measures of HRQoL. A weighted analysis was performed. For continuous variables, differences between groups were assessed using independent samples t-test. Chi-square test was used for proportions. Multivariate linear regression was used to adjust for potential confounders.

**Results:** Out of the 6062 subjects with 50 years or more, we found 1407 (23.2%) patients reporting physician diagnosis of knee OA and 1091 (17.9%) healthy subjects. Overall, knee OA was the most frequently reported form of OA (57.2%). When compared to healthy subjects, knee OA patients were more frequently female, had a higher BMI, lower education level, employment and net monthly income, and were less likely to: smoke, drink alcohol or practice physical exercise ( $p < 0.001$  for all). In average, knee OA patients had approximately 3 more outpatient clinic visits as compared with healthy subjects in the previous year adjusting for gender, alcohol and tobacco consumption, BMI, working status, education level and net income per month ( $\beta = 3.38$ ; 95% CI [2.61; 4.15];  $p < 0.001$ ). Regarding HRQoL, knee OA patients had statistically significant higher HAQ and lower EQ-5D scores as compared to healthy subjects adjusting for gender, working status, net income per month, physical exercise, BMI, alcohol and tobacco consumption ( $p < 0.001$  for both).

**Conclusions:** Our study shows that Portuguese pa-

tients with physician-diagnosed knee OA have significantly higher health care resource consumption and worse function and HRQoL when compared to age-matched healthy subjects.

\*Both authors contributed equally to the present study.

## P90 – CHRONIC KIDNEY DISEASE ASSOCIATES WITH WORSE TRABECULAR MECHANICAL PERFORMANCE IN HIP OSTEOARTHRITIS PATIENTS INDEPENDENTLY OF BONE MINERAL DENSITY

Sepriano, A<sup>1</sup>, Gonçalves, MJ<sup>2</sup>, Rodrigues, A<sup>2</sup>, Lopes, A<sup>2</sup>, Caetano-Lopes, J<sup>2</sup>, Fonseca, JE<sup>2</sup>, Canhão, H<sup>2</sup>  
 1. Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa  
 2. Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Rheumatology Department, CHLN-Hospital Santa Maria, Lisbon.

**Background:** Previous studies have shown that high Bone Mineral Density (BMD) in patients with advanced hip osteoarthritis was not a protective factor for bone fragility. Although measures of bone mineral content are strongly correlated with bone mechanical performance, they do not fully explain the response of bone to mechanical stresses. Bone abnormalities are found in patients with Chronic Kidney Disease (CKD). Evaluating the effect of CKD on bone mechanical properties in patients with hip OA may shed some light into the complex pathways of joint pathology in these patients.

**Objective:** to assess the association between CKD and trabecular bone mechanical properties in patients with hip osteoarthritis.

**Materials and methods:** 37 Hip OA patients submitted to total hip replacement surgery were recruited. Clinical and demographical data were collected, a dual X-ray absorptiometry (DXA) was performed and fasting blood samples were collected at the time of surgery to assess creatinine and parathormone (PTH) serum levels. Previous creatinine levels were assessed to establish chronicity. Femoral epiphyses were collected and trabecular bone cylinders drilled in order to perform compression mechanical tests.

**Results:** Among the 37 hip OA patients 8 (21.6%) had CKD and 29 (78.4%) had normal renal function. There were no differences between groups regarding gen-

der, age, body mass index and T-score (-1.5 vs -2.1,  $p=0.305$ ). However, there were more smokers among patients with CKD as compared to those with normal renal function (50% vs 10.3%,  $p = 0.027$ ). As expected, patients with CKD had higher PTH levels as compared to those with normal renal function, however not reaching statistical significance (100.05 pg/mL vs 37.41 pg/mL,  $p=0.71$ ). The association between trabecular bone mechanical properties with CKD tested by univariable analysis in hip OA patients revealed to be statistical significant only for stiffness ( $\beta = -187.19$ ;  $p = 0.045$ ). Multivariate regression analysis using forward selection demonstrated that in hip OA patients CKD was negatively associated with strength ( $\beta = -12.02$ ;  $p = 0.038$ ), stiffness ( $\beta = -471.77$ ;  $p = 0.043$ ) but not with toughness ( $\beta = -0.03$ ;  $p = 0.192$ ) adjusting for age, gender, BMI, smoking status, and T-score. The inclusion of PTH serum levels on each model renders the association between CKD and trabecular bone mechanical properties not statistical significant.

**Conclusions:** Our work suggest that, in patients with advanced hip OA, CKD is an independent risk factor for poor trabecular bone mechanical properties and that this effect is independent of bone mineralization status.

### P91 – PROGRAMA DE EXERCÍCIO E/OU ORTÓTESE NA OSTEOARTROSE DA MÃO: QUAL A EVIDÊNCIA?

Zão, A<sup>1</sup>, Camelo, A<sup>1</sup>

1. Serviço de Fisioterapia, Centro Hospitalar do Porto;

**Introdução:** A osteoartrose da mão constitui uma das patologias articulares mais comuns, cuja prevalência está directamente relacionada com a idade. O tratamento, essencialmente sintomático, envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas, estando a cirurgia reservada para os casos mais graves. Intervenções educacionais e exercício são recomendados. Ortóteses, sobretudo na osteoartrose carpometacárpica, poderão prevenir e/ou corrigir subluxação e deformidade do polegar. Este estudo visa descrever e avaliar a eficácia de programas de exercício e/ou utilização de ortóteses na osteoartrose da mão.

**Material e métodos:** Revisão sistemática da literatura publicada até Janeiro de 2014 nas bases de dados Medline, EMBASE, AMED, Cochrane Library, Web of Science e Scopus. Avaliação dos tipos de ortóteses e programas de exercícios segundo as classificações e reco-

mendações actuais.

**Resultados:** Doze ensaios clínicos cumpriram os critérios de inclusão: três avaliaram o efeito do exercício, sete o efeito das ortóteses e dois a combinação de programa de exercícios com o uso de ortóteses. Os programas de exercício e os tipos de ortótese utilizados divergiram entre os diferentes estudos. Em dois ensaios clínicos randomizados, as ortóteses diminuíram a dor de forma estatisticamente significativa e o seu efeito persistiu a longo prazo. Estudos com maior risco de viés, sugeriram redução da dor e aumento das amplitudes articulares e da força com o exercício. Associando a utilização de ortóteses à prática de exercício, verificou-se redução da dor e da rigidez articular, com melhoria funcional.

**Conclusões:** As ortóteses diminuem a dor na osteoartrose da mão. O exercício, isoladamente ou associado ao uso de ortóteses, parece ser benéfico; contudo a evidência da sua eficácia é ainda insuficiente. As conclusões são limitadas pela variabilidade dos programas de exercícios entre os vários estudos e escassez de estudos com qualidade metodológica significativa.

### P92 – OSTEOARTROSE DO MEMBRO INFERIOR: EXERCÍCIO EM TERRA VERSUS AQUÁTICO NA MELHORIA CLÍNICA E FUNCIONAL

Zão, A<sup>1</sup>, Camelo, A<sup>1</sup>

1. Serviço de Fisioterapia, Centro Hospitalar do Porto;

**Introdução:** A osteoartrose cursa com importantes limitações da mobilidade e da funcionalidade. A água apresenta propriedades físicas singulares (efeitos térmicos, hidrostáticos e hidrodinâmicos). O exercício terapêutico, em terra ou aquático (hidrocinesiterapia), tem sido sugerido no tratamento da osteoartrose, contudo os seus efeitos benéficos têm sido escassamente comparados.

**Objectivos:** Avaliar e comparar o benefício do exercício em terra versus hidrocinesiterapia na melhoria clínica e funcional de doentes com osteoartrose do membro inferior.

**Material e métodos:** Revisão sistemática da literatura publicada até Janeiro de 2014 nas bases de dados Medline, EMBASE, AMED, Cochrane Library, Web of Science e Scopus. Meta-análise comparativa do efeito dos dois tipos de exercício em termos de mobilidade, marcha, equilíbrio e funcionalidade nos doentes com os-

teoartrose.

**Resultados:** Onze ensaios clínicos randomizados cumpriam os critérios de inclusão. Os estudos não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os benefícios do exercício em terra e em água. O tipo de exercícios foi variável entre estudos e, na maioria dos casos, a descrição não foi clara.

**Conclusões:** Tanto o exercício em terra como a hidrocinésiterapia parecem ser benéficos clínica e funcionalmente nos doentes com osteoartrose do membro inferior, apresentando eficácia semelhante. Os dados sugerem que, nos doentes com défice significativo da mobilidade e limitação na realização de exercícios em terra, o exercício aquático constitui uma alternativa viável. A variabilidade dos programas de exercícios prescritos entre os vários estudos e a qualidade metodológica dos mesmos limita a extrapolação dos dados.

### **P93 – EFETIVIDADE DA INTRODUÇÃO DO TREINO PROPRIOCEPTIVO, NO PROGRAMA DE EXERCÍCIOS NA OSTEOARTROSE DO JOELHO**

A. R. Carrasqueira<sup>1</sup>, J. C. Branco<sup>2</sup>,  
F. M. Pimentel-Santos<sup>2</sup>, M. Gomes da Silva<sup>1</sup>

1. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

2. Serviço de Reumatologia, CHLO; Hospital de Egas Moniz; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

**Introdução:** As doenças reumáticas representam um importante problema social e económico com impacto negativo ao nível da saúde pública. A osteoartrose (OA) do joelho com uma prevalência crescente na população idosa parece associar-se a um deficit proprioceptivo.

**Objetivo:** Investigar a efetividade da introdução do treino proprioceptivo, no programa de exercícios das atuais *guidelines* (Arthritis Foundation, 2009), com a duração de oito semanas, na amplitude articular, dor, e rigidez do joelho, e na função e qualidade de vida em utentes com OA do joelho.

**Materiais e Métodos:** Utilizou-se um estudo quasi-experimental, com duração de oito semanas, envolvendo duas amostras independentes de indivíduos com osteoartrose do joelho classe II-II de Kellgren-Lawrence de idade superior a 50 anos. Trata-se de um estudo controlado, sem aleatorização cuja amostra constituída por 42 sujeitos, foi selecionada por conveniência. Os sujeitos do grupo experimental (n=21) foram submeti-

dos ao programa de exercício das atuais *guidelines* (Arthritis Foundation, 2009), com introdução do treino proprioceptivo e os do grupo de controlo (n=21) foram submetidos a um programa de exercícios. Ambos os programas foram definidos de acordo com as recomendações da Arthritis Foundation (2009) para a prática de exercício físico em idosos com OA. Os dois grupos foram avaliados no início do programa e no final do mesmo, após oito semanas, nos seguintes parâmetros: amplitude articular do joelho (avaliado com goniómetro), dor, rigidez e função e qualidade de vida [avaliados através do Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)].

**Resultados:** A amostra foi constituída por 42 sujeitos de raça caucasiana, maioritariamente do género feminino (83,3%), com uma idade média de 72,1 anos (DP=7,23). Após as oito semanas de intervenção, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa nos vários parâmetros analisados nos dois grupos estudados. A introdução do treino proprioceptivo no programa de exercícios das atuais *guidelines* produz uma melhoria significativamente superior, face aos exercícios no solo, ao nível da amplitude articular do movimento de extensão do joelho ( $p < 0,05$ ), na função no desporto/lazer ( $p < 0,0001$ ) e na qualidade de vida dos doentes ( $p > 0,050$ ).

**Conclusões:** Os resultados obtidos parecem indicar que a realização de exercício físico produz um efeito positivo na sintomatologia, função e qualidade de vida dos doentes com osteoartrose do joelho. A introdução de treino proprioceptivo parece melhorar de forma adicional alguns dos resultados mais relevantes para os utentes com OA de acordo com a Arthritis Foundation, 2009: a amplitude em extensão e a função desporto/lazer., pelo que deve ser equacionada a sua introdução no plano de exercícios.

### **P94 – QUANTIFICAÇÃO DA INGESTÃO ALIMENTAR DE CÁLCIO E VITAMINA D: RELAÇÃO COM DR E COMPOSIÇÃO CORPORAL**

Cardoso, Alexandra<sup>1</sup>, Simão, Rita<sup>1</sup>, Vila, Iolanda<sup>1</sup>,  
Fernandes, Rita<sup>1</sup>, Ascenso, Carolina<sup>1</sup>, Borges, Joana<sup>1</sup>,  
Fernandes, Susana<sup>1</sup>, Barcelos, Filipe<sup>1</sup>,  
Cunha-Miranda, Luis<sup>1</sup>, Santos, Helena<sup>1</sup>,  
Simões, Eugénia<sup>1</sup>, Vaz-Patto, José<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia;

**Introdução:** O cálcio e a vitamina D são os nutrientes

essenciais para a saúde musculoesquelética. A sua ingestão diária deve ser assegurada pelas fontes alimentares da dieta, que facilmente infringe a dose diária recomendada (DDR) ou ingestão adequada (IA) consensual, de 1000 a 1300 mg de cálcio e 400-700 UI (10 a 20 µg de vitamina D, variável com o grupo etário). A quantificação destes nutrientes pode ser feita com recurso a *software* com aplicação directa, de forma rápida e simples<sup>1</sup>. Este estudo visou a quantificação da ingestão alimentar de cálcio e vitamina D numa amostra de doentes reumáticos (DR), com recurso a uma ferramenta validada na população portuguesa.

**Métodos:** Foi aplicado um questionário validado de frequência alimentar enquadrado em formato de *software* com base num modelo algorítmico, permitindo a quantificação da ingestão diária de cálcio (mg) e vitamina D (µg), com base em 9 itens alimentares e dependente das variáveis género, idade e IMC. Os dados foram recolhidos em doentes da consulta Reumatologia, incluíram a avaliação nutricional por bioimpedância segmentada [InBody720: IMC, massa gorda (MG), massa muscular, componentes de proteína e água, gordura visceral). A análise da ingestão de cálcio e vitamina D foi realizada para vários cut-offs, envolveu estatística descritiva, Qui-quadrado, teste de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação Spearman,  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Foram avaliados 239 doentes, com idade média de  $56.8 \pm 13.2$  anos, 90% do sexo feminino. A ingestão média de cálcio proveniente de fontes alimentares foi de  $1074 \pm 520$  mg diários, em mediana 962 mg [120-4510]. A ingestão média de vitamina D foi de  $4.7 \pm 2.7$  µg diários, em mediana 3 µg [1-20]. A ingestão de cálcio cumpria a DDR de 1000 mg/d em 47% dos doentes, enquanto que considerando o *cut-off* de 1300 mg/d, 28% atingiam a ingestão adequada; e para um *cut-off* de 600 mg/d, 86% enquadrava-se neste limite, logo 14% tinham uma ingestão inferior. A inges-

tão de vitamina D superior a 5 µg/d estava presente em 41% da amostra, 4% ingeria pelo menos 10 µg/d e apenas 2 doentes mais de 15 µg/d. Não se verificaram diferenças entre género, DR, classes de IMC ou MG (normal/excesso), para o consumo de cálcio ou vitamina D. Obtiveram-se correlações significativas entre a ingestão de cálcio e: vitamina D ( $r=0.16$ ,  $p=0.015$ ), IMC ( $r=-0.15$ ,  $p=0.017$ ), a MG ( $r=-0.14$ ,  $p=0.033$ ). Analisando por DR, os doentes com espondilartrites foram os que apresentaram aportes superiores e mais compatíveis com as DDR de cálcio, mas não de vitamina D.

**Conclusões:** Considerando a DDR mínima estabelecida de 1000 mg/d, 53% apresentava maior risco de baixa ingestão de cálcio, e destes, 14% era inferior a 600 mg/d. No entanto, dos 47% com teores superiores a 1000mg/d, 28% tinham uma IA superior a 1300mg/d. Relativamente à vitamina D, o risco de défice nutricional associado a níveis  $<5$  µg/d estava presente em 59%, e apenas 4% com aporte mínimo recomendado ( $>10$  µg ou 400 UI/d). O consumo de cálcio estava associado a valores inferiores de IMC, MG, , mas tal como a vitamina D, não se relacionaram com a idade, género, gordura corporal ou doença reumática.

#### REFERÊNCIAS

1. Osteoporos Int. 2009 Feb;20(2):231-7.

### P95 – TEREMOS TODOS DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D? DADOS DE UMA AVALIAÇÃO ALEATÓRIA DOS DOENTES SEGUIDOS NA CONSULTA DE REUMATOLOGIA

Pimpão, C<sup>1</sup>, Alexandre Oliveira, M<sup>2</sup>

1. USF “A Ribeirinha” - ULS Guarda
2. Centro Hospitalar da Cova da Beira, Covilhã;

**Introdução:** A Vitamina D desempenha um papel es-

**TABELA I.**

	Ingestão de cálcio			Ingestão de vitamina D		
	>600 mg/d	>1000 mg/d	>1300 mg/d	>5 µg/d	>10 µg/d (400UI)	>15 µg/d
AR (N=60)	88.3%	46.7%	23.3%	58.3%	6.7%	0%
OA (N=38)	84.2%	57.9%	44.7%	36.8	0%	0%
SpA (N=21)	95.2%	57.1%	42.9%	57.1%	9.5%	4.5%
LES (N=22)	72.7%	40.9%	13.6%	36.4%	0%	0%
SSP (N=18)	94.4%	50.0%	27.8%	22.2%	0%	0%
Total (N=239)	85.8%	46.9%	28.0%	41.0%	4.2%	0.8%

sencial no metabolismo fosfo-cálcico. A concentração sérica óptima de 25 hidroxivitamina D (25 (OH)D) é controversa. A maioria dos estudos estabelece como valor mínimo normal 30 ng/mL, subdividindo-se o défice em: Ligeiro ( $\geq 20$ - 30 ng/mL), Moderado ( $\geq 10$ -20 ng/mL) e Grave ( $< 10$  ng/mL). O défice evidente de Vitamina D, que se caracteriza por hipocalcémia, hipofosfatémia, raquitismo em crianças e osteomalácia em adultos, é actualmente raro na maioria dos países desenvolvidos. Contudo, o défice subclínico ocorre nos países desenvolvidos e está associado à osteoporose, aumento do risco de quedas e fracturas. A Vitamina D regula muitas outras funções celulares. O seu receptor (VDR) é universalmente expresso nas células nucleadas, pelo que o seu défice tem repercussões a nível “extra-esquelético”, nomeadamente na função muscular, no aparecimento de neoplasias e nos sistemas metabólico, imune e cardiovascular. Estudos observacionais em humanos sugerem uma associação entre o défice desta vitamina e uma função muscular pobre, depressão, doença de Alzheimer, Diabetes tipo I, Esclerose múltipla, doença inflamatória intestinal, cancro colorrectal e até propensão para infecções víricas. No entanto, a associação causa-efeito entre o défice de Vitamina D e o aparecimento destas doenças graves está ainda por estabelecer de forma clara.

**Material, Métodos e Resultados:** Foram aleatoriamente doseados os níveis séricos de 25(OH)D, a doentes seguidos na consulta de Reumatologia do CHCB, de Novembro de 2013 a Janeiro de 2014. Foram avaliados 74 doentes (79,7 % do sexo feminino; 20,3% do sexo masculino), com uma média de idades 62,6 anos. A distribuição por patologias foi: patologia osteoarticular degenerativa (33,8%); Artrite Reumatóide (29,7%); Espondilartrites e reumatismos abarticulares (9,5% cada); Osteoporose (8,1%); Lúpus Eritematoso Sistémico, Doença mista do tecido conjuntivo, Artrite temporal, Condrocálcinose, AIJ poliarticular, Dermatomiosite e Esclerodermia (1,4% cada). Sessenta e dois doentes (83,8%) tinham défice de Vitamina D ( $< 30$  ng/mL): ligeiro em 28 (45,1%), moderado em 23 (37%) e grave em 11 (17,9%). A média dos valores de 25(OH)D foi de 20,56 ng/mL nas mulheres e 22,57 ng/mL nos homens.

**Discussão e Conclusões:** O défice de Vitamina D nesta amostra de doentes foi surpreendentemente elevado. Em pelo menos 70% dos doentes com as patologias acima citadas a suplementação desta vitamina é reiterada de forma regular na consulta, o que levanta a suspeição da não ingestão destes suplementos. Mais estu-

dos são necessários para documentar os benefícios extra-esqueléticos da vitamina D, já que se os dados dos estudos observacionais se confirmarem os seus benefícios em termos de saúde global são inegáveis.

#### **P96 – BIDIRECTIONAL RELATIONSHIP BETWEEN LOW IMPACT FRACTURES AND HEART DISEASE - ANALYSIS UPON SELF-REPORTED DATA FROM EPIREUMA.PT**

Santos, MJ<sup>1</sup>, Carmona-Fernandes, D<sup>2</sup>, Rodrigues, A<sup>3</sup>, Gouveia, N<sup>4</sup>, Mendonça, S<sup>5</sup>, Costa, LP<sup>6</sup>, Canhão, H<sup>7</sup>, Branco, J<sup>8</sup>

1. Rheumatology, Hospital Garcia de Orta, Almada and Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa
2. Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa
3. Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa and EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia
4. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia
5. Sociedade Portuguesa de Reumatologia
6. Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa
7. Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa; EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia and Rheumatology, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria
8. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa and Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz

Epidemiologic studies have shown an association between cardiovascular (CV) disease and osteoporosis. Despite sharing some risk factors namely ageing, sedentarism and estrogen deficiency, available evidence suggests that an association independent of traditional risk factors exists.

**Aim:** To evaluate the relationship between self-reported low impact fractures and cardiac disease in a representative sample of the Portuguese population.

**Methods:** Cross-sectional evaluation of self-reported data from the national epidemiologic study EpiReuma.pt. Participants with available information on low impact fractures (Yes/No) and cardiac disease (Yes/No) were included. The association between fractures and

**TABLE I. MAIN CHARACTERISTICS OF THE STUDIED POPULATION**

	Fracture reported n=1114	No fracture n=7345	p-value
Women	58.5%	53.9%	0.014
Age (SD)	61.4±12.9	59.2±12.1	<0.0001
Caucasian	97.1%	97.6%	ns
IMC	27.5±4.7	27.2±4.7	ns
Current smoking	15.3%	16%	ns
Daily alcohol consumption	27.4%	30.2%	0.055
Alcohol ≥3units/day	8.2%	5.5%	ns
Glucocorticoids for >3months	2.7%	2.1%	0.035
Immobilization for >3months	13.5%	5.9%	<0.0001
Parental hip fracture	9.2%	7.6%	0.013
Regular exercise	31.4%	31.1%	ns
Rheumatic disease	41%	31.5%	<0.0001
Heart disease	19.2%	13.5%	<0.0001

cardiac disease was assessed using logistic regression analyses to adjust for traditional risk factors. All analyses were weighted to ensure the correctly representativeness of the population.

**Results:** Of the randomly selected 10,661 Epireuma.pt participants, 7,345 were eligible for analysis (Table 1). The reported prevalence of cardiac disease was 14.3% (95%CI 13.4% - 15.3%) and of low impact fractures was 14.4% (95%CI 13.5%-15.3%): 13.5% wrist, 6.3% spine, 4.2% hip and 81.7% other location. The crude OR of having heart disease among people with fractures was 1.515 (95% CI 1.251-1.835;  $p<0.0001$ ). After adjusting for CV risk factors (age, gender, hypertension, diabetes, elevated cholesterol, smoking and exercise) this association continue significant: adjOR 1.290 (95% CI 1.050-1.585;  $p=0.016$ ). Likewise, the association of low impact fractures and heart disease after correcting for major risk factors for fractures (gender, age, parental history of hip fracture, corticosteroids for more than 3 months, immobilization longer than 3 months and history of rheumatic disease) remain statistically significant: adjOR 1.238 (95% CI 1.009-1.518;  $p=0.04$ ). Analyses were repeated using a more stringent definition of fragility fracture (hip, spine and wrist fractures only) and no statistically significant association with reported heart disease could be depicted.

**Discussion and conclusions:** This study takes the advantage of evaluating a large sample representative of the Portuguese population, but has the limitations inherent to the use of self-reported information. It reveals a bidirectional association between low impact fractu-

res and cardiac disease, independent of traditional CV risk factors and of major risk factors for osteoporotic fractures, suggesting the existence of unrevealed common pathogenic mechanisms.

#### **P97 – DIFFERENCES OF BONE WNT REGULATORS EXPRESSION BETWEEN FRAGILITY FRACTURES AND OSTEOARTHRITIS PATIENTS**

Rodrigues, AM<sup>1</sup>, Caetano-Lopes, J<sup>1</sup>, Oliveira, V<sup>1</sup>, Vidal, B<sup>1</sup>, Gonçalves, MJ<sup>2</sup>, Sepriano, A<sup>3</sup>, Sarmiento, M<sup>†</sup>, Monteiro, J<sup>5</sup>, Fonseca, JE<sup>2</sup>, Canhão, H<sup>2</sup>

1. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular
2. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular e Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte
3. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular e Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
4. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular e Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar Lisboa Norte
5. Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar Lisboa Norte

**Introduction:** The importance of Wnt signaling, a crucial pathway for osteoblast differentiation and a master bone mass regulator as been recently highlighted. With



this study, we aim to compare bone expression of Wnt regulators between fragility fracture and osteoarthritis patients.

**Methods:** Patients submitted to total hip replacement surgery either due to a fragility fracture or to osteoarthritis, at the Orthopedics department of Hospital de Santa Maria, were recruited. Clinical risk factors (CRFS) for osteoporotic fractures were collected. RNA was extracted from a small trabecular bone sample and analyzed by quantitative real-time protein chain reaction (RT-PCR). Immunohistochemistry analysis for DKK1 and SOST was also performed.

**Results:** 118 patients submitted to total hip replacement surgery, 55 due to fragility fracture, were evaluated. Fragility fracture patients were predominantly women (84% vs 49%,  $p < 0.001$ ), significantly older ( $80 \pm 7$  vs  $68 \pm 12$ ,  $p < 0.001$ ) and had significantly more previous fragility fractures than the osteoarthritis group (33% vs 5%,  $p < 0.001$ ). Univariate analysis showed that RANKL/OPG ratio, a marker of osteoclastogenesis, was significantly higher in the fragility fracture group ( $p < 0.001$ ). On the other hand osteocalcin expression, a marker of osteoblast maturation was significantly lower in fragility fracture group ( $p < 0.001$ ). Regarding Wnt regulators, WNT 10b ( $\beta = -0,398$ ,  $p < 0.001$ ) and DKK1 ( $\beta = -0,387$ ,  $p < 0.001$ ) expression was significantly higher in osteoarthritis group even after adjusting for age and gender. In multivariate analysis SOST ( $\beta = 0.236$ ,  $p = 0.0411$ ) was significantly higher in the fragility fracture group. Semi-quantitative analysis of immunohistochemistry results for DKK1 revealed a significantly higher staining scores ( $p = 0.04$ ) in the osteoarthritis group.

**Conclusion:** In fragility fracture patients, bone SOST expression is upregulated. In osteoarthritis patients, DKK1 gene expression and protein staining is significantly higher than in fragility fractures. These results improve the knowledge of WNT disturbances in these two diseases and can be of help to identify new treatment targets.

#### P98 – CLINICAL SCREENING TOOLS TO IDENTIFY MEN WITH LOW BONE MASS: A SYSTEMATIC REVIEW

Vieira, R<sup>1</sup>, Araújo, F<sup>2</sup>, Costa, L<sup>3</sup>, Lopes, C<sup>4</sup>, Lucas, R<sup>4</sup>  
 1 São João Hospital Centre, Dr. Nélito Mendonça Hospital, University of Porto Medical School, Institute of Public Health of the University of Porto

2. University of Porto Medical School, Institute of Public Health of the University of Porto

3. São João Hospital Centre

4. University of Porto Medical School, Institute of Public Health of the University of Porto

**Background:** Low bone mineral density (BMD) is a strong determinant of fracture which occurrence is related to increased mortality, mainly in men<sup>1</sup>. Several clinical decision rules have been developed to identify men with higher probability of low BMD, trying to create an efficient process of referring patients to dual-energy Xx-ray absorptiometry (DXA) evaluation<sup>2</sup>. However, clinicians tend to avoid these rules because the lack of consensus regarding their accuracy among men.

**Objectives:** To identify and assess the accuracy of published clinical screening tools designed to identify men with low BMD.

**Methods:** We systematically searched Medline through August 2013 for any study describing the validation of instruments for low bone mass prediction in men and we hand searched reference lists of included articles. Data was extracted on participants' characteristics, DXA features and tools properties in terms of risk factors considered in the predictive models and their discriminatory performance (area under the ROC curve, sensitivity, specificity). Methodological quality of studies was assessed using a modified QUADAS checklist.

**Results:** A total of 1484 citations were initially identified and 22 articles were included in our analysis. Fourteen different screening tools have been identified: 5 guidelines proposed by health entities, 7 newly instruments developed specifically for men and 2 tools initially created for women and then validated in men. Only 3 of the 14 identified tools were validated more than once – OST, OSTA and MORES. When predicting a femoral neck T-score  $< -2.5$ , with different tools cut-offs tested, OST had an AUC ranging between 0.740-0.990, sensitivity 6-100% and specificity 51-94%; AUC of OSTA ranged between 0.848-0.850, sensitivity and specificity between 83-91% and 66-67%, respectively; and MORES presented similar psychometric characteristics (ranges: AUC, 0.820-0.842; sensitivity, 80-95%; specificity, 61-70%). None of the cut-offs tested for each tool score was evidently more accurate than the alternatives. Moreover, there was high heterogeneity across studies regarding source populations, age distribution, ethnic background, low BMD diagnostic criteria and DXA equipment contributing to the different ability of tools in correctly identify low BMD. A

global moderate quality of reports was observed with a mean of 10.8 items (range: 8-15) in 19 possible modified QUADAS items.

**Conclusions:** Only OST, OSTA and MORES were validated in more than one sample. The tools had acceptable predictive capacity and performed similarly in terms of overall accuracy but no clear cut-offs to predict low BDM, for any score, emerged from our analysis. OST and MORES, for their simplicity, accuracy and replication, seem to be more adequate for routine clinical practice use.

#### REFERENCES

1. Kannegaard, P.N., et al., Excess mortality in men compared with women following a hip fracture. National analysis of comorbidities, comorbidity and survival. *Age Ageing*, 2010. 39(2): p.203-9.
2. Schwartz, E.N. and D.M. Steinberg, Prescreening tools to determine who needs DXA. *Curr Osteoporos Rep*, 2006. 4(4): p.148-52.

### P99 – ATYPICAL DIAPHYSEAL FEMORAL FRACTURE ASSOCIATED WITH LONG-TERM BIPHOSPHONATE THERAPY: A CLINICAL CASE REPORT

Ponte, C\*<sup>1</sup>, Teixeira, J\*<sup>2</sup>, Santos, A<sup>2</sup>, Brito, J<sup>2</sup>, Almeida, P<sup>2</sup>, Padín, J<sup>2</sup>, Beltran, M<sup>2</sup>, Romeu, JC<sup>3</sup>, Monteiro, J<sup>2</sup>

1. Rheumatology Department, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisbon; Rheumatology Research Unit - Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisbon
2. Orthopaedics Department, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisbon
3. Rheumatology Department, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisbon

\* These authors contributed equally to the work

**Introduction:** Bisphosphonates (BP) are the most commonly prescribed medication for the treatment of osteoporosis (OP), and their efficacy in reducing fracture risk has been amply demonstrated<sup>1</sup>. In general they have an excellent safety profile, however recent case reports and series have identified a subgroup of atypical femoral fractures (AFFs) associated with BP use<sup>2</sup>. These fractures occur mainly on the subtrochanteric and diaphyseal femoral shaft, with minimal or no causative trauma<sup>3</sup>, and have a low incidence rate, ranging from 32 to 500 cases per million person-years. Longer du-

ration of treatment results in augmented risk<sup>4</sup>.

**Case Report:** This case refers to a 67 years-old Caucasian woman, with a background history of postmenopausal OP diagnosed at the age of 45 and under BP treatment (alendronate) since she was approximately 50 years-old. She presented to the emergency department with nearly 1-year history of mild pain over the right femur, worse when walking, which became severe after tripping on a very uneven sidewalk and falling slowly on her left side. Radiographs showed a transverse diaphyseal right femoral fracture with thickening of the lateral cortex, for which she was treated surgically with closed reduction and antrograde intramedullary nailing. During admission the thyroid function and serum calcium, phosphate, parathyroid, and 25-hydroxy vitamin D levels were measured and were within the normal range. She denied smoking habits, alcohol intake, use of corticosteroids or any other common risk factor for OP. Pre-treatment bone mineral density (BMD) was not available, but a dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) performed at the age of 61 showed a T-score of -0,5 at the femoral neck and -1,9 at the lumbar spine. The patient was discharged with calcium and vitamin D3 supplementation and a rehabilitation program after fracture. Alendronate treatment was discontinued and because of the drug's long half-life in the bone, the patient was warned about possible continuing fracture risk. A 6-month follow-up including measurements of serum vitamin D3, bone turnover markers, and BMD by DEXA was planned.

**Discussion and conclusions:** Regarding AFFs there is no rationale to withhold BP therapy from patients with OP. Benefits to prevent common OP-related fractures exceeds any small risks associated with rare AFFs. However, continued use of BP therapy beyond a treatment period of 3 to 5 years should be re-evaluated, and stopping BP (at least temporarily) should be considered in those patients who are reassessed to be at low or low-moderate risk of OP fractures (T-score > -2.0, no incident fractures, and no other major risk factors). Moreover, in patients who have been on long-term BP, physicians should specifically solicit information about thigh and groin pain<sup>5</sup>. The authors draw attention to a case of AFF after long-term BP intake (over 10 years), which might have been avoided if closer follow-up on the OP treatment was made with awareness for this rare, but serious BP adverse event.

#### REFERENCES

1. Bissonnette L, April PM, Dumais R, Boire G, Roux S. Atypical fracture of the tibial diaphysis associated with bisphosphonate

- therapy: a case report. *Bone*. 2013;56:406-9
- Shane E, Burr D, Abrahamsen B, et al. Atypical subtrochanteric and diaphyseal femoral fractures: second report of a task force of the american society for bone and mineral research. *J Bone Miner Res*. 2014;29:1-23
  - Flores Santos F, Pinheiro da Silva J, Felicíssimo P. Fraturas Atípicas do Fémur Associadas a Terapêutica Prolongada com Bisfosfonatos. *Acta Med Port* 2013;26:746-50
  - Meier RP, Perneger TV, Stern R, et al. Increasing occurrence of atypical femoral fractures associated with bisphosphonate use. *Arch Intern Med* 2012;172:930-6
  - Nieves JW, Cosman F. Atypical subtrochanteric and femoral shaft fractures and possible association with bisphosphonates. *Curr Osteoporos Rep*. 2010;8:34-9.

### P100 – EARLY CHANGES IN BONE MARKERS PREDICT RESPONSE TO TERIPARATIDE IN AN OSTEOPOROTIC PORTUGUESE POPULATION

Fonseca, R<sup>1</sup>, Abelha-Aleixo, J<sup>1</sup>, Rosa-Gonçalves, D<sup>1</sup>, Aguiar, F<sup>1</sup>, Vieira, R<sup>1</sup>, Madureira, P<sup>1</sup>, Bernardo, A<sup>1</sup>, Terroso, G<sup>1</sup>, Bernardes, M<sup>1</sup>, Costa, L<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar de São João

**Background:** Short-term changes in biochemical markers of bone turnover have been suggested as predictors of long-term response in bone mass density (BMD) during teriparatide treatment. However, few data are available, particularly regarding increases in hip BMD.

**Objectives:** The aim of this study was to examine whether early changes in biochemical markers of bone turnover predict long-term changes of BMD in patients treated with teriparatide.

**Methods:** Retrospective observational study of 63 patients treated with teriparatide in our Hospital was performed. BMD values at baseline and after treatment were obtained with a LUNAR Expert 1320 R.  $\beta$ -C-telopeptide of collagen 1 crosslinks ( $\beta$ -CTX1), osteocalcin (OC), and 25 (OH) vitamin D3 were measured at baseline, 3 and at the end of treatment. The association between baseline and 3 months markers levels and BMD changes at the end of treatment was evaluated using Spearman correlation analysis (SPSS 21.0).

**Results:** Sixty three patients were evaluated. 92,1% (58) were female and the mean age was 67,65  $\pm$ 8,8 years. 60,3% (38) had glucocorticoid-induced osteoporosis and/or secondary to chronic inflammatory diseases. After treatment median DMD changes were: 0,088 g/cm<sup>2</sup> in lumbar spine (gain of 10,65%), 0,024 g/cm<sup>2</sup> in femoral neck (gain of 4,16%), 0,03g/cm<sup>2</sup> in wards triangle (gain of 7,7%) and 0,011g/cm<sup>2</sup> in total

hip (gain of 1,1%). At 3 months, concentrations of bone formation markers increased promptly. The median increases were: OC 27,4 [-26,5; 93,5],  $\beta$ -CTX1 0,21 [-0,3; 1,27], vitamin D3 4 [-16; 93]. At baseline,  $\beta$ -CTX1 and OC levels correlated positively with the variation of BMD in lumbar spine after treatment ( $r=0,452$ ;  $p=0,01$  and  $r=0,305$ ;  $p=0,04$ , respectively). Baseline OC levels also correlated significantly with BMD variation in femoral neck ( $r=0,524$ ;  $p<0,01$ ), wards triangle ( $r=0,442$ ;  $p=0,02$ ) and total hip ( $r=0,364$ ;  $p=0,01$ ). Statistically significant correlation was found between  $\beta$ -CTX1 level at 3 months and BMD variation in femoral neck ( $r=0,389$ ;  $p=0,01$ ) and wards triangle ( $r=0,402$ ;  $p=0,03$ ). 3 months OC levels correlated significantly with femoral neck DMO variation ( $r=0,517$ ;  $p<0,01$ ) and wards triangle DMO variation ( $r=0,501$ ;  $p<0,01$ ). OC variation was associated with lumbar spine BMD increase after treatment ( $r=0,405$ ;  $p<0,05$ ). No association was found between alkaline phosphatase and 25 (OH) vitamin D3 values at baseline and 3 months and BMD changes.

**Conclusions:** In our study, we found an association between bone turnover markers levels at baseline final changes in BMD at the lumbar spine and total hip. Thus, patients with higher bone turnover at baseline were likely to have larger increase in BMD. We also found an association between changes in bone markers at 3 months and final BMD changes. We conclude that the early measurement of bone turnover markers may be a useful tool to predict BMD response to this anabolic therapy.

### P101 – TERAPÊUTICA COM TERIPARATIDA NUMA CONSULTA DE DOENÇAS ÓSSEAS METABÓLICAS

Romão, VC<sup>1</sup>, Gonçalves, MJ<sup>1</sup>, Fernandes, S<sup>1</sup>, Furtado, C<sup>1</sup>, Barros, R<sup>1</sup>, Romeu, JC<sup>1</sup>, Pereira da Silva, JA<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital Santa Maria - CHLN, Lisboa

**Introdução:** A teriparatida (TPTD) é a recombinante humana do péptido 1-34 da hormona paratiroideia usado no tratamento da osteoporose (OP) grave. Devido à sua acção anabólica é uma opção terapêutica a considerar nos casos de elevado risco fracturário e/ou OP estabelecida. O papel dos biomarcadores de remodelação óssea (BRO) na prática clínica não está ainda definido.

**Material e Métodos:** Analisámos retrospectivamente os casos de OP tratada com TPTD seguidos na consulta de Doenças Ósseas Metabólicas do Hospital de Santa Maria e revimos a evolução dos valores dos BRO durante e após o tratamento.

**Resultados:** 40 doentes iniciaram terapêutica com TPTD de 2004 a 2013, 39 dos quais do sexo feminino, média de idades de  $69.8 \pm 10.1$  anos (44 a 83). 38.2% das mulheres apresentavam história de menopausa precoce, 43.2% dos doentes eram sedentários, 23.8% fumadores/ex-fumadores, 7 (22.6%) tinham história familiar de fractura do colo femoral (CF) e 8 doentes (25%) tinham quedas frequentes. Em 14 doentes (35%) havia história de pelo menos uma fractura não-vertebral (incluindo 3 fracturas diafisárias do fémur) e 35 (87.5%) apresentavam fracturas vertebrais sintomáticas ( $>1$  em 26 casos, 65%), com uma mediana (intervalo interquartil) de 2.5 vértebras fracturadas (1.0-4.5). 65.2% dos doentes reportavam perda de altura. 10, 2 e 4 doentes apresentavam doença inflamatória reumática, intestinal e pulmonar, respectivamente, sendo que 40% de todos os doentes tinha exposição prévia significativa a corticosteróides (8 dos quais em altas doses). O diagnóstico de OP secundária predominava (66.7%), 82.5% dos doentes tinham sido tratados previamente com bisfosfonatos (BFN) durante  $2.9 \pm 2.5$  anos, 20% tinham recebido calcitonina e 80% cumpria suplementação com cálcio e vitamina D. A mediana dos *scores-T* basais do CF, fémur proximal total (FPT) e coluna lombar (CL) foi, respectivamente, -3.2 (-3.9, -2.6), -2.5 (-3.2, -1.9) e -2.7 (-3.6, 1.9). 20 doentes (50%) concluíram o ciclo de terapêutica (mediana 18 meses, 18-18.5), 9 encontram-se ainda sob tratamento e 11 (27.5%) interromperam: 4 por intolerância, 2 por aparecimento de contra-indicação e 5 por abandono da consulta. Durante o período de exposição a TPTD registou-se 1 evento fracturário (2.5%). Num período médio de  $2.7 \pm 1.4$  anos, a mediana da variação da densidade mineral óssea (DMO) foi de +8.1% (5.3-13.7), +4.0% (1.1-12.2) e +11.4% (7.6-17.3) para o CF, FPT e CL, respectivamente. Considerando os doentes que cumpriram a TPTD na totalidade, a variação da DMO em  $2.9 \pm 1.4$  anos foi de +6.8% (3.6-13.7), +4.6% (3.0-12.5) e +12.3% (8.1-22.5). Dos 19 doentes com dados disponíveis, 18 iniciaram outra terapêutica após a TPTD com mediana de 6.5 meses (1.3-18), 9 dos quais zoledronato, 5 ranelato de estrôncio e 4 um BFN oral; 1 doente terminou a TPTD por intolerância há 1 mês e ainda não iniciou outra terapêutica. O metabolismo fosfo-cálcico e os BRO apresentavam valores ba-

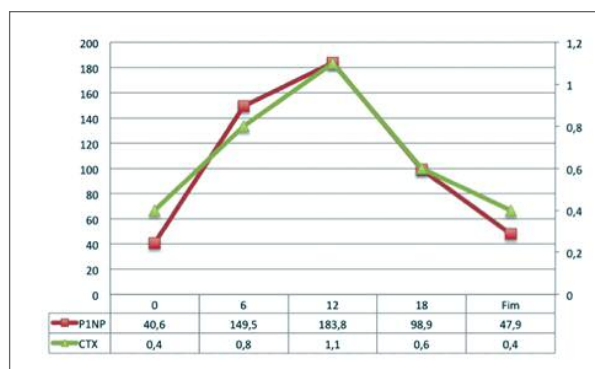


FIGURA 1.

sais globalmente dentro da normalidade. Os BRO apresentaram um aumento progressivo até ao pico aos 12 meses, regressando a valores semelhantes aos iniciais após a suspensão da terapêutica (Figura 1).

**Conclusões:** Nesta série de doentes com OP com elevado risco fracturário, na maioria dos casos OP estabelecida e secundária, a TPTD constituiu uma terapêutica eficaz sobre o efeito na massa óssea. Apenas 1 novo evento fracturário foi detectado e 10% dos doentes interromperam a terapêutica por intolerância. Os BFN, com preferência pelo zoledronato, foram os fármacos mais utilizados sequencialmente após o ciclo terapêutico com TPTD. Os BRO podem constituir uma forma de monitorizar a adesão à terapêutica, pelo seu aumento característico com o início do tratamento e normalização com a interrupção do mesmo.

## P102 – TERIPARATIDA – MAIOR EFICÁCIA NA OSTEOPOROSE PRIMÁRIA E EM T-SCORES MAIS BAIXOS

Abelha-Aleixo, J.<sup>1</sup>, Fonseca, R.<sup>1</sup>, Gonçalves, D.<sup>1</sup>, Terroso, G.<sup>1</sup>, Madureira, P.<sup>1</sup>, Bernardo, A.<sup>1</sup>, Bernardes, M.<sup>1</sup>, Costa, L.<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina do Porto
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** A teriparatida é um agente anabólico, que já demonstrou promover o aumento de densidade mineral óssea (DMO) e a redução do risco de fractura. Apesar do seu mecanismo exclusivo, existem ainda poucas revisões no que respeita às diferenças de eficácia de tratamento nos diferentes tipos de osteoporose.

**Objetivos:** Avaliar se há diferenças tanto nos marcadores de remodelação óssea (MRO) como nas variações de DMO em pacientes sob teriparatide, na osteoporose primária (OP1) e secundária (OP2) (induzida por glucocorticóides e/ou secundária a doença inflamatória crónica), e entre as várias indicações iniciais de tratamento.

**Métodos:** Todos os pacientes sob teriparatida para tratamento de osteoporose do centro hospitalar foram retrospectivamente avaliados. As indicações para o tratamento foram divididas em : T-score lombar  $\leq -4$  (13 doentes) ;T-score lombar  $\leq$  T-score  $-3$  e presença de fraturas vertebrais radiográficas (32 doentes), e outros (18 doentes). Foi avaliada a DMO basal e aos 18 meses, obtidas por DEXA com um aparelho LUNAR 1320. Os MRO registado no início do estudo, aos 3 e 18 meses foram:  $\beta$ -crosslaps, osteocalcina, fosfatase alcalina e 25(OH) vitamina D3. Foram calculadas as variações entre o valor final e basal para a DMO e MRO, e foram testados de acordo com a presença de OP1 ou OP2, e as diferentes indicações para tratamento, por meio de testes não paramétricos (SPSS 21,0 para análise estatística dos dados).

**Resultados:** Sessenta e três pacientes foram avaliados (58 mulheres), 25 (39,7 %) com OP1 e 38 (60,3 %) com OP2. Comparando com a OP2, a OP1 mostrou uma associação estatisticamente significativa ( $p < 0,050$ ), com maiores ganhos de DMO no triângulo de Wards (5,5 % vs 1,3 %), fémur total (3,5 % vs 0,3 %) e da coluna lombar (21,65 % vs 9,9 %). Não houve diferenças em relação aos MRO. No que concerne às várias indicações de tratamento, não houve diferenças em termos de MRO. Relativamente às variações de DMO, o grupo com T-score lombar  $< -4$  foi o único que mostrou maiores ganhos na massa óssea relativamente aos restantes (22,8 % vs 8,9 %).

**Conclusões:** A OP1 parece ter resposta melhor do que OP2 ao tratamento com teriparatida em termos de ganhos de DMO no fémur total, triângulo de Wards e coluna lombar.

A indicação de tratamento não parece influenciar os resultados, tanto em termos de DMO como de MRO, exceptuando os pacientes com T-score lombar  $< -4$ , que apresentaram maiores ganhos na DMO da coluna lombar

### P103 – PERFIL DE SEGURANÇA E EFECTIVIDADE DA TERIPARATIDA – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UMA POPULAÇÃO PORTUGUESA COM OSTEOPOROSE

Rosa Gonçalves, Diana<sup>1</sup>, Fonseca, Rita<sup>2</sup>,

Abelha, Joana<sup>2</sup>, Madureira, Pedro<sup>2</sup>, Vieira, Romana<sup>2</sup>, Terroso, Georgina<sup>2</sup>, Bernardes, Miguel<sup>2</sup>, Costa, Lúcia<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** O tratamento farmacológico da osteoporose deve envolver uma avaliação de risco/benefício de forma a diminuirmos o risco de fractura sem aumentarmos a incidência de efeitos adversos.

**Objectivo:** O objectivo deste estudo foi avaliar a segurança e a efectividade da teriparatida numa coorte portuguesa com osteoporose.

**Material e métodos:** Todos os pacientes com osteoporose tratados com teriparatida no nosso centro foram analisados retrospectivamente. A colheita de dados foi feita através dos registos hospitalares. A densidade mineral óssea (DMO) na coluna lombar (CL), fémur total (FT) e colo do fémur (CF) foi medida no início e aos 18 meses. Os marcadores de remodelação óssea, o cálcio total e ionizado, fósforo, 25 (OH) vitamina D3, PTHi, calciúria e clearance de creatinina foram medidos no início do estudo, 3 e 18 meses.

**Resultados:** 63 pacientes foram avaliados, 92,1 % eram mulheres. A média de idade no início do tratamento foi de 68 anos (DP 8.82). Na nossa amostra, 39.7 % tinham osteoporose primária, enquanto 60.3% tinham osteoporose induzida por corticosteróides ou secundária a doenças inflamatórias crónicas. Em relação às indicações para o tratamento com teriparatida, 50.8 % dos pacientes apresentaram score T  $< -3$  e fracturas, 20.6 % tiveram score T  $< -4$  e os restantes tinham falhado ou foram intolerantes aos bifosfonatos. Sete pacientes tinham história de fractura de insuficiência da bacia. No início do estudo, a mediana de DMO no CF, FT e CL foi 0.663, 0.739 e 0.784, respectivamente. A mediana do score T foi -2.32, -2.15 e -3,1, respectivamente. A variação média durante os 18 meses na DMO na CL foi 0.088, no CF 0.024 e no FT 0.011. Encontramos uma diferença estatisticamente significativa na DMO final e inicial para as três regiões ( $p < 0.001$ ,  $p = 0.005$ ,  $p = 0.022$ , respectivamente). Houve um pequeno, mas estatisticamente significativo, aumento no cálcio sérico total aos 18 meses ( $p = 0,016$ ), não acompanhado de aumento no cálcio ionizado. Aos 3 meses notamos um aumento na calciúria e uma subida modesta de fosfatemia, que retornou aos níveis basais aos 18 meses. Quanto à 25 (OH) vitamina D3, apenas uma ligeira melhoria foi notada (22.6 para 23.5ng/mL), em-

bora todos os pacientes estivessem sob suplementação de cálcio e colecalciferol. A mediana dos níveis de PTH passou de 40.8 para 39.9pg/mL após 18 meses de tratamento. Em geral, a terapêutica com teriparatida foi associada com um aumento rápido da osteocalcina e aumento mais moderado em  $\beta$  - CTx. Em contraste, a concentração sérica de fosfatase alcalina específica do osso não aumentou gradualmente. A média de clearance de creatinina passou de 84.7 para 75.08mL/min. **Conclusão:** Após 18 meses de tratamento com teriparatida, verificou-se um aumento na DMO e na osteocalcina. A teriparatida demonstrou ser um fármaco seguro, principalmente no que diz respeito às variações de cálcio e riscos inerentes a essas variações. Tendo em conta as alterações encontradas nos níveis de 25 (OH) vitamina D3, é importante lembrar que durante a terapêutica com o teriparatida a suplementação com colecalciferol deve ser adaptada às necessidades individuais.

#### P104 – EPIREUMAPT – THE END OF RECRUITMENT

Gouveia, N<sup>1</sup>, Mourão, AF<sup>2</sup>, Silva, I<sup>3</sup>, Machado, P<sup>4</sup>, Laires, PA<sup>5</sup>, Ramiro, S<sup>6</sup>, Canhão, H<sup>7</sup>, Branco, JC<sup>8</sup>

1. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia
2. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz, Lisboa; Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
3. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE / Hospital Egas Moniz, Lisboa
4. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal
5. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia
6. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta; Amsterdam Rheumatology Center, Amsterdam, The Netherlands
7. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Instituto de Medicina Molecular da

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital Santa Maria

8. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisbon; Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz

**Background:** In Portugal, data on prevalence and impact of Rheumatic Diseases (RDs) is scarce. EpiReumaPt is a national epidemiologic, cross-sectional study of RDs in the Portuguese population. The primary objective of the study is to estimate the prevalence of the different RDs in Portugal.

**Methodology:** EpiReumaPt involves a two-stage approach. The first is a survey randomly performed by trained interviewers at subjects' homes (selection by random route). After that a clinical observation was performed by a Rheumatologist to the individuals with rheumatic complaints, in order to confirm (or not) the RD diagnosis using a blinded methodology and to apply specific and validated questionnaires in case of a diagnosis of a RD. 20% of individuals with no rheumatic complaints were also invited. RD diagnosis were performed according to international diagnostic criteria: knee osteoarthritis (OA), hip OA, hand OA, rheumatoid arthritis, fibromyalgia, lupus and gout - ACR diagnostic criteria; spondyloarthritis – ASAS criteria; polymyalgia – Bird et. al. criteria; periarticular disease – clinical data; osteoporosis – SPR and OMS criteria. Low back pain was defined by self-report.

**Results:** The recruitment began on 19th of September 2011 and was finished on 20th of December 2013. In total, 10.661 participants were recruited by 194 interviewers in 366 cities of Portugal (mainland, Azores and Madeira Islands). After the interview, 3886 subjects were observed by 95 Rheumatologists in 255 Primary Care Centers of their neighborhood. The majority of participants who were observed by a Rheumatologist accepted to integrate the biobank (n=3633) and to integrate de cohort studies (n=3700). Other investigations were performed: 3342 dual energy x-ray absorptiometry bone densitometries (PIXI), 2232 ankle BMA, 2427 wrist BMA, 1280 lumbar x-rays, 440 knee x-rays, 942 blood tests. Of all participants, 196 were referred to a Rheumatology Center and 595 cases were referred to the assistant physician. Socio-demographic, socioeconomic, life style, health consumptions, functional status, quality of life and clinical data analysis will be performed in the next months

and preliminary results will be published soon.

**Conclusion:** EpiReumaPt represents a unique setting for important research in rheumatology over the next years, both at national and international levels.

### P105 – AUTO-INFLAMMATORY DISEASES REGISTER - DATA FROM THE NEWEST REUMA.PT PROTOCOL

Oliveira Ramos, F<sup>1</sup>, Conde, M<sup>2</sup>, Martins, FM<sup>3</sup>, Marques, JG<sup>4</sup>, Esteves, I<sup>4</sup>, Sousa, AB<sup>5</sup>, Miltenberger-Miltenyi, G<sup>6</sup>, Henriques, C<sup>2</sup>, Farela Neves, J<sup>7</sup>, Cordeiro-Ferreira, G<sup>7</sup>, Pereira da Silva, JA<sup>1</sup>, Fonseca, JE<sup>8</sup>, Canhao, H<sup>8</sup>

1. Rheumatology Department, Hospital de Santa Maria - CHLN, Lisbon Academic Medical Centre
2. Pediatric Rheumatology Unit Hospital Dona Estefania, Lisbon
3. Sociedade Portuguesa de Reumatologia
4. Pediatric Department, Hospital Santa Maria, CHLN, Lisbon
5. Medical Genetics, Hospital. Santa Maria, CHLN, Lisbon
6. Genomed, Instituto de Medicina Molecular, Lisbon
7. Pediatric Department, Hospital Dona Estefania, Lisbon
8. Rheumatology Department Hospital Santa Maria - CHLN, Rheumatology Research Unit, Instituto de Medicina Molecular, Lisbon Academic Medical Centre

**Background:** Auto-inflammatory diseases (AIDs) are a newly understood group of conditions with expanding phenotypes and genetic markers. However, many AIDs are extremely rare and genotype-phenotype correlations, disease course, response to treatment and outcomes are difficult to characterize. Multicentre AIDs registries enable a better understanding of clinical features and outcomes of such diseases and are a valuable tool for clinical and translational research in this field.

**Objectives:** To assess clinical and genetic features of auto-inflammatory diseases registered at Reuma.pt AIDs protocol.

**Methods:** Since September 2013 Rheumatic Diseases Portuguese Register, Reuma.pt, has a build-in protocol specifically developed for AIDs. Inclusion criteria in this protocol are monogenic AIDs or clinically confirmed AID with unknown genetic background. Monogenic AIDs includes familial mediterranean fever (FMF), mevalonate kinase deficiency (MKD), TNF receptor 1-associated periodic syndrome (TRAPS), cryopyrin-associated periodic syndrome (CAPS), chronic

atypical neutrophilic dermatosis with lipodystrophy and elevated temperature (CANDLE), Blau syndrome, pyogenic sterile arthritis, pyoderma gangrenosum and acne (PAPA), Majeed syndrome, deficiency of IL-1B receptor antagonist (DIRA), deficiency of IL-36 receptor antagonist (DITRA) and others like auto-inflammatory PLCG2-associated antibody deficiency and immune dysregulation (APLAID). Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenopathy (PFAPA) syndrome and chronic recurrent multifocal osteomyelitis (CRMO) are included as AID with unknown genetic background. Undefined AID concerns clinically confirmed AID with more than three self-limited episodes of fever > 38,5°C, increased inflammation markers and asymptomatic intervals between episodes in an otherwise healthy patient. Available data from this register were analyzed regarding genetic, epidemiological and clinical features.

**Results:** From the 74 patients currently included in Reuma.pt AID protocol, 72 patients (44 males and 28 females) registered by two centres (35 from HSM and 37 from HDE), were analysed. Of these, 10 (13.9%) have been documented only prospectively and for 56 (77.8%) patients retrospective and prospective data have been made available. Mean age was 8.6±8.2 years (2.2 to 19.2 years), mean age at disease onset was 2.5±2.2 years, disease duration was 5.7±3.9 years and mean time between symptoms onset and clinical diagnosis was 2.9±1.5 years. The following diagnosis have been identified: FMF (n=2), MKD (n=2), TRAPS (n=1), PFAPA (n=47), CRMO (n=5), APLAID (n=1) and undefined AID (n=14). Confirmed mutations for monogenic AID were found in 5 patients: MEFV PG304R in 1 patient with FMF, MVK pR277G, MVK p.Val377Ile and MVK p.Cys152Tyr in 2 patients with MKD, TNFRSF1A R92Q in 1 TRAPS patient and PLCG2 gene mutation in 1 APLAID patient. Regarding treatment, 2 FMF patients were treated with colchicine, corticosteroids on demand were used in all PFAPA patients and also for MKD, TRAPS, APLAID and 6 undefined AID patients. Biological therapy was used in patients with poorly controlled MKD (1 patient treated with anakinra), TRAPS (1 patient treated with etanercept) and undefined AID (canakinumab has been used in 1 patient). Of the 5 CRMO patients 4 were treated with prednisolone and pamidronate and 1 with prednisolone and methotrexate. Twenty seven blood samples from 3 patients have been collected at Biobanco-IMM. The collection of blood samples from the remaining patients is ongoing.

**Conclusion:** Through this register AIDs can be systematically investigated paving the way to a better understanding of disease course, treatment responses and prognosis. This tool could be also valuable to enable genotype-phenotype correlations in order to identify new AIDs and new mutations.

### P106 – SF-36: IS THERE A DIFFERENCE BETWEEN PAPER AND TOUCH-SCREEN EVALUATION?

Santos, Helena<sup>1</sup>, Cunha-Miranda, Luís<sup>1</sup>, Miguel, Cláudia<sup>1</sup>, Barcelos, Filipe<sup>1</sup>, Silva, Cândida<sup>1</sup>, Fernandes, Susana<sup>1</sup>, Borges, Joana<sup>1</sup>, Trinca, Ricardo<sup>1</sup>, Vicente, Vera<sup>2</sup>, Aguiar, Pedro<sup>3</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Eurotrials Scientific Consultants

3. Eurotrials Scientific Consultants and Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

**Introduction:** Patient reported outcomes are a relevant aspect in the follow-up of our patients. The use of computer assisted platforms is being introduced rapidly in our daily clinical practice. We should be comfortable in using new technologies as long as they are validated and reflect the same outcome as older forms of patient reported outcomes.

**Objectives:** To evaluate and validate an electronic based SF-36 questionnaire in a touch-screen platform.

**Methods:** Patients followed in our biologic clinic were evaluated with a paper version of SF-36 and after with the electronic version. The touch-screen was specially developed for our patients, integrating software that

**TABLE I. RESULTS**

	Touch-screen	Paper	ICC (Touch-screen vs Paper)
<b>SF36 (n=120)</b>			
<b>Physical function</b>			
M	44.83 (27.72)	46.22 (27.30)	0.928
C $\alpha$	0.919	0.923	
<b>Physical role</b>			
M	45.63 (39.12)	45.63 (39.12)	0.870
C $\alpha$	0.801	0.812	
<b>Pain</b>			
M	49.57 (26.23)	44.15 (23.80)	0.858
C $\alpha$	0.890	0.905	
<b>General health</b>			
M	38.22 (17.47)	36.16 (17.30)	0.925
C $\alpha$	0.655	0.756	
<b>Vitality</b>			
M	45.88 (24.74)	43.46 (23.08)	0.905
C $\alpha$	0.820	0.860	
<b>Social function</b>			
M	63.02 (26.05)	60.52 (26.43)	0.899
C $\alpha$	0.773	0.810	
<b>Emotional role</b>			
Mean (standard deviation)	51.94 (38.84)	51.88 (39.60)	0.781
Cronbach's Alpha	0.705	0.735	
<b>Mental health</b>			
M	57.75 (24.33)	57.11 (24.78)	0.944
C $\alpha$	0.866	0.909	
C $\alpha$ (8 domains)	0.891	0.907	

ICC: Intraclass correlation coefficients.



recognized the patient by disease through a bar code and presented the questionnaires according to the disease. Concordance between paper and touch-screen questionnaire was done through Intraclass Correlation Coefficients. Internal consistency was evaluated by Cronbach's alpha coefficient. For categorical variables Cohen Kappa concordance coefficient was used.

**Results:** A total of 120 patients were included 75.8% were female, mean age was  $50.78 \pm 11.88$  and mean disease duration was  $11.43 \pm 9.02$ , 69.9% had less than the complete secondary school level.

14.2% had psoriatic arthritis, 30% ankylosing spondylitis, and 55.8% had rheumatoid arthritis.

**Conclusion:** We found no relevant difference between paper and touch-screen version of the SF-36, with high correlation coefficients validating this platform. This is a useful instrument in our clinical practice, helping clinicians to have more data on their patients with less time expended.

#### P107 – VALIDATION OF THE HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE – DISABILITY INDEX (HAQ -DI) IN A TOUCH-SCREEN PLATFORM

Cunha-Miranda, Luís<sup>1</sup>, Silva, Candida<sup>1</sup>, Santos, Helena<sup>1</sup>, Barcelos, Filipe<sup>1</sup>, Miguel, Cláudia<sup>1</sup>, Joana, Borges<sup>1</sup>, Susana, Fernandes<sup>1</sup>, Trinca, Ricardo<sup>1</sup>, Vicente, Vera<sup>2</sup>, Aguiar, Pedro<sup>3</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Eurotrials Scientific Consultants

3. Eurotrials Scientific Consultants and Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

**Introduction:** Like several other questionnaires HAQ-DI is a very important tool in the assessment of our patients especially those on biologic therapies. Electronic patient reported outcomes are becoming very present in our clinics. However as physicians we should access

if those electronic version perform as well as the gold standard in paper.

**Objectives:** To evaluate and validate an electronic based HAQ-DI questionnaire in a touch-screen platform

**Methods:** Patients followed in our biologic clinic were evaluated with a paper version HAQ questionnaire and after with the electronic version. The touch-screen was specially developed for our patients, integrating software that recognized the patient by disease through a bar code and presented the questionnaires according to the disease. Concordance between paper and touch-screen questionnaire was done through Intraclass Correlation Coefficients. Internal consistency was evaluated by Cronbach's alpha coefficient.

**Results:** A total of 95 patients were initially included (81.1% rheumatoid arthritis and 18.9% psoriatic arthritis), 75.8% were female, mean age was  $54.05 \pm 11.05$  years and mean disease duration was  $11.82 \pm 9.15$  years.

**Conclusion:** We found no relevant difference between paper and touch-screen version of the HAQ-DI with high correlation coefficients validating this platform to be used in clinic in a daily basis.

#### P108 - THE USE OF VISUAL ANALOGUE SCALE IN RHEUMATIC DISEASE: VALIDATION OF AN ELECTRONIC VERSION.

Cunha-Miranda, Luís<sup>1</sup>, Barcelos, Filipe<sup>2</sup>, Miguel, Cláudia<sup>1</sup>, Silva, Candida<sup>1</sup>, Santos, Helena<sup>1</sup>, Fernandes, Susana<sup>1</sup>, Borges, Joana<sup>1</sup>, Trinca, Ricardo<sup>1</sup>, Vicente, Vera<sup>3</sup>, Aguiar, Pedro<sup>4</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Instituto Português de Reumatologia

3. Eurotrials Scientific Consultants; 4 Eurotrials Scientific Consultants and Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa;

**Introduction:** VAS scales are very useful and easy to

TABLE I. RESULTS

	Touch-screen	Paper	ICC (Touch-screen vs Paper)
HAQ-DI Score (n=94)			
Mean (standard deviation)	1.12 (0.63)	1.13 (0.65)	0.974

ICC: Intraclass correlation coefficients.

TABLE I. RESULTS

	Touch-screen	Paper	ICC (Touch-screen vs Paper)
<b>VAS (last week)</b>			
<b>How the disease disturbs (n=88)</b>			
Mean (standard deviation)	36.08 (25.56)	40.28 (27.19)	0.906
<b>Pain intensity (n=87)</b>			
Mean (standard deviation)	36.15 (25.87)	38.06 (25.63)	0.921
<b>Spondylitis: VAS (last week) (n=56)</b>			
<b>Back pain during the night</b>			
Mean (standard deviation)	25.61 (26.23)	25.55 (28.73)	0.943
<b>Back pain at any time (day and night)</b>			
Mean (standard deviation)	27.96 (25.09)	28.30 (26.37)	0.924
<b>How the disease disturbs</b>			
Mean (standard deviation)	30.57 (26.34)	29.66 (27.30)	0.867

ICC: Intraclass correlation coefficients.

perform scales that rheumatologists use on a daily basis. There are several ways to perform this evaluation, on paper through a ruler that includes a slider indicator among others. With the use of more electronic patient's records it is useful to determine if the use of a computer assisted VAS could perform the same as the paper.

**Objectives:** To evaluate and validate an electronic based VAS in a touch-screen platform.

**Methods:** Patients followed in our biologic clinic were evaluated with a paper version of several visual analogue scale (disease activity, pain intensity, back pain in the night, back pain anytime and how the disease disturbs) and after with the electronic version according to their diagnosis. The touch-screen was specially developed for our patients, integrating software that recognized the patient by disease through a bar code and presented the questionnaires according to the disease. Concordance between paper and touch-screen questionnaire was done through Intraclass Correlation Coefficients. Internal consistency was evaluated by Cronbach's alpha coefficient.

**Results:** A total of 88 patients were included in the global disease scale (80.7% rheumatoid arthritis and 19,3% psoriatic arthritis) 85.2% were female, mean age was 54.34±11.05 years and mean disease duration was 11.83±9.32 years. Several other VAS used in *spondyloarthropathies* was compared in a group of 56 patients the majority were man (58.9%), 30.4% had psoriatic arthritis, 69,6% had ankylosing spondylitis mean age was

46.69±11.78 years and mean disease duration was 10.4 ±8.77years.

**Conclusion:** We found no relevant difference between paper and touch-screen version of all the used VAS scales, with high correlation coefficients validating this platform. This is a useful instrument in our clinical practice, and could be a valid alternative to VAS on paper or rulers

#### P109 – CONTRIBUTO PARA A ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO NECK DISABILITY INDEX PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

Domingues, L<sup>1</sup>, Duarte, S<sup>1</sup>, Pereira, M<sup>2</sup>, Carnide, F<sup>3</sup>, Fernandes, R<sup>4</sup>, Cruz, E<sup>4</sup>

1. Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão
2. Policlínica do Sátão Unip. LDA, Viseu
3. Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa (FMH-UTL)
4. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

**Introdução:** A dor cervical (DC) constitui uma das três condições mais frequentemente reportadas por queixas de origem músculo-esquelética, estimando-se que 2/3 da população percecionam, pelo menos, um episódio de DC ao longo da vida. Considerando que a dor e as limitações nas atividades de vida diária são queixas usualmente referidas pelos utentes, é necessário dispormos de instrumentos de medida válidos e fide-

dignos para a avaliação da incapacidade funcional associada à DC. O *Neck Disability Index* é o instrumento mais utilizado e tem sido referenciado na literatura como o mais adequado para a avaliação deste *outcome*. Neste sentido, o presente estudo teve como objectivo contribuir para a adaptação cultural da versão Portuguesa do *Neck Disability Index* (NDI-PT) e, simultaneamente, avaliar as suas propriedades psicométricas através do estudo da sua estrutura fatorial, reprodutibilidade e validade de constructo, quando aplicado a utentes com dor cervical crónica (DCC).

**Material e Métodos:** Numa primeira fase foi realizada a adaptação cultural do NDI para a população Portuguesa, seguindo os procedimentos descritos nas normas de orientação internacionais para o efeito. Numa segunda fase, realizou-se um estudo de validação numa amostra de 113 utentes com DCC, sendo recrutados de forma consecutiva, em 6 serviços de Medicina Física e Reabilitação/Fisioterapia localizados em diferentes regiões de Portugal, considerando um conjunto de critérios de inclusão e exclusão. Na *baseline*, os participantes preencheram a Escala Numérica da Dor (END) e o NDI-PT, repetindo-se a aplicação deste último 4-7 dias depois. A estrutura fatorial foi avaliada através da análise fatorial exploratória, a reprodutibilidade por meio da fiabilidade teste-reteste e dos limites de concordância. A validade de constructo foi analisada através da validade convergente entre a NDI e a END.

**Resultados:** O NDI-PT foi considerado um instrumento adequado para avaliar a incapacidade funcional percebida por utentes com DCC, pelos membros do painel de peritos e utentes que participaram no estudo piloto. A análise fatorial exploratória revelou a existência de um fator predominante, que explica 54.7% da variância. A consistência interna revelou um valor de  $\alpha$  Cronbach de 0.95, sendo a fiabilidade teste-reteste, medida pelo coeficiente de correlação intraclass, de 0.907 (IC 95%:0.867–0.935). Os resultados do método de Bland e Altman mostraram uma distribuição homogénea das diferenças sem indicação de erro sistemático. O NDI-PT demonstrou ainda uma boa correlação com a END ( $r=0.525$ ;  $p<0.01$ ).

**Discussão e Conclusão:** Os resultados da análise fatorial exploratória revelam que a estrutura dos itens do NDI-PT é explicada por um fator dominante, a dor relacionada com a incapacidade, sugerindo assim a unidimensionalidade do instrumento. Os valores da consistência interna são muito bons e comparáveis com os descritos na literatura. Os valores de fiabilidade teste-reteste são excelentes e similares a outros reportados

em amostras semelhantes. Os limites de concordância observados são igualmente comparáveis aos referidos por estudos com intervalos de teste-reteste semelhantes. Destaca-se, ainda, os bons valores de correlação obtidos entre o NDI-PT e a END, sugerindo que partilham em parte o mesmo constructo. O NDI-PT é assim considerado um instrumento fiável e fidedigno na avaliação da incapacidade funcional reportada por indivíduos Portugueses com DCC, sendo recomendado o seu uso na prática clínica.

### P110 – PODER DE RESPOSTA E INTERPRETABILIDADE DA VERSÃO PORTUGUESA DO ROLAND MORRIS DISABILITY QUESTIONNAIRE EM INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR CRÓNICA EM TRATAMENTO DE FISIOTERAPIA

Cruz, E.B.<sup>1</sup>, Fernandes, R.<sup>1</sup>, Carnide, M.F.<sup>2</sup>

1. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal
2. Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa (FMH-UTL)

**Introdução:** O Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ) é um dos instrumentos mais utilizados e recomendados para avaliar a incapacidade funcional autoreportada em utentes com Dor Lombar. Este instrumento foi recentemente adaptado à língua e cultura portuguesa (RMDQ-PT), tendo demonstrado bons valores de fiabilidade e validade. Tendo como base a versão RMDT-PT, constitui objetivo principal deste estudo examinar o seu poder de resposta e interpretabilidade e determinar a Diferença Mínima Detectável (DMD) e a Diferença Mínima Clinicamente Importante (DMCI) em utentes com dor lombar crónica (DLC) em tratamento de Fisioterapia.

**Material e Métodos:** Realizou-se um estudo metodológico, multicentro, baseado num *coorte* prospectivo de 104 utentes com DLC, recrutados de forma consecutiva, a partir da lista de espera de 15 serviços de Fisioterapia. O RMDQ-PT foi administrado na *baseline*, coincidente com o início da Fisioterapia e 6 semanas após a intervenção. Neste último momento de avaliação os participantes completaram ainda uma escala de percepção global de mudança (PGIC-PT). Esta escala fornece uma classificação dada pelo utente relativamente à sua melhoria com o tratamento num determinado período de tempo e permite diferenciar os participantes que melhoraram de forma importante dos que

se mantiveram estáveis entre a *baseline* e o *follow-up*. Os dados recolhidos foram analisados com recurso a métodos baseados na distribuição e numa âncora externa. O tratamento dos dados foi realizado a partir do *software IBM SPSS Statistics* (versão 20). O nível de significância estabelecido foi de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** A resposta média estandardizada no grupo que reportou “melhorias clínicas importantes” foi elevada (0,9) e superou a encontrada para o grupo que se manteve “cl clinicamente estável” (0,2). O coeficiente de correlação obtido demonstrou uma moderada correlação com a PGIC-PT ( $\rho: 0,3, p < 0,05$ ). A área abaixo da Curva ROC indicou uma moderada capacidade discriminativa (0,64, 95% CI: 0,506 – 0,768). A DMD estimada foi de 8 pontos e a DMCI de 1,5 pontos (sensibilidade 60,9%; especificidade 65,6%). Uma análise complementar da curva ROC baseada na melhoria das pontuações da incapacidade funcional medida na *baseline* para indivíduos com pontuação inicial da RMDQ-PT mais elevado ou mais baixo (valor sustentado na mediana obtida na *baseline*) revelou diferenças no ponto ótimo de corte estimado.

**Discussão:** Os resultados obtidos indicam que o RMDQ – PT possui moderado poder de resposta à mudança e moderada capacidade para discriminar os utentes que melhoraram dos que se mantiveram estáveis. Estes resultados são comparáveis aos obtidos em estudos semelhantes que utilizaram o mesmo período de tratamento e que recorreram a amostras de indivíduos com DLC. O ponto de corte identificado para a DMCI (1,5 pontos) situa-se no intervalo dos valores reportados na literatura (1,5 a 3,5 pontos). Também a estimativa para a DMD, realizada com base no grupo classificado como “cl clinicamente estável” está dentro do intervalo dos valores obtidos em amostras similares (4,9 a 11,8).

**Conclusão:** Uma vez que a DMD indica a quantidade de mudança mínima que ultrapassa o erro de medida, e sendo esta superior ao valor da DMCI encontrado (1,5 pontos), poderá ser difícil distinguir melhorias observadas da grandeza da DMCI ou próximas, do erro de medida. Os resultados confirmam ainda que a pontuação na *baseline* deve ser considerada na interpretação de mudanças de pontuação.

#### P111 – REFERENCIAÇÕES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS A UMA UNIDADE DE REUMATOLOGIA HOSPITALAR

Brites, C<sup>1</sup>, Cardoso, S<sup>2</sup>, Nobre, JP<sup>3</sup>, Silva, C<sup>3</sup>,

Costa, M<sup>4</sup>

1. USF do Parque – Centro de Saúde de Alvalade
2. USF Conchas – Centro de Saúde do Lumiar
3. USF Carnide Quer – Centro de Saúde de Benfica
4. Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria

**Introdução:** É essencial uma boa comunicação entre o Médico de Família e o Reumatologista para o sucesso da referenciação. Estudos realizados noutros países mostram que as referenciações são frequentemente incompletas o que dificulta a triagem e pode levar a um tempo de espera para consulta inadequado. A realidade portuguesa não está caracterizada.

**Objectivo:** Caracterizar as referenciações a partir dos Cuidados de Saúde Primários a uma unidade de Reumatologia Hospitalar.

**Metodologia:** Foram analisadas as cartas de referenciação ao Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte registadas durante o ano de 2010. Foram estudados os dados demográficos, o tipo de instituição de proveniência, a prioridade atribuída pelo médico triador do serviço, o tempo de marcação da consulta e dados da história clínica. Cada carta de referenciação foi classificada na globalidade como suficiente ou insuficiente para permitir a triagem.

**Resultados:** Analisaram-se 680 cartas de referenciação. Em 533 (78,4%) casos foi feita referência a dados da história clínica, em 135 (19,8%) apenas à hipótese de diagnóstico sem qualquer outra informação, e 12 (1,8%) cartas apenas mencionavam informação sobre alterações em meios complementares de diagnóstico (MCD). A duração dos sintomas foi apresentada em 134 (19,7%) referenciações. O sintoma mais frequente foi artralgia (n=339; 63,6%), sendo a(s) articulação(ões) especificadas(s) em 32,5% dos casos e o ritmo da dor referido em 18,5%. Em 289 (41,5%) pedidos colocou-se uma hipótese diagnóstica, sendo as mais frequentes tendinites/patologia peri-articular (23,2%) e Artrite Reumatóide (19,0%). Quando apenas foram referidas alterações em MCD, a mais frequente foi a positividade dos anticorpos antinucleares (25%). Em 454 (66,8%) das cartas, o conteúdo da informação presente foi considerado suficiente para triagem.

**Conclusões:** De um modo geral, as cartas de referenciação são incompletas, principalmente no que respeita à caracterização dos sintomas. Apesar disso, em cerca de 2/3 dos casos a informação clínica é suficiente para a triagem.

## P112 – AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO NOS CÔNJUGES DE DOENTES COM ARTRITE PERIFÉRICA

Tiago Meirinhos, TMeirinhos<sup>1</sup>, Renata Aguiar, RAguiar<sup>1</sup>, Catarina Ambrósio, CAmbrósio<sup>1</sup>, Anabela Barcelos, ABarcelos<sup>1</sup>

1. CHBV - Aveiro, Serviço de Reumatologia

**Introdução:** A Artrite Psoriática (APs) e Artrite Reumatóide (AR) são doenças inflamatórias crónicas que envolvem preferencialmente as articulações periféricas, condicionando muitas vezes dor, rigidez matinal e limitação funcional com impacto negativo na qualidade de vida e relações sociais, podendo levar a sintomas depressivos. O impacto da doença não se limita aos doentes; sintomas de depressão são também encontrados nos cônjuges. Poucos trabalhos se têm dedicado a avaliar a qualidade de vida e depressão nos familiares de doentes com doenças crónicas. O Inventário de Depressão de Beck II (IDB-II), validado para Portugal, permite avaliar sintomas depressivos, bem como sintomas físicos, classificando os doentes de ausência de depressão até depressão grave.

**Objetivos:** Determinar as taxas de depressão num grupo de doentes com APs similar à AR e AR e seus cônjuges, bem como possíveis correlações com a actividade e duração da doença.

**Material e métodos:** Estudo transversal. Variáveis analisadas: sexo, idade, escolaridade, situação profissional, duração e atividade da doença (DAS 283v). Doentes com AR, APs similar à AR e respetivos cônjuges responderam ao questionário IDB-II. Foram excluídos os cônjuges que apresentavam doença aguda ou crónica. Foi incluído um grupo controlo constituído por 32 indivíduos saudáveis. Análise estatística com SPSS versão 18.

**Resultados:** Foram incluídos 37 doentes com artrite periférica (grupo 1), 15 com APs similar à AR e 22 com AR. Neste grupo, a média de idades foi de  $58.5 \pm 10.4$  anos e a duração média da doença de  $5.5 \pm 6.2$  anos; o valor médio de DAS28 foi  $2.75 \pm 1.5$ . O valor médio do IDB-II foi de  $14.1 \pm 9.9$  o que corresponde a “depressão leve a moderada”. No grupo 1, verificou-se que valores mais elevados no IDB-II estão relacionados com valores maiores no DAS 28, com significado estatístico ( $p < 0.02$ ). No grupo 2 (37 cônjuges), o valor médio do IDP-II foi  $12.4 \pm 8.9$ , inferior ao dos doentes mas sem significado estatístico; verificamos porém que este valor é superior ao grupo controlo, com diferença esta-

tística ( $p < 0.01$ ). Os cônjuges de doentes com duração de doença inferior a 2 anos apresentam valores de IDB-II mais elevados comparativamente aos com duração de doença superior aos 2 anos; a presença de doença activa (DAS > 2,6) corresponde a valores mais elevados de IDB-II nos cônjuges, em comparação com doentes em remissão clínica; no entanto, estas diferenças não apresentam diferença estatística. O sexo masculino e situação profissional ativa estão associados a valores mais baixos no IDB-II, em comparação com o sexo feminino e inatividade laboral, no entanto sem significado estatístico. Um nível de escolaridade mais elevado (> 10º ano de escolaridade) corresponde a um IDB-II inferior comparativamente aos cônjuges com escolaridade < 10º ano ( $p < 0.01$ ). No grupo 3 (controlo) a média de idades foi de  $30.7 \pm 11$  anos e o valor médio do IDB-II foi de  $2.16 \pm 2.2$  o que corresponde a “sem depressão”.

**Conclusão:** Os resultados deste estudo mostram que uma percentagem importante dos doentes apresenta valores de depressão “leve a moderada”, directamente relacionados com a actividade da doença. Verificamos também que os cônjuges apresentam taxas de depressão sobreponíveis aos doentes, mas superiores ao grupo controlo, sendo superiores nos primeiros 2 anos da doença, e também nos cônjuges de doentes com doença activa. Os homens e os cônjuges profissionalmente activos apresentam taxas de depressão mais baixas, bem como os de maior grau de escolaridade.

## P113 – SATISFAÇÃO DOS DOENTES NA CONSULTA EXTERNA DE UM SERVIÇO DE REUMATOLOGIA

Cerqueira, M<sup>1</sup>, Raposo, A<sup>1</sup>, Peixoto, D<sup>1</sup>, Sousa Neves, J<sup>1</sup>, Teixeira, F<sup>1</sup>, Bogas, M<sup>1</sup>, Alcino, S<sup>1</sup>, Costa, JA<sup>1</sup>, Afonso, MC<sup>1</sup>

1 Serviço de Reumatologia, ULSAM;

**Introdução:** Sendo a Reumatologia uma especialidade médica dedicada, essencialmente, a um vasto conjunto de doenças inflamatórias crónicas, a consulta externa diária constitui uma área de intervenção preponderante. Com o objetivo de identificar eventuais aspetos a melhorar no funcionamento da mesma, procurou-se avaliar o grau de satisfação dos doentes na consulta externa de Reumatologia de um hospital, integrado numa Unidade Local de Saúde.

**Material e métodos:** Durante 3 semanas consecutivas,

os doentes observados em consulta de Reumatologia, foram convidados a responder, no final desta e de forma anónima, sem intervenção da equipa médica, a um questionário. Foi no entanto, solicitado que cada participante se identificasse em relação ao género e escala etária. O questionário utilizado foi traduzido e adaptado de *Consultation Questionnaire Satisfaction* (R. Baker 1990), composto por 18 questões, relativas à última consulta, que se subdividem, não ordenadamente, em 4 vertentes: 3 sobre satisfação geral, 7 sobre cuidado profissional, 5 sobre relação médico-doente e 3 sobre duração da consulta. Foram excluídos questionários com mais de 50% de respostas em branco ou inválidas (respostas rasuradas, com mais de uma cruz ou com resposta que não uma cruz).

**Resultados:** Tiveram lugar 280 consultas mas apenas 75 doentes aceitaram responder. Foram analisadas as respostas de 67 questionários. Dos pacientes que se identificaram em relação ao género e idade, 76% eram mulheres (n=47) e 24% homens (n=15); 15% dos doentes tinham entre 18 e 30 anos de idade (n=8), 27% entre 31 e 45 (n=15), 29% entre 46 e 60 (n=16) e 29% tinham mais de 60 anos (n=16). No grupo de questões relacionadas com a satisfação geral, a satisfação média foi de 74.36%; no cuidado profissional, foi de 89.68%; na relação médico-doente, a média foi de 70.11% e nas questões relacionadas com a duração da consulta, a satisfação média foi de 57.10%.

**Discussão:** No trabalho de R. Baker em 2011 no Reino Unido, com mais de 6000 doentes em consultas de cuidados primários, aplicando o questionário original, a satisfação nas questões relativas a satisfação geral foi de 78.1%, na relação médico-doente de 71.2%, no cuidado profissional de 82.1% e na duração de consulta de 65.7%. Ainda que com um número de doentes muito pequeno, os resultados da nossa avaliação não foram muito diferentes. No geral, os doentes observados nesta consulta externa revelaram ter uma percepção bastante favorável no que respeita aos cuidados médicos recebidos; tiveram também uma opinião positiva relativamente à satisfação global da consulta e à relação estabelecida com o seu médico. O resultado menos favorável nas questões relacionadas com a duração da consulta deve ser motivo de preocupação e reflexão, tendo em conta, em particular, as orientações existentes para o funcionamento de uma consulta hospitalar da área médica, em que está estipulado um tempo médio de duração de consulta, independente do tipo de patologia e do tipo de doente. A não validação da tradução utilizada e a participação de apenas cerca de 1/3

dos doentes durante o período do estudo, são limitações deste trabalho, tornando-se importante a sua continuação para confirmação dos resultados com um número maior de participantes.

**Conclusão:** No geral, os resultados deste trabalho levam a que os Reumatologistas neste serviço mantenham a confiança no trabalho desenvolvido; a questão do tempo de duração da consulta deve fazer procurar soluções que melhorem este aspeto.

## P114 – IN-PATIENTS IN RHEUMATOLOGY – ONE YEAR’S EXPERIENCE

Borges, J<sup>1</sup>, Fernandes, S<sup>1</sup>, Gonçalves, I<sup>1</sup>, Cunha-Miranda, L<sup>2</sup>, Leitão, R<sup>2</sup>, Parente, M<sup>2</sup>, Madeira, H<sup>2</sup>, Mediavilla, MJ<sup>2</sup>, Micaelo, M<sup>2</sup>, Santos, H<sup>2</sup>, Miguel, C<sup>2</sup>, Barcelos, F<sup>2</sup>, Sousa, M<sup>2</sup>, Las, V<sup>2</sup>, Silva, M<sup>2</sup>, Medeiros, D<sup>2</sup>, Silva, C<sup>2</sup>, Simões, E<sup>2</sup>, Coelho, P<sup>2</sup>, Vaz Patto, J<sup>2</sup>

1. IC Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia
2. Reumatologista, Instituto Português de Reumatologia;

**Background:** Though most rheumatic patients are seen as out-patients, circumstances often require, to provide the best care, the use of in-patient facilities. Our institution's infirmary<sup>1</sup> 7 beds receive patients under acute flares or other causes of disability, allowing prompt therapy adjustment and quick recovery. Intensive physical therapy is also available. Authors intent to ascertain demographic and clinical characteristics of subjects admitted as in-patients at a Portuguese Rheumatology institution. Current pharmacologic therapy will be addressed, particularly the use of Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs (DMARDs), corticosteroids (CTC), Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) and analgesics.

**Methods:** Clinical data from patients admitted from January 1st to December 10th 2013 was collected from clinical files. Data included: reason for admittance, main current clinical problems ( $\leq 2$ /patient), concomitant diseases ( $\leq 7$ ) and therapeutics. Rheumatologic diagnostics were distinguished from non-rheumatologic and the latter classified according to the International Classification of Diseases® – version 10 criteria. Statistics included descriptive and analytical tests (Qui-Square,  $p < 0,05$ ).

**Results:** 537 subjects were enrolled, 89,8% female, mean age of 63,9 years. Mean in-hospital stay was 11,1 days; 3 patients were transferred to other institutions

due to acute non-rheumatologic co morbidities (1 requiring surgical care) and there were no fatalities. The most frequent reasons for admittance were: acute back-pain (20,6%), polyarthritis (14,9%) and generalized pain (13,6%). Main current clinical problems included: rheumatoid arthritis (123 subjects), Osteoarthritis (OA) in 93, Fibromyalgia (FM) in 64, Systemic Sclerosis (38), Spondyloarthritis (38), Undifferentiated Connective Tissue Disease (28), Systemic Lupus Erythematosus (21) and Psoriatic Arthritis (16). Each patient had an average of 5,1 concomitant diseases (1,9 rheumatic). The commonest rheumatologic co-morbidities reported were: osteoporosis (175 patients), OA (154) and FM (73). Considering non-rheumatologic diseases, arterial hypertension (HTA) was the most prevalent (259 subjects), followed by hyperlipidemia (153), chronic depression (128), non-insulin dependent diabetes *mellitus* (65) and hiatal hernia (38). Current therapy included DMARDs in 55,9%: methotrexate in 28,1% (average weekly dose: 15,6mg), hydroxychloroquine (10,8%), sulphasalazine (9,7%, average daily dose: 1660,7mg) and an association of DMARDs in 37,5% (most frequently methotrexate+sulphasalazine, 39 subjects). Only 12 subjects were on biotechnological drugs (6 on adalimumab, 3 on etanercept, 2 on golimumab and 1 on infliximab). CTC were prescribed in 292 subjects, mean daily doses of 7,7mg for prednisolone and 7,43mg for deflazacort. 316 subjects were on NSAIDs and 309 on analgesics. Considering the group of patients on NSAIDs, only 7 had a history of ischemic heart disease ( $p=0,002$ ). We found no relation between: ischemic heart disease and the use of DMARD, CTC, arthritis; HTA and arthritis, DMARD, CTC, NSAIDs and gastritis and NSAIDs.

**Conclusion:** The study population comprehended a heterogeneous group of patients with diagnostics ranging from inflammatory to degenerative diseases and FM, with a preponderance of inflammatory diseases. Most common co-morbidities included cardiovascular conditions, potentially related to age distribution and/or systemic inflammation.

#### P115 – MIND THE GAP: EVOLUTION OF THE DIAGNOSTIC GAP IN REFERRALS FROM 2008 AND 2012

Fernandes, S.<sup>1</sup>, Borges, J.<sup>1</sup>, Cunha-Miranda, L.<sup>1</sup>, Leitão, R.<sup>1</sup>, Gonçalves, I.<sup>1</sup>, Madeira, H.<sup>1</sup>, Santos, H.<sup>1</sup>, Micaelo, M.<sup>1</sup>, Parente, M.<sup>1</sup>, Barcelos, F.<sup>1</sup>, Miguel, C.<sup>1</sup>,

Sousa, M.<sup>1</sup>, Medeiros, D.<sup>1</sup>, Mediavilla, MJ<sup>1</sup>, Las, V.<sup>1</sup>, Silva, M.<sup>1</sup>, Simões, E.<sup>1</sup>, Silva, C.<sup>1</sup>, Clemente-Coelho, P.<sup>1</sup>, Vaz-Patto, J.<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Background:** Rheumatologists are aware of the main importance of a quick and accurate diagnosis of any rheumatic disease, especially arthritis, there a clear relation between early diagnosis and long term outcome and disability in several rheumatic diseases. These aspects should be extended to all physicians, mainly general physicians, in order to treat these patients better. The referral to a quit rheumatologic consultation is essential and efforts have been made to optimize this matter.

**Objective:** To evaluate the gap between beginning of the symptoms and referral to first rheumatologic appointment, concerning several rheumatologic diseases, inflammatory and non-inflammatory ones, in the year 2008 and the year in 2012, comparing a paper referral to a online referral.

**Methods:** Clinical data was collected from clinical files. Data included time of the beginning of the symptoms, time of first Rheumatologic appointment, gender, date of birth and definitive rheumatologic diagnosis. The referral was made by general physician to a Portuguese Rheumatology unit. We considered as inflammatory disorders Rheumatoid Arthritis (RA), Anquilosant Spondilitis (AS), Reactive Arthritis (ReA), Psoriatic Arthritis (PA), Sjogren Syndrome (SS), Systemic Lupus Eritematosus (SLE), Undifferentiated Connectivite Tissue Disease (ECTD), Chronic Poliarthritis (CP), Gout (GT), Polimyalgia rheumatic (PMR), Systemic Sclerosis (SSc), Raynaud phenomenon (RF), Vasculitis (VS) and Dermatomyositis (DM) and as non-inflammatory disorders Osteoarthritis (OA), Osteoporosis (OP), Fibromyalgia (FM), Periarticular Rheumatism (PR) and Paget Bone Disease (PD). Statistics included descriptive and analytical tests (Qui-Square,  $p<0,05$ ).

**Results:** 400 subjects were enrolled, 200 of the year 2008 and 200 of the year 2012, 79% female. Regarding rheumatologic diagnosis in the year mentioned above, 15,8% of the patients had RA (N=34 vs. 29, respectively), 27% had OA (N=58 vs. 50, respectively), 2,3% had OP (N=3 vs. 6 respectively), 9,3% had FM (N=16 s.21, respectively), 14% had AS (N=16 vs. 21, respectively), 5,8% had PA (N=9 vs. 14, respectively), 0,3% had ReA (N=1 vs. 0, respectively), 3,8% had SS (N=13 vs. 2, respectively), 2,5% had SLE (N=4 vs. 6, respectively), 5,5% had UCTD (N=9 vs. 13, respecti-

vely), 1,8% had GT (N=2 vs. 5, respectively), 3,5% had CP (N=7 vs. 7, respectively), 3,8% had PR (N=3 vs. 12, respectively), 3,8% had PMR (N=3 vs. 12, respectively), 0,8% had SSc (N=1 vs. 2, respectively), 0,5% had RF (N=1 vs. 1, respectively), 0,8% had VS (N=1 vs. 2, respectively), 0,3% had DM (N=0 vs. 1, respectively), 0,3% had PB (N=0 vs. 1, respectively) and 2 of the patients remain without diagnosis (N=1 vs. 1, respectively). We found no statistic significance regarding the gap in 2008 and in 2012 comparing the groups: RA (p=0,720), OA (p=0,242), FM (p=0,762), AS (p=0,067), SLE (p=0,762), UCTD (p=0,082) or PMR (p=0,945). Comparing the gap between inflammatory disorders we found no statistic association (p=0,145) and the same with non-inflammatory disorders (p=0,136). Concerning gender, there were no differences concerning men (p=0,558) or women (p=0,817) and the gap in 2008 and 2012. We compare beginning of complaints and time of referral and found a mean of 1.06+1.9 in the inflammatory group and a mean of 3.29+4.3 years in the non-inflammatory group with no statistic relevance (p= 0,193).

**Conclusion:** In our analysis we found no significant differences between the referral of inflammatory or non-inflammatory disorders in Rheumatology, concerning the year 2008 and four years later. In this study, there were no differences in time of referral concerning rheumatologic diagnosis. This may lead to think that referral is still not efficient as it could be in the concern of patients, especially inflammatory ones. There is still more than one year in the referral of inflammatory diseases that clearly contributes to a worse outcome in those diseases.

#### P116 – DO WE SEE OUR PATIENTS ACHES AND PAINS? IS THERE A DIFFERENCE IN EVALUATING INFLAMMATORY AND NON-INFLAMMATORY PATIENTS?

Cunha-Miranda, Luis<sup>1</sup>, Cardoso, Alexandra<sup>1</sup>, Fernandes, Susana<sup>1</sup>, Borges, Joana<sup>1</sup>, Simão, Rita<sup>1</sup>, Vila, Iolanda<sup>1</sup>, Fernandes, Rita<sup>1</sup>, Barcelos, Filipe<sup>1</sup>, Santos, Helena<sup>1</sup>, Simões, Eugénia<sup>1</sup>, Vaz-Patto, José<sup>1</sup>  
1. Instituto Português de Reumatologia;

**Introduction:** When evaluating patients in the clinical practice, rheumatologists tend to compare the individual patient to the pool of patients with similar diseases. That is how a physician is able to determine his di-

sease activity score. That perception is clearly one of the most important in terms of follow-up although it maybe clearly biased. Several studies determine that physicians tend to under value the evaluation when compared with the patient. The aim of this study was to compare patient and physician perspectives of relevance in inflammatory rheumatic patients, comparing disease activity, tender and swollen joint counts to a group of non-inflammatory rheumatic diseases.

**Methods:** This study involved the Rheumatologist evaluation and patient self-evaluation of disease activity, using a visual analogue scale (VAS) and tender and swollen joint counts. Data from the 189 rheumatic patients who fulfill the requirements were collected in the outpatient rheumatology clinic. For comparison analysis we created inflammatory diseases group (N=137, Rheumatoid Arthritis, Behçet disease, Spondylarthropathies, SLE, Systemic Sclerosis, Sjögren Syndrome, Psoriatic Arthritis) and the non-inflammatory diseases (N=52, Osteoarthritis, Fibromyalgia, Osteoporosis, others). The analysis included descriptive statistics, Mann-Whitney test and intraclass coefficient correlation (ICC), p <0.05.

**Results:** 189 Patients (90% female) with mean age of 56.4±13.9 years old in inflammatory diseases and 58.5±13.4 in non-inflammatory diseases. When comparing baseline groups, we found no significant differences between inflammatory/non-inflammatory disease groups for: age, tender and swollen joint counts and disease activity VAS, both evaluated by patients and physician (p>0.05). Patients generally reported higher values of disease activity VAS, tender joint count and swollen joint count, than physicians.

We found low to moderate correlations between patient self-evaluation and the physician's perspective in INF and Non-INF groups, except for Non-INF swollen joints. The ICC of patient-physician evaluation in inflammatory diseases group was 0.64 (95%CI: 0.48-0.75, p=0.000) in disease activity, 0.41 (95%CI: 0.10-0.62, p=0.008) in tender joint counts and 0.24 (95%CI: -0.19-0.51, p=0.112) in swollen joint counts. In non-inflammatory diseases group was 0.68 (95%IC: 0.41-0.82, p=0.000) in activity disease, 0.78 (95%CI: 0.50-0.90, p=0.000) in tender joint counts and -0.010 (95%CI: -1.70-0.62, p=0.508) in swollen joint counts.

**Conclusions:** We found an acceptable intra-class correlation coefficient for tender joint counts in non-inflammatory diseases, and poor to moderate, but significant agreement in the other data, in exception to swollen joint counts for inflammatory and non-inflamma-



**TABLE. PATIENT SELF-EVALUATION AND THE PHYSICIAN'S PERSPECTIVE, BY TYPE OF DISEASE (\*P<0.05)**

M±SD	Inflammatory diseases			Absolute Agreement	Non-inflammatory diseases			Absolute Agreement
	Physician	Patient	p		Physician	Patient	P	
disease activity VAS	34.4±20.5	51.8±28.3	<0.0001*	54.8%	29.0±18.8	56.8±28.0	<0.0001*	46.8%
tender joint counts	4.2±7.0	8.6±8.6	0.013*	36.7%	5.6±7.5	10.2±8.3	0.001*	71.2%
swollen joint counts	1.1±2.4	5.5±7.3	0.041*	18.8%	1.4±2.4	8.1±8.8	ns	-0,6%

**TABLE. CORRELATIONS BETWEEN PATIENT SELF-EVALUATION AND THE PHYSICIAN'S PERSPECTIVE (\*P<0.05)**

	Inflammatory diseases		Non-inflammatory diseases	
disease activity VAS	0.501	<0.0001*	0.540	<0.0001*
tender joint counts	0.284	0.008*	0.485	0.014*
swollen joint counts	0.365	0.001*	0.061	ns

tory groups. As expected, the physician reported lower scores of disease activity and less joint counts, despite no reasonable absolute agreement was found. However there was a moderate linear relation assessed by ICC consistency for disease activity and tender joint count in both studied groups.

#### **P117 – ARTHRO-PERCEPTION: PATIENT VERSUS PHYSICIAN'S DISEASE STATUS ASSESSMENT IN RHEUMATOID AND PSORIATIC ARTHRITIS**

Farinha, F<sup>1</sup>, Meirinhos, T<sup>1</sup>, Aguiar, R<sup>1</sup>, Ambrósio, C<sup>1</sup>, Barcelos, A<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, CHBV - Aveiro

**Introduction:** Joint counts performed by rheumatologists, included in indices such as DAS (Disease Activity Score), are the main measure of disease activity in patients with Rheumatoid and Psoriatic Arthritis with peripheral joint disease. Nevertheless, self-reported outcomes are also used to assess disease activity and treatment response. Some authors defend that involving patients in disease activity assessment may enhance self-management behavior and improve health outcomes. Several studies have focused on the validity of self-reported joint counts. In a recent meta-analysis, authors concluded that in patients with Rheumatoid

Arthritis (RA), self-reported tender joint count has moderate to marked correlation with those performed by a trained assessor; in contrast, swollen joint counts demonstrate lower levels of correlation. A recent study in Psoriatic Arthritis (PsA) suggested that patient's self-report has a poor correlation with physician's assessment. The objective is to compare the correlation between patient and physician's assessment in RA and PsA.

**Material and Methods:** A convenient sample of outpatients with RA and PsA attending a Rheumatology clinic was recruited. They were asked to fill out a questionnaire while they were in the waiting area. This included a disease activity visual analog scale (VAS) and three homunculi, in which the patients were asked to point tender, swollen and deformed joints out of 44 possible locations. After this, participants were examined by rheumatologists who also recorded tender, swollen and deformed joints, as well as disease activity VAS in physician's opinion. Statistical analysis was performed using IBM® SPSS® Statistics version 20. Spearman correlation coefficient ( $r_s$ ) was used to examine correlation between patient and physician's joint counts. The strength of the correlation is described as weak if  $r_s < 0.40$ , moderate for  $r_s$  between 0.40 e 0.60, and strong if  $r_s > 0.60$ . Statistical significance was set at 0.05.

**Results:** 114 patients were included, 68 with RA (75% females) and 46 with PsA (70% males). Mean age was 59±13 years in RA and 50±11 in PsA patients. Median disease duration was 4 years in both groups (inter-

quartile range 2-9 in RA; 2-7.5 in PsA) and median DAS 28(3) was 3.06 (2.06-3.93) in RA and 2.52 (1.67-3.43) in PsA. In RA group, the number of self-reported tender joints had moderate correlation with physician's assessment -  $r_s = 0.42$ , whereas swollen and deformed joint counts showed only weak correlation -  $r_s = 0.35$  e  $0.38$  respectively. In PsA group, self-reported joint counts had moderate to strong correlation with physician's assessment. Spearman correlation coefficients were 0.62 for tender, 0.54 for swollen and 0.44 for deformed joints.

**Discussion and Conclusion:** The correlation between patient and physician's joint counts was stronger in PsA versus RA patients, contrary to reports in literature. The concordance was higher for tender joints in both groups.

#### **P118 – ARTHRO-PERCEPTION: PREDICTORS OF AGREEMENT BETWEEN PATIENT AND PHYSICIAN'S DISEASE STATUS ASSESSMENT**

Farinha, F<sup>1</sup>, Meirinhos, T<sup>1</sup>, Aguiar, R<sup>1</sup>, Ambrósio, C<sup>1</sup>, Barcelos, A<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, CHBV - Aveiro;

**Introduction:** Joint counts performed by the rheumatologist, included in indices such as DAS (Disease Activity Score), are the main measure of disease activity in patients with Rheumatoid Arthritis (RA) and Psoriatic Arthritis (PsA) with peripheral joint disease. Nevertheless, self-reported outcomes are also used to assess disease activity and treatment response. In a previous analysis of the Arthro-perception study, authors found moderate to strong correlation between patient self-reported and physician's joint counts in PsA and only weak to moderate correlation in RA. However, are there other factors influencing this level of agreement? The objective is to identify predictors of concordance between patient and physician's assessment in RA and PsA.

**Material and Methods:** A convenient sample of outpatients with RA and PsA attending a Rheumatology clinic was recruited. The participants were asked to fill out a questionnaire while they were in the waiting area. This included a disease activity visual analog scale (VAS) and three homunculi, in which the patients were asked to point tender, swollen and deformed joints out of 44 possible locations. After this, participants were examined by rheumatologists who also recorded their evaluation in a similar questionnaire. Statistical analysis was performed using IBM® SPSS® Statistics ver-

sion 20. Spearman correlation coefficient ( $r_s$ ) was used to examine the correlation between patient and physician's joint counts in several subgroups based on gender, education, duration of disease, patient's VAS and DAS28(3). Statistical significance was set at 0.05.

**Results:** 114 patients were included, 68 with RA (75% females) and 46 with PsA (70% males). PsA patients' self-reported joint counts had moderate to strong correlation with physician's assessment in men [ $r_s = 0.68$  (tender and swollen), 0.44 (deformed)]; whereas there was no significant correlation in women. In RA group the correlation for tender joint counts was also better in men ( $r_s = 0.48$  vs 0.35); the opposite was found for swollen and deformed joints, where there was moderate correlation in women ( $r_s = 0.40$  and 0.43, respectively) and no significant correlation in men. In PsA group, there was moderate to strong correlation between patient and physician's assessment in patients with low activity disease - DAS 28(3) < 3.2 [ $r_s = 0.51$  (tender), 0.39 (swollen) and 0.68 (deformed)]; whereas there was no significant correlation in patients with DAS 28(3) > 3.2. The same was found in RA patients but only for tender joints ( $r_s = 0.40$ ), whereas for swollen and deformed joints there was correlation only in patients with DAS 28(3) > 3.2 [ $r_s = 0.48$  (swollen) and 0.55 (deformed)]. PsA patients' VAS inferior to 50mm was associated with moderate to strong correlation [ $r_s = 0.73$  (tender), 0.60 (swollen), 0.58 (deformed)], which was not significant for higher values of VAS. Oppositely, in RA group, correlation for tender and deformed joints was better when VAS is higher ( $r_s = 0.42$  and 0.37). Duration of disease inferior to 4 years and less than 9 years of education were associated with a stronger correlation in both groups.

**Discussion and Conclusion:** Male gender and low disease activity may be predictors of agreement between patient and physician's assessment in PsA. Short disease duration and low education also appear, paradoxically, to predict a better agreement, both in RA and PsA.

#### **P119 – OCCUPATIONAL IMPACT OF RHEUMATIC DISEASES: RESULTS FROM AN ONLINE QUESTIONNAIRE**

Cunha-Miranda, Luís<sup>1</sup>, Carnide, Filomena<sup>2</sup>, Faustino, Augusto<sup>3</sup>, Serranheira, Florentino<sup>4</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia; Portugalapto.pt- Fit for work Portugal

2. Universidade de Lisboa-Faculdade de Motricidade

Humana, Portugalapto.pt- Fit for work Portugal

3. Instituto Português de Reumatologia;

Portugalapto.pt- Fit for work Portugal

4. Escola Nacional de Saúde Pública, Portugalapto.pt- Fit for work Portugal;

**Introduction:** Rheumatic diseases have a substantial impact on the patient but also on the work status and on a social -economical context. In Europe 25% of the cost of disease is related with rheumatic diseases. Recent research has been focused on disease activity as a clinical challenge but it is also important to consider that patient occupational activity is a main issue as a strategic goal for patient management.

**Objectives:** To determine the occupational impact of self-reported rheumatic diseases in a working population in a directed online questionnaire

**Methods:** 500 online questionnaires were sent from a selected mailing list, inclusion criteria were being at work and having a self- reported rheumatic disease. A cross-sectional study was designed to examine the impact of rheumatic diseases on the work disability and impairments, through the online questionnaire that included Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI). Statistic tests included: Kolmogorov-Smirnov tests, Student t-test, ANOVA One-way, non-parametric tests Mann-Whitney and Kruskal-Wallis and Pearson correlation tests. Four scores were: 1- Percent work time missed due to problem (PWTM): number of hours due to specific problem (Q2)/(number of hours due to specific problem(Q2)+number of hours actually worked(Q4)); 2- Percent of impairment while working due to the problem (PIW):(degree of

problem affected productivity while working (Q5)/10 3- Percent overall work impairment due to problem (POWI):  $Q2/(Q2+Q4)+[1-Q2/(Q2+Q4)]*(Q3/10)$ , 4- Percent activity impairment due to the problem (PAI):  $Q6/10$ .

**Results:** 492 participants were included, 57% were women and aged between 25 to 44 years (47%). The mean seniority was  $17\pm 10$  years. The main jobs were involved were: administrative staff (29%), technical staff (26%) and technical and scientific activities (14%). The rheumatic diseases most prevalent were low back pain (28%), neck pain (23%) and Upper limbs tendinitis values (27%).

**Conclusions:** Although the amount of time loss due to the disease was relatively low the overall impact of these diseases were quite high in terms of productivity, work impairment and overall activity impairment. This data should be confirmed in studies with disease confirmation by the rheumatologist.

#### P120 – NATIONWIDE OCCUPATIONAL IMPACT OF RHEUMATIC DISEASES: DATA FROM EPIREUMA.PT

Cunha-Miranda, Luís<sup>1</sup>, Faustino, Augusto<sup>2</sup>, Rodrigues, Ana<sup>3</sup>, Gouveia, Nélia<sup>4</sup>, Mendonça, Sílvia<sup>5</sup>, P. Costa, Leonor<sup>6</sup>, Canhão, Helena<sup>7</sup>, C. Branco, Jaime<sup>8</sup>, Rheumatology, Investigators<sup>9</sup>

1. Instituto Português De Reumatologia, Portugalapto.pt Fit for Work Portugal

2. Instituto Português de Reumatologia, Portugalapto.pt Fit for Work Portugal

**TABLE I. ASSOCIATIONS BETWEEN RHEUMATIC DISEASES AND WPAI SCORES**

	PWTM	PIW	POWI	PAI
%	X±sd	X±sd	X±sd	X±sd
Rheumatoid Arthritis	2.9±5.1	30.7±23.7	39.3±30.3	32.9±23.2
Osteoarthritis	5.1±8.7	23.8±24.7	39.2±23.6	27.3±25.4
Neck pain/injury	5.1±12.3	30.0±24.1	32.9±24.3	32.5±24.7
Dorsal pain/injury	4.7±9.3	32.9±24.1	34.6±24.5	35.9±24.0
Back pain/ injury	5.4±9.8	26.3±22.6	35.1±24.7	29.7±23.4
Upper limbs tendinitis	6.2±11.3	32.1±23.9	37.6±25.3	36.0±24.1
Others*	9.6±24.0	27.8±26.5	32.5±26.9	32.5±29.1

\*fibromyalgia; carpal tunnel syndrome, Sjögren' syndrome, Chronic Fatigue Syndrome, Juvenile idiopathic arthritis and ankylosing spondylitis The percentage of time loss, impairments for actual work and daily activities routines were not so different and shown a great variability among participants, as could be seen through the magnitude of standard deviation measures, regardless the rheumatic diseases. No statistical significant differences were observed among diseases and the various WPAI indexes

3. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital Santa Maria
4. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia
5. Sociedade Portuguesa de Reumatologia
6. Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica Portuguesa
7. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; Rheumatology, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital Santa Maria
8. EpiReumaPt Investigation Team - Sociedade Portuguesa de Reumatologia; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz
9. On behalf of EpiReuma.pt

**Introduction:** Rheumatic diseases have a tremendous impact on workability and on employability. Pain, joint limitation, oedema and disability are very common in patients with rheumatic diseases with clear implications in the way patients perform their jobs. Additional impact of these diseases is linked to early retirement, absenteeism and unemployment.

**Objectives:** To determine the impact of rheumatic diseases in terms of early retirement, sick leave and unemployment due to Rheumatic diseases. To compare RD with other chronic diseases.

**Methods:** Study included a representative sample of Portuguese population of 10661 subjects, using a random-rout selection method. Interviews were applied in peoples' home to the adult with birth date closer to interview's date. Data concerning demographic, clinical and work situation were collected; quality of life and general health status questionnaires were applied. Data were analyzed considering descriptive statistics and comparison between groups using Chi-square test and Mann-Whitney test (p value <0.005).

**Results:** 10,661 subjects, 61.5% female, mean age 53±18 years old. Considering as having an auto-reported rheumatic disease (RD) those who affirmed having Rheumatoid arthritis and/or Ankylosing spondylitis / Spondyloarthritis / Spondyloarthritis and/or Psoriatic arthritis and/ or Osteoarthritis and/or Osteoporosis and/ or Gout and/or Rheumatic polymyalgia and/or Lupus and/or Fibromyalgia and/or Periarticular rheumatism / Tendinitis / Bursitis, Considering the group of patients reporting a RD 19.3% of retired subjects who reported a RD affirmed they were retired due

to their disease (n=234/1213), 14.3% were unemployed due to RD (n=16/112 RD patients unemployed) and 73.8% had temporary work incapacity (n=31/42 RD patients who were with temporary work incapacity). The percentage of people with a RD retired due to was similar to those with a cardiac disease and, slightly higher than those with an oncological disease. 36.4% of RD patients affirmed that they couldn't work at least a day in the last 12 months due to a RD. RD had more impact in patients' ability to work than other chronic diseases, like cardiac, digestive and neurological diseases, as data show that subjects who referred a RD presented a higher percentage of absenteeism due to their disease than the subjects with other diseases. Subjects with reported fibromyalgia presented a higher number of days with temporary work incapacity due to RD, in the past 12 months, when compared with those who did not referred that disease (107.24±128.45 days vs. 40.43±125.32 days; p<0.001). There were no statistical differences concerning the remaining rheumatic diseases.

**Conclusions:** This nationwide study would determine a significant relationship between the presence of self-reported RD and retirement, unemployment and sick leave with more than 70% of patients showed work incapacity due to the RD. RD seems to have a higher impact on work status than other chronic diseases. No difference was found between different rheumatic diseases regarding the works status, except for fibromyalgia, that has a higher number of absenteeism from work in the previous year.

## P121 – WORK DISABILITY, PRODUCTIVITY, PRESENTEEISM AND ABSENTEEISM IN RHEUMATIC PATIENTS

Cunha-Miranda, Luís<sup>1</sup>, Cardoso, Alexandra<sup>2</sup>, Fernandes, Susana<sup>2</sup>, Borges, Joana<sup>2</sup>, Fernandes, Rita<sup>2</sup>, Simão, Rita<sup>2</sup>, Vila, Iolanda<sup>2</sup>, Barcelos, Filipe<sup>2</sup>, Santos, Helena<sup>2</sup>, Simões, Eugénia<sup>2</sup>, Pato, José<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia, Portugalapto.pt- Fit for work Portugal

2. Instituto Português de Reumatologia;

**Introduction:** Work capacity is primarily assessed by absenteeism and rheumatic patients may experience decreased productivity as well as presenteeism due to their health problems as well as its costs consequences.

**Objectives:** To evaluate the relation between work disability, productivity and disease activity, quality of life and functional disability.

**Methods:** 242 rheumatic patients were recruited, 33.3% employed (N=81) completed the questionnaires of work disability and productivity: WALS (Workplace Activity Limitations Scale), SPS 6 (Stanford Presenteeism Scale) and WPAI (Work Productivity and Activity Impairment) 4 scores - absenteeism, presenteeism, work and activity impairment. Patient-reported parameters included pain, fatigue, sleep quality and disease activity (VAS). Functional disability and quality of life outcomes were assessed by HAQ-DI, FACIT and SF-12. Data were collected during a 4-week period. The analysis included descriptive statistics, Mann-Whitney test and Spearman correlation,  $p < .05$ .

**Results:** 81 gainfully employed patients (85% female) had  $48 \pm 11$  years old, with  $10 \pm 4$  schooling years. Mean VAS were: pain  $47 \pm 32$ , fatigue  $57 \pm 33$ , sleep quality  $46 \pm 33$  and disease activity  $43 \pm 30$ ; HAQ-DI:  $1.76 \pm 0.9$ , FACIT:  $17 \pm 11$  and SF-12:  $39 \pm 13$  in PCS and  $43 \pm 18$  in MCS. Productivity assessment revealed limitations in all measured scores: WALS  $8 \pm 6$  [0-25], SPS 6  $12 \pm 3$  [3-15], WPAI work impairment  $29 \pm 32\%$ , activity impairment  $29 \pm 29\%$ , absenteeism  $2.1 \pm 12.3\%$  and presenteeism  $28 \pm 32\%$ . WALS was positively correlated to HAQ ( $r = .657$ ,  $p < .0001$ ), FACIT ( $r = .720$ ,  $p < .0001$ ), both SF12 scores ( $r > .517$ ,  $p < .0001$ ), all 4 WPAI's scores ( $r > .296$ ,  $p < .01$ ) and inversely with SPS 6 ( $r = -.341$ ,  $p = .002$ ). WPAI scores were all significantly associated to HAQ, FACIT, SF12 PCS and sick leave in the last 12 months ( $p < .05$ ). SPS 6 was inversely related to HAQ and FACIT scores, WPAI presenteeism, work and activity impairment ( $p < .05$ ), but not with absenteeism. Pain and fatigue were significantly higher in patients with higher WALS and WPAI scores, in exception to absenteeism, and pain was associated with SPS 6 ( $p < .05$ ). Sleep quality was decreased when related to higher WALS and WPAI scores ( $p < .05$ ). When comparing the employed/unemployed patients, WPAI activity impairment, PCS, MCS, HAQ, FACIT, pain and disease activity ( $p < .01$ ), we verified significantly higher limitations and impairment in the unemployed group, in exception to SPS 6, fatigue and sleep quality.

**Conclusions:** These findings suggest the significant impact of rheumatic disease in productivity losses, and that unemployed patients present worst quality of life and higher levels of pain, fatigue and disability. We found good correlations between the productivity assessment and the SF12, HAQ, FACIT, pain, fatigue,

sleep quality and disease activity. This provides information about trend of work restrictions, useful in cost-effectiveness analysis for example of new treatment therapies. Moreover, these issues are particularly important because absenteeism and presenteeism have strong links to health related costs. Prevention of work disability and job changes/adaptations to the individual capabilities would be most effective in reducing socioeconomic and work related impact.

#### **P122 – A ONE- STOP APPROACH TO THE MANAGEMENT OF LOCO-REGIONAL SOFT TISSUE AND DEGENERATIVE MUSCULOSKELETAL CONDITIONS USING CLINIC-BASED ULTRASOUND IN A RHEUMATOLOGY DEPARTMENT**

Ana Raposo<sup>1</sup>, Marcos Cerqueira<sup>1</sup>, Filipa Teixeira<sup>1</sup>, Daniela Peixoto<sup>1</sup>, Joana Sousa Neves<sup>1</sup>, José Costa<sup>1</sup>, Sérgio Alcino<sup>1</sup>, Carmo Afonso<sup>1</sup>, Mónica Bogas<sup>1</sup>  
1. Serviço de Reumatologia, ULSAM, Ponte de Lima

**Introduction:** Public conventional funded out-patient services in many specialities are characterized by delays, fragmented diagnostic processes and overloaded clinics. Ultrasound based techniques in rheumatology have been playing an increasingly important role in clinical practice as a complementary mean of diagnosis and therapy, providing a more effective and differentiated treatment.

**Methods and materials:** The aim of this study was to describe the one-stop approach to managing soft tissue and degenerative musculoskeletal conditions using clinic-based musculoskeletal ultrasonography (MSUS). A retrospective case record review was carried out of patients assessed and managed by a rheumatologist in a loco-regional outpatient clinic in a rheumatology department during 2013.

**Results:** A total of 722 consecutive consultations were performed over a year, 420 (58%) as first visit and the remaining as follow-up, with a mean of 1.56 visits per patient. Of 463 patients referred, 329 (71.06%) were female and 134 (28.94%) were male, with a mean age of 52.58 years. The referrals came from general practitioners according to the clinical reference or from other rheumatologists of the department. Most patients carried previous routine laboratory analysis and x-rays of the problematic region. In 70% of total consultations, patients had ultrasound performed during the

clinic visit by the rheumatologist experienced in MSUS. At first evaluation, US was performed at 87.6% of patients, established a definite diagnosis in 93.6% and 41% had only one appointment to treat or to establish a diagnosis. The appendicular system (shoulder girdle, upper limb and lower limb) was the most evaluated. Shoulder (36%) and wrist and hand (27%) pain were the principal complaints of patients. The cuff tendinopathy was the most prevalent finding on US with more than a half with calcifications within or peri tendon. Patients with inflammatory rheumatic disease whose evaluation was to confirm disease activity, US confirmed synovitis in 51% and/or tenosynovitis in 21% patients. A corticosteroid injection (273 intra-articular or periarticular), joint, bursa or cyst aspiration, viscosupplementation and microscopic study for crystals were made as part of the management of their conditions. Other techniques were performed like capillaroscopy (28) in patients with Raynaud phenomenon and biopsies (8 – minor salivary glands, 1- knee synovial, 1- skin). To complement or establish the final diagnosis only 3 computerized tomography and 16 magnetic resonance were requested. 65 patients were referred to other specialists (physiatrists, orthopedic surgeons, general rheumatologist or radiologist for shoulder calcification fragmentation).

**Discussion and Conclusion:** Musculoskeletal US, as a clinic-based service in rheumatology, and the use of different rheumatology techniques, has significant impact on the diagnosis and management of patients, improving the clinical examination and the solicitation of other imaging modalities. A one-stop method of consultation is efficient across a range of rheumatic diseases and dramatically reduces the need for follow-up consultations. It has potential to reduce delays to being seen in out-patients, lead to more cost-effective care and increase patient satisfaction. During the period time of this study, several radiology referrals and subsequent follow-up hospital appointments may have been avoided, with corresponding reduction in waiting times and health care costs.

### **P123 – MEDIAN NERVE ULTRASOUND: A SCREENING TOOL IN THE DIAGNOSIS OF CARPAL TUNNEL SYNDROME?**

Santiago, T<sup>1</sup>, Rovisco, J<sup>1</sup>, Matos, A<sup>2</sup>, Negrão, L<sup>2</sup>, Da Silva, JAP<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e

Universitário de Coimbra; 2 Serviço de Neurologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introduction:** Ultrasound studies in carpal tunnel syndrome (CTS) have demonstrated increased median nerve cross-sectional area (CSA) at the carpal tunnel inlet. Thus, ultrasound of the median nerve may be useful in screening for CTS.

**Objective:** To assess the diagnostic utility of ultrasound for the diagnosis of CTS and to evaluate the reproducibility of median nerve CSA measurements.

**Methods:** Individuals with symptoms compatible with classic/probable CTS were consecutively recruited among patients referred to the electromyography laboratory. A control group consisting of asymptomatic healthy volunteers who was recruited among hospital staff. All participants underwent recording of demographic and clinic data; Nerve conduction Studies (NCS) and the Portuguese version of the Boston self-administered questionnaire (BQ) for the assessment of the severity of symptoms and functional status (score 1 to 5, worst). NCS was considered diagnostic of CTS when the sensory nerve action potential (SNAP) distal latency < 3ms and/or median-ulnar latency difference > 0.4ms. Additional abnormalities, including compound muscle action potential onset latency > 4ms and absence of median SNAP were used to determine the severity of CTS. NCS were recorded as normal, mild, moderate, severe and very severe. Median nerve CSA and intraneural power Doppler were assessed at the tunnel inlet, three times, and the mean value was used for analysis. Two rheumatologists with different levels of experience performed the clinical and US measurements independently and blinded to the clinic and electrophysiological findings. A two-tailed student t-test was used to evaluate the significance of differences between the CTS and control group. Receiver operating characteristic analysis was used to assess the sensitivity and specificity of the CSA in predicting electrophysiological findings. Inter- and intra-reader reliability was calculated.

**Results:** Sixty symptomatic wrists and twenty-eight asymptomatic control wrists were examined (see Table I). ROC curve analysis revealed a sensitivity of 93.0%, specificity of 46.0%, positive predictive value of 78.1% and a negative predictive value of 77.4% for a CSA > 8.8mm<sup>2</sup> in predicting STC in NCS. CSA was statistically different between the severity groups according to NCS (p < 0.05) (see Table II). The interreader and intrareader reliability for CSA were 0.94 and 0.91, res-

**TABLE I. CLINICAL FEATURES AND CSA VALUES OF CONTROLS, SYMPTOMATIC-EMG POSITIVE AND SYMPTOMATIC-EMG-NEGATIVE GROUPS**

	Symptomatic NCS + 50 wrists	Symptomatic NCS - 10 wrists	P-value	Asymptomatic NCS - 26 wrists
BQ – Symptoms	2.4±1.7	1.7±1.1	0,141	-
BQ – Functional	1.7±1.2	1.1±0.8	0,059	-
CSA, mm <sup>2</sup>	13.4±4.4	8.3±1.8	0,0001#	8.1±1.9t
Power-Doppler score (positive), n (%)	6	0	0,018#	0

Age, BMI, BQ –symptoms, BQ-functional, symptoms duration, EVA and CSA are presented as mean±standard deviation. #Statistically significant difference between symptomatic EMG positive and EMG negative group (p<0.05). tStatistically significant difference between EMG positive and control group (p<0.05).

**TABLE II. DISTRIBUTION OF ALL PARTICIPANTS US DATA ACCORDING TO NCS SEVERITY SCALE**

	Normal (n= 36)	Mild (n=10)	Moderate (n= 35)	Severe (n= 11)	Very severe (n= 8)
CSA, mm <sup>2</sup>	8.0±1.6	10.7±1.9	12.5±3.1	15.6±3.2	16.2±6.3

CSA data are presented as mean±standard deviation

pectively.

**Conclusions:** Median nerve ultrasound is a highly sensitive screening tool providing an excellent discrimination between CTS patients and controls. Our results suggest that US measurement of the median nerve CSA is an easy-to-perform and reproducible technique when a standardized ultrasound examination protocol is used. Further studies are needed to define the diagnostic threefold to ensure the best possible diagnostic performance of US examination.

## P124 - ARE ARTHROSCOPIC GUIDED SYNOVIAL BIOPSIES STILL RELEVANT IN RHEUMATOLOGY PRACTICE?

Vieira-Sousa, E.<sup>1</sup>, Narciso, L<sup>2</sup>, Saraiva, F<sup>2</sup>,  
Pereira da Silva, J.A.<sup>2</sup>, Fonseca, J.E.<sup>1</sup>

1. Rheumatology and Bone Metabolic Diseases  
Department, Hospital de Santa Maria, Centro Académico  
de Medicina de Lisboa and Rheumatology Research Unit,  
Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina

da Universidade de Lisboa, Centro Académico de  
Medicina de Lisboa  
2 Rheumatology and Bone Metabolic Diseases  
Department, Hospital de Santa Maria, Centro Académico  
de Medicina de Lisboa

**Background:** Synovial biopsies have been collected by rheumatologists for several decades using arthroscopic guidance with the additional advantages of joint visualization and lavage. We aim to analyze the outcomes of the first 20 knee arthroscopic guided synovial biopsies (AGSB) recently performed at our centre for diagnosis and (non-orthopedic) therapeutic purposes.

**Methods:** AGBS were performed according to standardized procedures. Nineteen were done for diagnostic purposes to patients with knee arthritis of unknown etiology, after application of a clinical algorithm. The remaining patient had a therapeutic indication. A macroscopic scoring for vascularization and proliferation was applied and synovial tissue processed for routine histology and microbiology assessment.

**Results:** 20 patients were submitted to AGBS. Eight had a previous diagnosis of inflammatory arthritis: RA (2), JIA (2), PsA (3) and SLE (1). In all cases, patients were in joint remission with the exception of knee arthritis, raising the suspicion of undercurrent septic arthritis. AGBS allowed the exclusion of joint infection in 7 of 8 patients and septic arthritis was the established diagnosis in one case. This favored rapid systemic therapeutic adjustment and/or intra-articular corticosteroids administration to induce remission, in non-infectious cases. In a PsA DMARD treated patient, direct visualization of crystal deposits on synovial membrane supported the diagnosis of concomitant crystal in-



duced arthritis. The remaining patients had no previous rheumatic disease and presented with monoarthritis (7) or oligoarthritis (5) of unknown etiology. Considering the monoarthritis group, *Mycobacterium tuberculosis* was isolated in two patients. For the remaining five, infection was excluded and a definite diagnosis of osteoarthritis (1), crystal induced arthritis (3) and psoriatic arthritis (1) was established. In the oligoarthritis group, neither synovial membrane macroscopic, histology nor microbiology analysis helped to clarify the diagnosis.

**Conclusions:** In inflammatory arthritis, persistent synovitis of a single joint can be a red flag for joint infection, however, in this small series, the majority of patients exhibited uncontrolled disease activity rather than septic arthritis. The rate of joint tuberculosis was particularly high (10%) highlighting its endemic occurrence in Portugal and awareness for this etiology. The visualization of crystal deposits can be a complementary diagnostic tool in patients with crystal induced arthritis in which crystals are not identified in the synovial fluid. Despite application of commonly available synovial tissue study strategies (macroscopic, histology and microbiology) in 25% of patients it was not possible to establish a definite diagnosis indicating that further synovial tissue biomarkers for inflammatory arthritis diagnosis are required.

#### P125 – ERYTHROMELALGIA: CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESPONSE TO THERAPY IN 46 PATIENTS FROM A SINGLE CENTRE

Ponte, C<sup>1</sup>, Parker, L<sup>2</sup>, Denton, CP<sup>2</sup>, Schreiber, BE<sup>2</sup>  
 1. Rheumatology Department, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisbon Academic Medical Centre; Rheumatology Research Unit - Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal  
 2. Centre for Rheumatology and Connective Tissue Diseases, UCL Medical School, Royal Free Hospital, London, UK

**Background:** Erythromelalgia is rare condition characterized by paroxysmal hyperthermia of the extremities with erythema, pain and intense burning. It typically takes a chronic course and it is associated with a decrease in the quality of life and considerable morbidity. However, its clinical characteristics and response to therapy are still poorly defined.

**Objectives:** To report the clinical experience of a sin-

**TABLE.**

Drug	No effect	Mild/ /Moderate effect	Marked effect
Aspirin	13	3	0
Losartan	14	4	0
Gabapentin	7	5	1
Pregabalin	6	2	2
Fluoxetine	12	4	0
Codeine	8	1	0
Vitamin E	5	0	0
Vitamin C	5	0	0
Calcium channel blockers	21	2	0
Tricyclics	10	5	1
NSAIDs	7	2	0
Opiates	6	3	0
Beta-blocker	11	0	1

gle centre in this rare condition and describe the clinical features and response to therapy.

**Methods:** Electronic medical records review of patients with a diagnosis of erythromelalgia seen at the Royal Free Hospital, London, followed by a telephone contact to complete a structured questionnaire.

**Results:** A total of 111 patients were identified, of whom 46 (41 females and 5 males) completed a telephone questionnaire. Mean age of the telephone responders was 56±16 years, mean time from symptom onset to diagnosis was 6 years and the mean duration of symptoms was 16 years. Raynaud's phenomenon was seen in 80% of the cases (36 patients), with a mean duration of 22 years, 4 patients had the diagnosis of systemic sclerosis and 5 a family history of erythromelalgia. Smoking habits (current or previous) were seen in 26 cases and chronic exposure vibration in 4. Symptoms were described as continuous in 48% and intermittent in 52%. Overall, the effect on quality of life was non-existent in 7%, mild in 15%, moderate in 30%, severe in 35% and intolerant to any physical activity in 13%. The symptoms affected the lower limbs in 98% of the cases, upper limbs in 76%, face in 20% and trunk in 11%. The most common symptoms were of burning in 93% of the cases, heat in 93%, pain in 93%, redness in 83%, swelling in 66% and numbness in 54%. Patients reported worsening with exercise (78%), hot environments (85%) and night time (76%) and improve-



ment with cooling (78%) and elevation (52%). Complications included infection in 3 patients and skin breakdown in 6. Blood tests showed mean Hb of 13.6 g/dL, mean platelets of  $285 \times 10^9/L$  and mean ESR of 10 mm. No cases of polycythemia or thrombocytopenia were found. ANA was positive in 7 patients, ENA in 2 (1 RNA-polymerase and 1 ACA), ANCA and anti-dsDNA in no patients and complements were low in 5 patients. Intravenous iloprost was attempted in 27 patients and the response was marked in 5, moderate in 8, mild in 4 and there was no response in 10 patients. A wide variety of medications were tried (listed below with the subjective record of efficacy): no effect was seen in 125 cases, mild/moderate effect in 31 and marked effect in 5. All patients tried in at least four different drugs.

**Conclusions:** Erythromelalgia is a chronic debilitating condition which is usually present for years before diagnosis. Exercise, heat and night time are common triggers while cooling and elevation are often comforting. Current medical therapies are seldom effective and further research is sorely needed.

#### **P126 – MIOSITE OSSIFICANTE TRAUMÁTICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Rodrigues, K.R.R<sup>1</sup>, Gonçalves, L.M.<sup>1</sup>

1. Centro de Saúde Serra D'Água, SESARAM, E.P.E

**Enquadramento:** A miosite ossificante traumática (MOT) é uma forma de ossificação heterotópica no músculo-esquelético associada a um traumatismo prévio. Os sintomas mais comumente associados são dor e tumefação, acompanhada, por vezes, de impotência funcional. Associa-se frequentemente a traumatismos desportivos envolvendo grandes grupos musculares como os dos braços, coxas e da região nadegueira. A sua incidência é maior no sexo masculino (2:1) e mais prevalente em indivíduos dos 20 aos 45 anos. A sua etiologia e fisiopatologia ainda não são completamente conhecidas.

**Descrição do caso:** Os autores descrevem um caso clínico de um adolescente com 13 anos de idade, estudante, com 7º ano de escolaridade, sem antecedentes pessoais nem familiares relevantes. Em Abril de 2011, sofreu uma queda da sua altura com trauma fechado da região justa-trocantérica esquerda do qual resultou edema e dor local, sem evidência de hematoma ou qualquer outra sintomatologia acompanhante. O episódio

evoluiu favoravelmente mediante tratamento conservador com anti-inflamatórios e aplicação local de gelo. Durante cerca de um ano, manteve as suas atividades de vida diária e a prática regular de basquetebol. Ao longo deste período referiu apenas dor ligeira ocasional. Em Abril de 2012 por aumento progressivo da intensidade da dor e aparecimento de tumefação local recorreu à sua médica de família que, após observação, solicitou radiografia simples da bacia e fémur tendo sido identificado uma massa calcificada de aproximadamente 90mm de maior diâmetro. Referenciado para o Hospital Nélcio de Mendonça, realizou TC da bacia que documentou, junto ao grande trocânter esquerdo, múltiplas calcificações numa extensão de 81x41mm, envolvendo as estruturas musculares e estendendo-se para o tecido celular subcutâneo com aparente integridade e fise permeável do fémur proximal. Na região homóloga contralateral é também identificada uma pequena calcificação de 10mm. Orientado para Hospital Pediátrico de Coimbra, foram colocadas as hipóteses diagnósticas de miosite ossificante traumática, osteosarcoma e osteocondroma, e iniciou seguimento clínico com o diagnóstico mais provável de MOT. Atualmente cumpre plano terapêutico de vigilância clínica e imagiológica a cada 4 meses e perspetiva-se uma eventual intervenção cirúrgica para exérese da lesão após a estabilização das suas dimensões e características.

**Discussão:** Os autores pretendem alertar para uma entidade rara e benigna em que o diagnóstico diferencial com patologia maligna se impõe e não é fácil de realizar mesmo nos centros com maior experiência. Mais, este caso clínico vem realçar que sintomas comuns podem ser a forma de apresentação de patologias raras e, por isso, é fundamental estar-se atento aos mesmos de forma a conseguir um diagnóstico atempado e uma correta orientação.

#### **P127 – CITÓLISE MUSCULAR EXUBERANTE – UM CASO RARO DE TOXICIDADE FARMACOLÓGICA**

Abelha-Aleixo, J.<sup>1</sup>, Rocha, H.<sup>2</sup>, Castro, L.<sup>3</sup>, Bernardo, A.<sup>1</sup>, Real, R.<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de São João, Faculdade de Medicina do Porto

2. Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar de São João

3. Serviço de Neuropatologia do Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** As miopatias inflamatórias caracterizam-se por défice de força muscular, habitualmente proximal e simétrico, associada a elevação de enzimas musculares. Há vários fármacos implicados em quadros semelhantes mas habitualmente sem ou com menor repercussão analítica.

**Caso Clínico:** Os autores apresentam o caso de uma mulher de 56 anos, diabética sob antidiabéticos orais, que recorreu ao S.U por sensação de cansaço com 2 meses de evolução, com agravamento na semana anterior, apresentando dificuldade na marcha sem apoio, erguer-se da posição sentada e em tarefas como pentear-se ou realizar a higiene. Desde o dia anterior, também com dor em moedeira na face anterior das coxas e dos braços, bilateralmente. Sem outras queixas constitucionais. Teria feito a vacina da gripe um mês antes e estava medicada com Sinvastatina 20 mg desde há 4 anos, com aumento de dose para 40 mg há 6 meses e introdução de Gemfibrozil 300 mg há um mês. Ao exame objectivo de salientar: défice de força muscular simétrico nos membros de predomínio proximal: abdução e flexão dos braços grau 4; antebraços, punhos e dedos das mãos grau 5; flexão das coxas grau 3; extensão das pernas grau 4, dorsiflexão dos pés grau 4. Analiticamente apresentava: hemograma normal, VS 35 mm/1<sup>h</sup>, PCR 9.1 mg/L, AST 994 U/L, ALT 1013 U/L, DHL 2034 U/L, CK 45192 U/L, Aldolase 216 U/L, Mioglobina >12000 ng/ml, colesterol total 228 mg/dl, colesterol HDL 45 mg/dL, triglicéridos 531 mg/dL, HbA1c 8.2%, Ca<sup>2+</sup> e fósforo normais, Mg<sup>2+</sup> 1.28, K<sup>+</sup> 5.3. Função tiroideia, ECA sérica e electroforese de proteínas séricas normais. ANAs 1/100 mosqueado, anticorpos anti-ENAs, anti-centrómero e anti-neuronais negativos. Realizou biópsia muscular do deltóide que mostrou: miopatia com excesso de gotículas lipídicas, sem evidência de necrose ou inflamação, maioritariamente de fibras tipo I. O estudo imunohistoquímico do MHC Classe I mostrou expressão difusa daquele antígeno no sarcoplasma de raras fibras. Atrofia muscular neurogênea de pequeno grupo, com reinervação, alterações dos capilares consistentes com diabetes. Após a admissão e suspensão da estatina e do fibrato de ambulatório, houve uma melhoria clínica acentuada no espaço de uma semana, com descida acentuada dos parâmetros analíticos (AST 48U/L, TGP 252 U/L, DHL 687 U/L, CK 692 U/L, Mioglobina 63,4 ng/ml), sem realização de qualquer terapêutica específica, nomeadamente corticoterapia. À data da alta, conseguia executar de forma autónoma as tarefas de higiene, deambulação e elevação da posição de sentada, mantendo

necessidade de apoio braquial para elevação após agachamento. Ao exame neurológico, com força muscular grau 4 na abdução de ambos os membros superiores e grau 4- nos membros inferiores.

**Discussão e Conclusão:** Este caso demonstra a variabilidade etiológica de quadros clínicos semelhantes e a necessidade de retirar potenciais fármacos miotóxicos antes de iniciar qualquer terapêutica. A doente efectuou rapidamente biópsia muscular dado a gravidade da citólise, mas por se ter verificado significativa melhoria clínico-laboratorial adoptou-se uma atitude de vigilância com hidratação concomitante, que no final se verificou ter sido a decisão com maior benefício para a doente.

## P128 – ARTRITE IATROGÉNICA: DOIS CASOS CLÍNICOS

Araújo, F.<sup>1</sup>, Silva, I.<sup>2</sup>, Sepriano, A.<sup>3</sup>, Pedrosa, T.<sup>2</sup>, Nero, P.<sup>2</sup>, Bravo Pimentão, J.M.<sup>4</sup>, Branco, J.C.<sup>5</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; Medicina I, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova 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; CEDOC, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; Medicina I, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
4. Reumatologia, Clínica Coração de Jesus
5. 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 etiologia da artrite é variada e inclui causas frequentes como a gota ou pseudo-gota, e causas menos comuns como infecções ou doenças reumáticas sistémicas. Os autores apresentam dois casos de artrite aguda como complicação de terapêuticas médicas.

**Métodos:** As informações relativas aos casos clínicos foram obtidas a partir das entrevistas aos doentes e dos processos clínicos da consulta.

**Resultados:** No primeiro caso, uma doente caucasiana de 50 anos de idade, desempregada, iletrada, sem

antecedentes médicos de relevo, foi medicada com alendronato 70 mg/semana pela sua médica de família por osteoporose. Por equívoco, tomou 70 mg/dia durante 6 dias, após os quais inicia quadro de mialgias generalizadas, dor e tumefacção articular das pequenas articulações das mãos, pés, punhos, cotovelos e joelhos. Recorreu ao serviço de urgência do nosso hospital onde se objectivou poliartrite e se realizou avaliação analítica, sem alterações relevantes. Suspendeu-se o bifosfonato, aumentou-se o aporte de água e medicou-se com prednisolona 10 mg/dia e naproxeno 1000 mg/dia, com resolução completa do quadro. A avaliação analítica posterior mostrou parâmetros de inflamação e ácido úrico normais, e estudos imunológico (incluindo FR, anticorpo APCC, AAN, anti-DNAs e ENA) e viral negativos. As radiografias simples de mãos e pés não apresentavam alterações. Admitiu-se intoxicação por bifosfonatos e a doente teve alta, assintomática. No segundo caso, uma doente caucasiana de 75 anos, reformada, seguida em consulta de reumatologia por polioosteoartrose, inicia poucas horas após a segunda viscosuplementação do joelho esquerdo com ácido hialurónico um quadro de dor, eritema, calor e tumefacção exuberantes do mesmo local, com incapacidade, mas sem febre. Recorreu ao nosso serviço onde se realizou artrocentese, com aspiração de 45 ml de líquido sinovial turvo, de viscosidade reduzida, com 55160 cé/l L (N<200), 80% de neutrófilos, 4.8 g/dL de proteínas (N:1-3), 12 mg/dL de glicose (N:54-90), 4775 U/L de LDH e 9.5 mg/dL de ácido úrico (N<6). A microscopia com luz polarizada revelou cristais em forma de agulha, fortemente birrefringentes e com elongação negativa, sugestivos de monourato de sódio. O exame microbiológico foi negativo. Admitiu-se crise de gota desencadeada por procedimento invasivo do joelho e a doente foi medicada com naproxeno 1000 mg/dia e colchicina 1 mg/dia, com total resolução do quadro em 3 dias.

**Discussão e Conclusão:** Apresentaram-se dois casos incomuns de iatrogenia secundária a terapêutica anti-reumática, cujas manifestações clínicas foram de natureza articular. Apesar de dor óssea, mialgias e artralguas poderem surgir em doentes medicados com bifosfonatos, a ocorrência de sinovite é muito rara e foi descrita pela primeira vez em 2006. A artrite aguda é também reconhecida como possível complicação após viscosuplementação com ácido hialurónico. Contudo, quando ocorre, não apresenta cristais de monourato de sódio, especialmente na ausência de história prévia de gota.

## P129 – DO HIRSCHSPRUNG À ARTRITE

Rodrigues, M.<sup>1</sup>, Daniel, A.<sup>1</sup>, Costa, C.<sup>1</sup>, Carvalho, P.<sup>1</sup>, Santiago, M.<sup>1</sup>, Serra, S.<sup>1</sup>, Malcata, A.<sup>1</sup>, da Silva, J.A.P.<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

**Introdução:** A artrite pode ser uma manifestação extraintestinal de múltiplas doenças e estados clínicos gastrointestinais, nomeadamente doença inflamatória intestinal, infeções bacterianas ou parasitárias ou após intervenção cirúrgica. A *bowel-associated dermatosis arthritis syndrome (BADAS)* é um exemplo raro deste tipo de manifestações, que se associa a cirurgias com bypass intestinal. Apresenta-se como poliartrite migratória associada a lesões papulovesiculares ou pustulosas com início meses ou anos após a cirurgia. O mecanismo fisiopatológico parece estar relacionado com a translocação de antigénios peptidoglicanos do intestino para a circulação e formação subsequente de imunocomplexos, que se depositam a níveis articular e cutâneo, sendo caracterizado por uma reacção imunomediada semelhante à que ocorre na artrite reativa.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de um doente de 20 anos, com antecedentes de doença de Hirschsprung, complicada por oclusão intestinal recorrente. Foi submetido a bypass íleo-retal ao ano de idade. Na infância manteve quadros recorrentes de suboclusão com estabilidade clínica após terapêutica médica, nutrição parentérica e suplementação vitamínica. Aos 15 anos iniciou queixas articulares e cutâneas recorrentes, caracterizadas por oligoartrite migratória dos joelhos e tibiotársicas e lesões nodulares eritematosas nos membros inferiores. O estudo histológico mostrou “dermohipodermite septal e lobular, predominantemente neutrofílica”, achado compatível com a suspeita diagnóstica de BADAS. Manteve terapêutica com anti-inflamatórios, antibióticos e ciclos curtos de glucocorticóides com escasso controlo dos sintomas articulares e cutâneos. Aos 19 anos foi introduzida dapsona, que viria a ser suspensa por toxicidade hematológica e hepática. Iniciou posteriormente minociclina com resolução das lesões cutâneas. No entanto, o quadro articular manteve-se ativo com evidência de artrite e tenossinovite exuberantes a nível dos punhos e tibiotársicas, documentadas por sinal power-doppler na ecografia articular. Foram realizadas infiltrações locais com glucocorticóide e iniciou salazopirina com benefício mantido até à data atual.

**Conclusão:** A *bowel-associated dermatosis arthritis syndrome* é uma entidade raramente reportada. O diagnóstico é essencialmente clínico e deve ser considerado em doentes com história de intervenção cirúrgica gastrointestinal. A evidência relativa ao tratamento é escassa; no entanto, na maioria dos casos descritos houve necessidade de terapêutica imunomoduladora para controlo da actividade da doença.

### P130 – ISQUÉMIA DIGITAL AGUDA: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Silva, I<sup>1</sup>, Sepriano, A<sup>2</sup>, Araújo, F<sup>3</sup>, Pedrosa, T<sup>1</sup>, Nero, P<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; CEDOC, Faculdade de Medicina, Universidade Nova de Lisboa; Medicina I, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa
3. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital de Egas Moniz; Instituto de Microbiologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Medicina I, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa
4. CEDOC, Faculdade de Medicina, Universidade Nova de Lisboa; Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital de Egas Moniz;

**Introdução:** Lesões isquémicas distais raramente afetam as extremidades superiores. A aterosclerose é a causa mais frequente de isquémia dos membros inferiores, enquanto a doença tromboembólica, vasculites e as doenças do tecido conjuntivo são consideradas etiologias mais frequentes na isquémia dos membros superiores. Coagulopatias, síndromes infecciosas e paraneoplásicas ou doença de Winiwarter-Buerger podem ter manifestações heterogêneas. As alterações vasopásticas no contexto do fenómeno de Raynaud podem evoluir, em casos raros, para necrose. A isquémia distal isolada dos membros superiores mantém-se um desafio diagnóstico.

**Material e métodos:** Descreve-se o caso de uma mulher ex-fumadora de 60 anos com antecedentes de doença renal poliquística autossómica dominante e hipertensão arterial essencial, com isquémia aguda digital distal de D2 a D4 bilateral com evolução de 30 dias, associada a edema e dor generalizada de ambas as

mãos. Internada após falência a antiagregantes plaquetários e terapêutica vasodilatadora oral e transdérmica. Analiticamente salientava-se elevação ligeira da velocidade de sedimentação, com pesquisa negativa para crioglobulinas, anticorpos antifosfolípidos, pesquisa de coagulopatias adquiridas e síndromes de hiperviscosidade. A imunologia apresentava ANAS 1/1280 com padrão mosqueado, ENAS com especificidade anti-RNP, anti-Sm e anti-SSA positivos, com anti-dsDNA negativo e complementos normais. A capilaroscopia excluiu padrão esclerodérmico e a biópsia cutânea digital excluiu fenómenos de vasculite. A evolução fulminante do quadro exigiu terapêutica com pulsos de metilprednisolona, plasmáfereze e imunoglobulina endovenosa, seguida de corticoterapia em dose terapêutica. Foi excluída patologia oncológica, compromisso arterial/venoso ou critérios de diagnóstico de conectivites associadas a fenómeno de Raynaud ou vasculites. O ecocardiograma transesofágico mostrou placas complexas de ateroma no arco aórtico e descendente proximal com potencial fonte embólica. Após imunossupressão inicia elevação das transaminases, *rash* cutâneo generalizado e leucopenia no contexto de infecção aguda por citomegalovírus. Iniciou desmame de corticoterapia e começou terapêutica com estatinas, mantendo anticoagulação oral e terapêutica sintomática vasodilatadora.

**Discussão:** A presença de isquémia digital bilateral, isolada e fulminante dos membros superiores é frequentemente associada a fenómenos embólicos infecciosos, paraneoplásicos ou vasculíticos. A ausência de tabagismo activo excluiu a hipótese de doença de Buerger. A investigação paraneoplásica excluiu patologia oncológica sólida, hematológica ou síndromes de hiperviscosidade. A presença de circuitos arteriais e venosos sem compromisso dinâmico ou edema das paredes vasculares excluiu patologia estenosante e/ou alterações anatómicas. Embora a imunologia fosse a favor de conectivite, nomeadamente lúpus eritematoso sistémico ou doença mista do tecido conjuntivo, a restante investigação e evolução não apresentou critérios para início de imunossupressores. Após infecção oportunista por citomegalovírus foi necessário desmame rápido da corticoterapia e controlo analítico assíduo, sem necessidade de terapêutica antiviral.

**Conclusão:** A importância da aorta torácica como fonte embólica é frequentemente subestimada, mesmo nos doentes com risco cardiovascular. O ecocardiograma transesofágico continua a ser um exame de referência na isquémia digital aguda de etiologia a esclarecer.

### P131 – INTERPRETAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DE DOR, PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO BASEADA NA NEUROFISIOLOGIA DA DOR NUM CASO DE DOR LOMBAR CRÓNICA NÃO ESPECÍFICA

Pires, D<sup>1</sup>, Costa, D<sup>2</sup>, Cruz, EB<sup>2</sup>

1. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias – Instituto Politécnico de Castelo Branco; 2. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal;

**Introdução:** A presença de crenças e atitudes contraproducentes em utentes com Dor Lombar Crónica (DLC) tem sido descrita de forma consistente pela literatura atual. Variáveis como o medo do movimento ou a catastrofização, assim como a perceção dos utentes acerca da sua dor lombar parecem correlacionar-se com elevados níveis de dor e incapacidade sendo ainda apontados como variáveis de mau prognóstico para os resultados das intervenções em saúde. Estas crenças, valores e comportamentos derivam de fatores pessoais, sociais e culturais mas também devido aos profissionais de saúde frequentemente formados no modelo biomédico. Contudo, é consensual que o modelo biomédico é insuficiente para explicar a dor crónica de origem músculo-esquelética pelo que, os profissionais de saúde devem estar conscientes do impacto das suas próprias atitudes e crenças sobre as atitudes e crenças do paciente. O objetivo deste estudo de caso é descrever a avaliação e intervenção da fisioterapia numa utente com DLC. A compreensão das crenças e atitudes da utente e as estratégias para a sua modificação são os aspetos centrais deste estudo de caso.

**Material e Métodos:** Uma mulher com 53 anos e história de DLC há vários anos foi a utente deste estudo de caso. A história clínica revelou a presença de crenças e atitudes inadequadas acerca da dor com origem em múltiplos diagnósticos e recomendações dos profissionais de saúde que consultou. Os exames complementares de diagnóstico e o exame físico não foram conclusivos quanto à origem mecânica da disfunção nem mostraram envolvimento do sistema nervoso periférico. A intensidade da dor foi avaliada através da Escala Visual Análoga e a incapacidade com a *Quebec Back Pain Disability Scale*. As variáveis cognitivas medo do movimento e catastrofização foram mensuradas através da *Tampa Scale of Kinesiophobia* e da *Pain Catastrophizing Scale*, respetivamente. Uma entrevista semiestruturada foi utilizada para recolha de dados qua-

litativos adicionais acerca da perceção do utente sobre a origem da dor. A intervenção consistiu em 5 sessões estruturadas de educação baseada na neurofisiologia da dor (EBN) com enfoque na reconceptualização da dor e exercício gradual. Foi também utilizado um manual de apoio à EBN e um plano de exercícios para casa que se prolongou durante 6 semanas após a intervenção. A utente foi avaliada na *baseline*, no final da intervenção presencial e após o programa de exercícios para casa.

**Resultados:** Após 3 semanas de intervenção observaram-se reduções na intensidade da dor (de 59/100 para 0/100), incapacidade (de 57/100 para 15/100), medo do movimento (de 32/52 para 18/52) e catastrofização (de 26/52 para 6/52). Após o período de exercício realizado em casa, idênticos resultados foram observados. Estes resultados foram confirmados pelos dados qualitativos que mostraram alterações favoráveis nas crenças/perceções acerca da DLC através da reconceptualização da dor.

**Discussão e Conclusão:** Este estudo de caso ilustra o impacto que as crenças e atitudes dos profissionais de saúde podem apresentar nas perceções dos utentes com dor crónica não específica. Os resultados observados mostram que a EBN pode ser uma estratégia efetiva para ajustar as crenças e atitudes associadas à dor assim como contribuir para a redução da intensidade da dor e incapacidade nos casos de DLC.

### P132 - EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO BASEADA NA NEUROFISIOLOGIA DA DOR E EXERCÍCIO AQUÁTICO EM COMPARAÇÃO COM UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO AQUÁTICO ISOLADO EM INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR CRÓNICA

Pires, D<sup>1</sup>, Branco, J<sup>2</sup>, Caeiro, C<sup>3</sup>, Cruz, EB<sup>3</sup>

1. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco; 2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; 3. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal

**Introdução:** O exercício é uma das modalidades mais utilizadas no tratamento da Dor Lombar Crónica (DLC) mas também a mais recomendada pela literatura atual. Apesar de efetivo, o exercício não parece responder às características cognitivas e comportamentais identificadas nesta população. Assim, existem recomendações

para que seja coadjuvado por educação de forma a minimizar a influência nos resultados de variáveis como o medo do movimento. Porém não é conhecido o real impacto nos resultados de um programa educacional quando acrescentado a um programa de exercício. O objetivo deste estudo foi investigar os efeitos de um programa de exercício aquático coadjuvado por educação baseada na neurofisiologia da dor (grupo experimental) comparado a um programa de exercício aquático isolado (grupo controlo), ao nível da intensidade da dor, incapacidade funcional e medo do movimento, em indivíduos com DLC.

**Material e Métodos:** Sessenta e dois indivíduos com DLC foram aleatoriamente distribuídos pelo grupo experimental (n= 30) e pelo grupo controlo (n= 32). Os participantes de ambos os grupos realizaram um programa de 6 semanas constituído por 12 sessões de exercício aquático. No caso do grupo experimental foram realizadas duas sessões de educação baseada na neurofisiologia da dor (EBN) antes do programa de exercício aquático. As medidas de avaliação primárias foram a intensidade da dor (Escala Visual Análoga) e a incapacidade funcional (*Quebec Back Pain Disability Scale*). Secundariamente avaliou-se o medo do movimento através da *Tampa Scale of Kinesiophobia*. Os participantes foram avaliados antes da intervenção, 3 semanas após o início do programa de exercício aquático, no final da intervenção e 3 meses após o final da intervenção.

**Resultados:** Foram encontradas melhorias significativas no final da intervenção ao nível da intensidade da dor e incapacidade funcional em ambos os grupos. Após 3 meses, apenas o grupo experimental apresentou melhorias significativas nas variáveis primárias. Na comparação entre grupos, os resultados foram favoráveis ao grupo experimental para a intensidade da dor nas avaliações após a intervenção ( $p= 0,032$ ) e após 3 meses ( $p= 0,007$ ). Quanto à incapacidade funcional e medo do movimento não se verificaram diferenças significativas entre grupos em nenhum momento. Também as medidas de relevância clínica utilizadas (tamanho do efeito; risco relativo; *number needed to treat*) favoreceram o grupo experimental.

**Discussão e Conclusão:** Os resultados mostram que um programa de exercício aquático e EBN foi mais efetivo na melhoria da intensidade da dor a curto e médio prazo do que um programa de exercício aquático isolado. Apesar de serem necessárias mais investigações sobre este tema, este estudo demonstra que a EBN pode otimizar os resultados quando associada a outras intervenções ativas como o exercício aquático.

### P133 – PROGRAMA DE EDUCAÇÃO E EXERCÍCIO PARA INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR CRÓNICA (REHMOVE): FATORES DE PROGNÓSTICO PARA OS RESULTADOS DE SUCESSO

Fernandes, R<sup>1</sup>, Cruz, EB<sup>1</sup>, Caeiro, C<sup>1</sup>

1. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal

**Introdução:** A Fisioterapia é uma abordagem de tratamento comumente utilizada no tratamento de indivíduos com dor lombar crónica (DLC) e a melhor evidência disponível sugere que programas baseados na educação e exercício terapêutico são mais efetivos comparativamente a outras abordagens conservadoras. Porém, o contributo de factores de prognóstico individuais para uma resposta de sucesso a este tipo de programas não é conhecida. Assim, este estudo tem por objectivo descrever o curso clínico de uma amostra de indivíduos com DLC que realizaram um programa de educação e exercício e identificar factores de prognóstico para a melhoria a curto prazo do nível da intensidade da dor e incapacidade funcional.

**Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo de coorte prospectivo com 70 indivíduos recrutados de forma consecutiva em diferentes locais de acordo com um conjunto de critérios de inclusão e exclusão pré-definidos. Os participantes foram avaliados na *baseline* e 6 semanas depois o início do programa. Foram incluídos como potenciais factores de prognóstico variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. Considerando os resultados de um estudo prévio, o sucesso do programa foi definido como uma melhoria na pontuação da versão portuguesa da Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS-PT)  $\geq 7$  (Diferença Mínima Clinicamente Importante – DMCI) e uma melhoria na pontuação da Escala Visual Análoga  $\geq 2$  (DMCI). A análise dos dados foi realizada através do teste de Wilcoxon, para descrever as diferenças nas pontuações entre a *baseline* e o *follow up* de 6 semanas, e de modelos regressão logística, para identificar as associações entre preditores e o sucesso do programa no *follow up* de 6 semanas.

**Resultados:** Dos 70 participantes incluídos no estudo, 62 completaram o *follow-up* (50,6  $\pm$  10,2 anos). Verificou-se uma redução significativa na intensidade da dor (6,5  $\pm$  2,35 para 3,2  $\pm$  2,12,  $p=0,001$ ) e na incapacidade funcional (40,76  $\pm$  15,14 para 29,74  $\pm$  14,64  $p=0,001$ ) entre a *baseline* o *follow-up* a 6 semanas. Consideran-

do o *outcome* “incapacidade funcional”, 39 indivíduos (62,9%) foram categorizados como tendo sucesso com o programa e 23 (37,1%) como tendo insucesso com o programa. De acordo com o modelo multivariado relativo à incapacidade funcional, o sucesso com o programa está estatisticamente associado com elevados níveis de incapacidade funcional (OR 1,1, CI 95% 1,04-1,16) e reduzidos níveis de intensidade da dor (OR 0,66, CI 95% 0,46-0,97), na *baseline*. Este modelo explica 46,4% (Nagelkerke  $R^2$ ) da variância da melhoria da funcionalidade acima da DMCI e classifica corretamente 80,3% dos indivíduos (sensibilidade 87,2% e especificidade 68,2%). Considerando o *outcome* intensidade da dor, o sucesso com o programa está estatisticamente associado com elevados níveis de intensidade da dor na *baseline* (OR 1,66, CI 95% 1,2-2,4). Este modelo explica 39,4 % (Nagelkerke  $R^2$ ) da variância da melhoria da intensidade da dor acima da DMCI e classifica corretamente 73,8% dos indivíduos (sensibilidade, 89,1%; e especificidade: 26,7%).

**Conclusão:** Os resultados deste estudo sugerem que a probabilidade de sucesso na melhoria da incapacidade funcional, após um programa de educação e exercício é maior para indivíduos com elevados níveis de incapacidade e reduzidos níveis de intensidade da dor, na *baseline*, enquanto que a probabilidade de sucesso na melhoria da intensidade da dor está relacionada com elevados níveis de intensidade de dor na *baseline*.

### P134 – FATORES DE PROGNÓSTICO PARA OS RESULTADOS DE SUCESSO DA FISIOTERAPIA MULTIMODAL EM UTENTES COM DOR CERVICAL CRÓNICA

Duarte, S.<sup>1</sup>, Carnide, F.<sup>2</sup>, Branco, J.<sup>3</sup>, Fernandes, R.<sup>4</sup>, Cruz, E.<sup>4</sup>

1. Centro de Medicina e de Reabilitação de Alcoitão
2. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa (FMH-UTL)
3. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa (FCM-UNL)
4. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)

**Introdução:** O conhecimento acerca da influência das características dos indivíduos com dor cervical crónica (DCC) no prognóstico dos resultados alcançados com a Fisioterapia é ainda inconsistente, sendo escasos os estudos desenvolvidos neste âmbito. Assim, pre-

tende-se determinar se um modelo baseado em fatores de prognóstico é capaz de prever os resultados de sucesso da Fisioterapia, a curto prazo, em utentes com DCC, ao nível da incapacidade funcional, intensidade da dor e perceção global de melhoria.

**Material e Métodos:** Este é um estudo de coorte prospetivo com 112 participantes. Os utentes foram avaliados na primeira semana de tratamento e 7 semanas após o início da intervenção. Os instrumentos utilizados foram o *Neck Disability Index*–Versão Portuguesa (NDI-PT) e a Escala Numérica da Dor (END) nos dois momentos de avaliação, um Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica da Amostra na *baseline* e a *Patient Global Impression Change Scale*–Versão Portuguesa (PGIC-PT) no *follow-up*. As características sociodemográficas e clínicas foram incluídas como potenciais fatores de prognóstico e estes foram definidos com base nas diferenças mínimas clinicamente importantes (DMCI) dos instrumentos NDI-PT (DMCI $\geq$ 6) e END (DMCI $\geq$ 2) e no critério de pontuação  $\geq$ 5 na PGIC-PT. A análise dos dados foi realizada através do método de regressão logística (*backward conditional procedure*) para identificar as associações entre os indicadores e as variáveis de resultado ( $p<0.05$ ).

**Resultados:** Dos 112 participantes incluídos no estudo, 108 completaram o *follow-up* (média de idade: 51.76 $\pm$ 10.19). No modelo multivariado relativo à incapacidade funcional, os resultados de sucesso encontram-se associados a elevados níveis de incapacidade na *baseline* (OR=1.123; 95% IC 1.056–1.194) e a duração da dor inferior a 12 meses (OR=2.704; 95% IC 1.138–6.424). Este modelo explica 30.0% da variância da melhoria da funcionalidade e classifica corretamente 74.1% dos utentes (sensibilidade: 75.9%; especificidade: 72.0%). O modelo relativo à intensidade da dor identificou apenas a associação do *outcome* com níveis elevados de intensidade da dor na *baseline* (OR=1.321; 95% IC 1.047–1.668), explicando 7.5% da variância da redução da mesma e classificando corretamente 68.2% dos utentes (sensibilidade: 94.4%; especificidade: 16.7%). O modelo final referente à perceção de melhoria apresentou uma associação com a intensidade da dor na *baseline* (OR=0.621; 95% IC 0.465–0.829), com a presença de cefaleias e/ou tonturas (OR=2.538; 95% IC 0.987–6.526) e com a duração da dor superior a 12 meses (OR=0.279; 95% IC 0.109–0.719). Este modelo explica 27.5% da variância dos resultados para este *outcome* e classifica corretamente 73.1% dos utentes (sensibilidade: 81.8%; especificidade: 59.5%).

**Discussão e Conclusão:** Embora a comparação dos dados tenha sido dificultada pela reduzida quantidade de estudos disponíveis e pela sua heterogeneidade metodológica, os nossos resultados são sugestivos de que utentes com DCC com elevada incapacidade na *baseline* e queixas de dor há menos de 12 meses apresentam maior probabilidade de obter melhorias ao nível da incapacidade funcional, elevados níveis de intensidade da dor na *baseline* predizem resultados de sucesso na redução da dor após sete semanas de Fisioterapia e utentes com DCC com baixos níveis de dor na *baseline*, com cefaleias e/ou tonturas e com queixas de dor há mais de 12 meses apresentam maior probabilidade de obter uma melhor percepção de melhoria.

### P135 – EFFICACY AND SAFETY OF WEEKLY ADALIMUMAB IN RHEUMATOID ARTHRITIS, ANKYLOSING SPONDYLITIS AND PSORIATIC ARTHRITIS

Vieira, R<sup>1</sup>, Abelha, J<sup>2</sup>, Terroso, G<sup>2</sup>, Madureira, P<sup>2</sup>, Fonseca, R<sup>2</sup>, Gonçalves, D<sup>3</sup>, Bernardo, A<sup>2</sup>, Bernardes, M<sup>2</sup>, Costa, L<sup>3</sup>

1. São João Hospital Centre, Dr. Nêlio Mendonça Hospital, University of Porto Medical School
2. São João Hospital Centre, University of Porto Medical School
3. São João Hospital Centre

**Background:** According to the manufacturer's recommendations, adalimumab is given subcutaneously at a standard dose of 40 mg every other week (40 mg/2w), and treatment with adalimumab can be intensified by shortening the dosing interval to 1 week. The literature on treatment intensification is scarce, and results regarding efficacy are diverging<sup>1</sup>.

**Objectives:** To retrospectively evaluate the efficacy and safety of adalimumab intensification in patients with rheumatoid arthritis (RA), ankylosing spondylitis (AS) and psoriatic arthritis (PsA).

**Methods:** All patients followed at our Rheumatology department whose adalimumab dose was ever intensified to 40 mg every week for at least 3 months were retrospectively analysed. As part of our centre medical approach, adalimumab dose intensification was only performed if disease activity persisted despite of non-biologic drugs full optimization. Efficacy was assessed comparing the medians (minimum, maximum) of the main clinical and/or laboratorial outcomes [patient glo-

bal assessment of disease activity visual analogue scale (VAS), nocturnal back pain VAS, number of peripheral joints with pain or swelling, C-reactive protein (CRP, mg/l), erythrocyte sedimentation rate (ESR, mm/hr), ASDAS-CRP, BASDAI, BASFI, BASMI, DAS-28, HAQ ] for each disease at the moment of dose intensification and 3 or 6 months after using the Sign test. Safety was assessed based on the incidence of severe infections or malignancies after dose intensification.

**Results:** of 134 ever treated with adalimumab, 33 were submitted to 40 mg every week but only 26 fulfilled the inclusion criteria (13 with AS, 10 with RA and 3 with PsA). Those with AS had a median age of 43 (24, 66) years and disease duration of 23 (5, 41) years. All variables decreased after adalimumab intensification but only patient global assessment of disease activity VAS (60 to 25 mm), BASDAI (5.7 to 3.1) and BASFI (4.95 to 3.20) were statistical significant (p<0.05). Adalimumab intensification retained in treatment 9 of the 13 AS patients. Those with RA had a median age of 50.5 (39, 57) years and disease duration of 21 (10, 34) years. All variables decreased after adalimumab intensification with exception of HAQ that increased slightly (1.13 to 1.19). However only CRP (6.25 to 4.70 5.2 mg/l) was statistical significant (p<0.05). Adalimumab intensification retained in treatment 9 of the 10 patients. All 3 patients with PsA experienced improvement of all clinical and laboratorial parameters but adalimumab intensification was sufficient to retain in treatment only two patients. None of the 33 patients experienced severe infections. One patient died from pancreatic cancer 3 months after adalimumab intensification. Nineteen of the 25 alive patients are currently under weekly adalimumab.

**Conclusions:** We conclude that intensifying treatment with adalimumab may lead to improved clinical outcome in some patients without major definitely established safety concerns.

#### REFERENCES

1. Eng G, et al. Efficacy of treatment intensification with adalimumab, etanercept and infliximab in rheumatoid arthritis: A systematic review of cohort studies with focus on dose. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 43 (2013) 144–151

### P136 – INDUÇÃO DE AUTO-ANTICORPOS EM DOENTES TRATADOS COM AGENTES ANTI-TNF $\alpha$

Fonseca, R<sup>1</sup>, Abelha-Aleixo, J<sup>1</sup>, Rosa-Gonçalves, D<sup>1</sup>,



Aguiar, F<sup>1</sup>, Madureira, P<sup>1</sup>, Vieira, R<sup>1</sup>, Bernardo, A<sup>1</sup>, Bernardes, M<sup>1</sup>, Mariz, E<sup>1</sup>, Costa, L<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar de São João

**Introdução:** Vários ensaios clínicos demonstraram que existe um aumento da produção de auto-anticorpos, nomeadamente anticorpos anti-nucleares (ANA) e anticorpos anti-DsDNA (anti-dsDNA), em doentes com Artrite Reumatóide e Espondilartrite sob infliximab. Relativamente aos outros anti-TNF $\alpha$ , esta associação é suspeita mas não foi comprovada até ao momento. No caso da Artrite Psoriásica, não existem ainda dados na literatura que confirmem esta associação.

**Objetivo:** Avaliar o efeito do tratamento com agentes anti-TNF $\alpha$ , no perfil de anticorpos (ANA e anti-DsDNA) de doentes com diagnóstico de Artrite Reumatóide (AR), Artrite Psoriásica (AP) e Espondilartrite (Spa).

**Métodos:** Realizado estudo retrospectivo e observacional. Foram incluídos doentes com diagnóstico de AR, AP e Spa tratados com agentes anti-TNF $\alpha$  (infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab) como 1<sup>o</sup> biológico e com um follow-up de pelo menos 1 ano. Dados demográficos, clínicos e laboratoriais (incluindo doseamento sérico de ANAs e anti-DsDNA na baseline, 6 meses e 12 meses) foram obtidos por consulta do processo clínico e da base de dados Reuma.pt. Foi usado o teste McNemar na análise estatística (SPSS 21.0).

**Resultados:** Foram incluídos 193 doentes, 32.6% (63) com AR, 19.2% (37) com AP e 48.2% (93) com Spa. 58.5% (113) eram do sexo feminino, com uma idade média de 49.1  $\pm$  11.6 anos e uma duração média de doença de 12.5  $\pm$  9 anos. 19.2% doentes (37) estavam sob infliximab, 29% doentes (56) sob etanercept, 45.6% (88) sob adalimumab e 6,2% (12) sob golimumab. Na baseline, 13 doentes com AR (20.6%), 3 doentes com AP (8.1%) e 4 doentes com Spa (4.3%) apresentavam ANAs positivos sendo mais frequente o padrão homogéneo (83.3%, 66.7% e 50.5%, respectivamente). Relativamente aos anticorpos anti-DsDNA, estes eram positivos em 1 (1.6%) doente com AR, 3 (3.2%) doentes com Spa sendo negativos nos doentes com AP. Aos 6 meses não foram encontrados aumentos estatisticamente significativos na percentagem de doentes com ANAs ou anti-DsDNA positivos. Aos 12 meses, a frequência de doentes com ANAs positivos aumentou significativamente de 20.6% para 31.7% na AR (p=0,02), 8.1% para 27% na AP (p=0,03) e 3.2% para

14% na Spa (P=0,02). Verificou-se também um aumento significativo na positividade para anti-DsDNA nos doentes com AR aos 12 meses (4,8% vs 1,6% p=0,02). O mesmo não se verificou para os doentes com AP ou SPA. Realizando a análise por fármaco, verificou-se um aumento na produção de ANAs significativo nos doentes sob infliximab (10.8% vs 27% p=0,02) e adalimumab (10.2% vs 25% p=0,02) aos 12 meses. Dos doentes que desenvolveram ANAs e anti-DsDNA apenas se registaram 3 casos de Lúpus eritematoso sistémico induzido por anti-TNF

**Conclusão:** No nosso estudo, foi possível confirmar que existe aumento da produção de ANAs nos doentes tratados com anti-TNF $\alpha$ , nas 3 patologias estudadas. Isto ocorreu mais frequentemente aos 12 meses e foi superior nos doentes sob infliximab e adalimumab. O aumento da produção de anti-DsDNA apenas foi significativo para a AR. São necessários mais estudos para avaliar qual a implicação clínica desta associação, já que o LES induzido por anti-TNF ocorreu numa minoria dos doentes.

### P137 – PREGNANCY OUTCOMES AFTER EXPOSURE TO CERTOLIZUMAB PEGOL: RESULTS FROM SAFETY SURVEILLANCE

Mahadevan, U<sup>1</sup>, Vermeire, S<sup>2</sup>, Wolf, DC<sup>3</sup>, Förger, F<sup>4</sup>, Cush, JJ<sup>5</sup>, Golembesky, A<sup>6</sup>, Shaughnessy, L<sup>6</sup>, De Cuyper, D<sup>6</sup>, Abbas, S<sup>7</sup>, Clowse, MEB<sup>8</sup>, Avó, L<sup>9</sup>

1. UCSF Medical Center, San Francisco, USA
2. University of Leuven, Leuven, Belgium
3. Atlanta Gastroenterology Associates, Atlanta, USA
4. University of Bern, Bern, Switzerland
5. Baylor Research Institute and Baylor University Medical Center, Dallas, USA
6. UCB Pharma Raleigh Durham, USA
7. UCB Pharma, Paris, France
8. Duke University Medical Center, Durham, USA
9. UCB Pharma, Lisbon, Portugal (presenting author);

**Background:** Certolizumab pegol (CZP) is a PEGylated Fc-free anti-TNF approved in 45 countries for the treatment of rheumatoid arthritis (RA) and/or Crohn's disease (CD); it was recently approved for psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis. Prior analysis of pregnancy data from the UCB Pharma global safety database through 06Mar2012 have been published previously.<sup>1</sup> This is an updated analysis of pregnancy outcomes after CZP exposure from the database including

new reports and ongoing pregnancies.

**Methods:** The UCB global safety database, designed to house and report adverse events for UCB products, was searched for all medically confirmed cases of pregnancy through 28Mar2013. Reported pregnancies include women who become pregnant while participating in a clinical study and spontaneous post-marketing reports. The number of live births, spontaneous miscarriages and elective terminations for neonates exposed to CZP (maternal and paternal exposure) was examined. Congenital abnormalities, neonatal deaths and maternal demographics were also investigated.

**Results:** As of 28Mar2013, 309 CZP exposed pregnancies were reported, 285 were maternal exposure and 24 were paternal. For pregnancies with maternal expo-

sure, the major underlying condition was CD (190/285; 67%). Pregnancy outcomes were available for 190 of these 285 pregnancies: 124 in women with CD and 66 in women with other indications. For the 124 pregnancies in women with CD with known outcomes, 91 (73%) resulted in live birth, 25 (20%) in spontaneous miscarriage and 8 (7%) in elective termination. Table 1 presents characteristics for pregnancies in women with CD and for all reported pregnancies. Four congenital anomalies were reported among all live births with maternal CZP exposure (n=132): vesicoureteric reflux, congenital morbus, hirschsprung disease and club foot, high aortic arch with aberrant left subclavian artery, and mild unilateral hydronephrosis on antenatal ultrasound, described as healthy upon birth.

**TABLE I.**

Parameter	CD (N=190) n (%)	All (N=285) n (%)
<b>Known Pregnancy Outcome</b>	124	190
Live Birth	91 (73.4%)	132 (69.5%)
Spontaneous Abortion	25 (20.2%)	36 (18.9%)
Elective Termination	8 (6.5%)	22 (11.6%)
<b>Maternal Age at Delivery<sup>1</sup></b>		
Number with available data	71	101
Mean (SD)	30.3 (4.96)	30.5 (5.10)
Median	29.3	29.8
Min, Max	21.7, 42.9	21.5, 42.9
<b>Gestational Age at Outcome<sup>2</sup></b>		
Number with available data	50	77
Mean (SD)	38.4 (2.02)	38.3 (1.97)
Median	39.0	39.0
Min, Max	32.0, 41.7	32.0, 41.7
<b>Prematurity<sup>2</sup></b>		
Number with available data	56	86
< 32 weeks	1 (1.8%)	1 (1.2%)
32 – 36 weeks	6 (10.7%)	10 (11.6%)
>or= 37 weeks	49 (87.5%)	75 (87.2%)
<b>Baby Weight (grams)<sup>3</sup></b>		
Number with available data	41	62
Mean (SD)	3222.6 (429.87)	3194.3 (447.84)
Median	3230.0	3215.0
Min, Max	2100.0, 4100.0	2100.0, 4535.9
<b>Low Birth Weight<sup>3</sup></b>		
1500 – 2499 grams	2 (4.9%)	2 (3.2%)
>or= 2500 grams	39 (95.1%)	60 (96.8%)

1. Analysis restricted to live births

2. Analysis restricted to singleton live births

3. Analyses restricted to singleton, term, live births

None of these events were considered related to CZP by the treating physicians. A single neonatal death was reported after maternal exposure in one of a set of twins delivered before 26 weeks of gestation.

**Conclusion:** Updated analysis of pregnancy outcomes after exposure to CZP supports previous reports suggesting no apparent impact of maternal CZP exposure on pregnancy outcomes. Additional prospective data are required to fully evaluate the safety and tolerability of CZP in pregnancy.

#### REFERENCES

1. Clowse M. *Arthritis Rheum* 2012;64(Suppl10):S702

### P138 – INTRAVENOUS IMMUNOGLOBULIN (IVIG) IS EFFECTIVE AND SAFE IN SEVERE OR REFRACTORY RHEUMATIC DISEASES

Fonseca, R<sup>1</sup>, Abelha-Aleixo, J<sup>1</sup>, Rosa-Gonçalves, D<sup>1</sup>, Aguiar, F<sup>1</sup>, Vieira, R<sup>1</sup>, Madureira, P<sup>1</sup>, Bernardo, A<sup>1</sup>, Bernardes, M<sup>1</sup>, Mariz, E<sup>1</sup>, Costa, L<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia - Centro Hospitalar de São João

**Background:** Intravenous immunoglobulin (IVIG) is effective in a wide range of clinical conditions, other than primary immunodeficiency, including rheumatic diseases. In fact, in the era of newer immunosuppressive drugs, there have been an increasing number of clinical indications for which IVIG has been tried with success.

**Objectives:** To evaluate the effectiveness and safe of off-label IVIG treatment in different rheumatic diseases, in patients of our Rheumatology Department.

**Methods:** We performed an observational retrospective study. Patients treated with IVIG between 2007 and 2013 were included. Only off-label IVIG administrations were considered.

**Results:** 21 patients were included. 18 (85,7%) were female, mean age  $50,5 \pm 14,3$  years and mean disease duration  $4 \pm 5,7$  years. The patients received a median of 14,5 [1-48] courses/patient (total of 346 administrations). The mean follow-up for long-term therapy was  $21,80 \pm 18$  months. 19 patients received a high dose IVIG protocol (2g/kg divided in 4 days) monthly for 6 months, followed by therapy every 2–3 months. 2 SLE patients with haematological flare obtained rapid improvement with only one pulse of treatment. The diagnoses were: systemic lupus erythematosus (6), polymyositis (4), dermatomyositis (2) systemic sclerosis/polymyositis overlap syndrome (2), mixed connec-

tive tissue disease (1) and mononeuritis multiplex vasculitis (5 ; 2 secondary to parvovirus B19 infection, 1 cryoglobulinemic vasculitis, 1 rheumatoid vasculitis, 1 ANCA related vasculitis) and livedoid vasculopathy (1). The clinical indications for start IVIG were: disease severity (4), unresponse to other treatments (5) or contra-indications/adverse events with previous immunosuppressive drugs (12; 10 due to infections and 2 due to toxicity). No severe adverse events were reported during the follow-up. The response to IVIG treatment was remission in 18 patients. The patient with livedoid vasculopathy, despite the initial good improvement, lost treatment response after 7 years. 1 SLE patient with severe thrombocytopenia did not respond and was treated with rituximab. 1 patient with polymyositis did not respond to IVIG and his diagnosis is currently being reassessed.

**Conclusions:** In our experience, IVIG has shown efficacy in a wide range of rheumatic diseases, without occurrence of severe adverse events. IVIG is a good choice especially for patients with unresponsive or severe disease.

### P139 – METORAL: IMPACT OF METHOTREXATE TREATMENT IN THE ORAL HEALTH OF PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES

Farinha, F<sup>1</sup>, Cunha, I<sup>1</sup>, Vidal, S<sup>2</sup>, Correia, A<sup>3</sup>, Santana, S<sup>4</sup>, Antunes, J<sup>5</sup>, Teixeira, I<sup>2</sup>, Barcelos, A<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, CHBV - Aveiro
2. UCSP Ílhavo II
3. UCSP Águeda V
4. UCSP Gafanha da Nazaré; 5 USF Costa de Prata;

**Introduction:** There is a growing interest in the association between oral health and autoimmune diseases, particularly periodontal disease and Rheumatoid arthritis. Several factors may be involved in this association, from shared inflammatory disease pathways to shared risk factors such as smoking, oral hygiene difficulties from joint dysfunction and effects of various drugs. Our hypothesis is that methotrexate (MTX), one of the most frequently used DMARDs, which is usually related to stomatitis, influences the risk of developing other oral health problems.

**Material and Methods:** In the first part of this project we recruited a group of outpatients under treatment with MTX for at least 1 year in the last 5 years, and as-

ked them about oral health problems before and after starting this drug. Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test was used to compare the number of oral problems before and after the use of MTX. After, a convenient sample of outpatients attending a Rheumatology clinic and two primary care healthcare centers was recruited and divided in two other groups: group 1 – absence of rheumatic inflammatory disease; group 2 – with rheumatic inflammatory disease without treatment with MTX. Independent-Samples Kruskal-Wallis Test was performed to compare oral pathology and oral hygiene habits between the three groups. Statistical analysis was performed using IBM® SPSS® Statistics version 20. Statistical significance was set at 0.05.

**Results and Discussion:** In MTX group, after starting treatment, there was a significant increase in the number of patients reporting oral pathology (73,4 versus 89,9%). Moreover, the number of oral problems recalled by each patient was significantly superior after MTX ( $p=0,000$ ), with more cases of dental fractures and avulsions. A total of 221 patients were included in the comparative study: 79 in the MTX group (61% females, mean age  $51\pm 12$ ), 56 in group 1 (77% females,

mean age  $47\pm 15$ ) and 86 in group 2 (76% females, mean age  $49\pm 13$ ). There was no significant difference in the number of daily toothbrushing between groups (median 2), in the materials used (47,5% of patients use only toothbrush and paste) and in the use of dental prosthesis (33,5% of patients). There was also no significant difference in smoking and alcohol use between groups (85,1% nonsmokers, 75,1% nondrinkers). The comparison between the three groups revealed a significant difference in the presence of oral pathology ( $p=0,001$ ) which is superior in group 2 (96,5%), followed by MTX group (89,9%) and then group 1 (83,9%). The most frequently reported problems were cavities (75,1% of patients), dental extractions (53,8%), devitalizations (26,7%) and fractures (19,9%).

**Conclusions:** Although patients recalled a significantly superior number of oral problems after initiating MTX, the comparative analyses showed a superior prevalence of oral pathology in the group not treated with this drug. Further studies are necessary to clarify this issue.