



SESSÕES

Sessões

ACTA REUMATOL PORT. 2017;32:19-23 (SUP)

SESSÃO DE ABERTURA

A ARTE NA MEDICINA

Manuel Valente Alves

SESSÃO I – HOT TOPICS EM SÍNDROMES DE FRAGILIDADE

PALESTRA 1

SARCOPENIA E SÍNDROMES DE FRAGILIDADE DO IDOSO

Carlos Vaz

A importância da perda de massa e função musculares que acompanha a idade tem-se mostrado uma área com interesse médico relevante. É uma condição, conhecida por sarcopenia, que se encontra relacionada com a diminuição da capacidade funcional do indivíduo à medida que este envelhece.

A sarcopenia (do grego: sarx – carne; penia – perda ou diminuição) é definida, não só pela diminuição da massa muscular, pela associação desta a perda de força muscular. Acompanha-se de aumento de risco de eventos com consequências negativas na população idosa e está associada a outras condições características do envelhecimento.

A Síndrome de fragilidade do idoso é uma condição clínica em que há uma diminuição das reservas homeostáticas de um indivíduo para resistir a agressões externas e, por isso, acarreta uma maior vulnerabilidade para desfechos adversos. Está associada a eventos negativos como quedas com as consequentes fraturas, hospitalizações, perda de autonomia, incapacidade e eventual morte.

A definição operacional definida por Fried consiste na verificação de três dos cinco pontos: (1) perda não intencional de peso, (2) exaustão, (3) fraqueza muscular, (4) baixa velocidade de marcha e (5) baixa atividade física.

A sarcopenia e a fragilidade são duas das importantes síndromas do idoso e estão interrelacionadas e apresentam características comuns.

É uma condição reversível, sobretudo quando identificada em fases precoces.

Na população identificada com esta condição clínica existem estratégias multidisciplinares para a melhoria do quadro clínico. Os objetivos devem ser o da preservação da autonomia do indivíduo, e a intervenção baseia-se em vários componentes. Há demonstração de que a promoção do exercício físico, o reforço do aporte proteico e calórico na dieta, a correção da deficiência em vitamina D e a redução da polimedicação tem resultados positivos neste contexto clínico.

Por outro lado, há necessidade de desenvolver políticas de saúde que reforcem o apoio à população idosa no sentido da melhoria da qualidade de vida, com a consequente redução de custos.

PALESTRA 2

DESAFIOS ATUAIS NA TERAPÊUTICA DA OSTEOPOROSE

Viviana Tavares

O objectivo principal da terapêutica da osteoporose (OP) é a prevenção de fracturas de fragilidade. Os avanços no diagnóstico, na identificação do risco de fractura e na terapêutica que se verificaram nas últimas duas décadas do século passado e na primeira década do século XXI podem ter contribuído para a estabilização, e em alguns casos redução, da incidência de fracturas da anca, o principal marcador epidemiológico da osteoporose (OP), reportado em alguns países.

No entanto, esta tendência, que estava longe de ser universal, parece ter atingido um *plateau*, enquanto em muitos outros países se continua a assistir a um aumento da incidência de fracturas.

Na realidade, os desafios actuais continuam a ser os antigos (identificação dos indivíduos com maior risco fracturário, intervenção terapêutica adequada, instituição de medidas não farmacológicas e de programas de prevenção de quedas) a que se somam os resultantes das complicações decorrentes do uso prolongado de terapêuticas anti-reabsortivas, da ausência de novas alternativas terapêuticas nos últimos anos, da utilização crónica de fármacos que contribuem para uma dimi-

nuição da massa óssea e, eventualmente, para o aumento do risco de fractura e, talvez o desafio mais relevante, a da necessidade de informar e sensibilizar os profissionais de saúde e os doentes para os benefícios do tratamento da OP, que ultrapassam em muito os potenciais riscos.

A existência de recomendações gerais para a abordagem da OP não deve fazer esquecer a necessidade de adaptar a nossa intervenção de acordo com o risco fracturário de cada doente.

SESSÃO II – ASPETOS CLÍNICOS NAS ESPONDILARTRITES

PALESTRA 1

BONE IN ANKYLOSING SPONDYLITIS

Helena Santos

Ankylosing Spondylitis (AS) is a chronic inflammatory disease with unclear pathogenesis.

Bone formation is a hallmark feature of AS but paradoxically low bone mass (osteopenia or osteoporosis) and osteoporotic vertebral fractures are well known complications of AS.

New bone formation is considered to be a local process, usually involving the axial skeleton, including spine, sacroiliac joints and hip joints and are major determinants for long term outcome and disability. Abnormally active signalling by wingless-type (wnt) and bone morphogenic proteins (BMP) mediated pathways have been suggested as major contributors to disease related ossification.

Osteoporosis is commonly seen in AS (19-62%), even in the early stages of the disease, and is associated with increase risk of fracture and decreased quality of life. Bone loss in AS is multifactorial but the exact mechanism and causes are not fully identified. In early stages, inflammation may play a dominant role and in more advanced stages, spine and hip ankylosis result in decrease mobility, which may induce disease osteoporosis.

Ankylosing Spondylitis patients have an increase of vertebral fractures but prevalence is highly variable in different studies. Vertebral fractures may be atypical and neurological complications are more common.

The efficacy of therapeutic interventions is still a matter of debate. Regarding bone formation, non-steroidal anti-inflammatories (NSAIDs) proved to delay structural progression and more recently data on

secukinumab, an IL-7 inhibitor, also showed a similar result. Treatments controlling inflammation, like NSAIDs and TNF inhibitors, may influence bone loss but data on fracture risk are sparse.

PALESTRA 2

AXIAL SPONDYLOARTHRITIS IN CLINICAL PRACTICE

Désirée van der Heijde¹

1. Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands

A patient with a suspicion of axial spondyloarthritis (axSpA) should get a structured history taking, followed by a physical examination focusing on the presence of arthritis, enthesitis, dactylitis and psoriasis. Assessment of spinal mobility is limited in differentiating patients with axSpA from patients with mechanical back pain. Labtest should include CRP and HLA-B27. If a suspicion of axSpA remains, imaging can be performed. Current practice is to start with a conventional radiograph of the sacroiliac (SI) joint and if equivocal, this should be followed by an MRI of the SI joints. Focus should be on inflammation, but structural changes may also be present which enhances the certainty of a diagnosis of sacroiliitis as part of axSpA. Performance of an MRI of the spine is usually not useful in the diagnostic work-up. This does not add information to make the correct diagnosis of axSpA and is limited in providing other causes for the back pain. The ASAS classification criteria for axial SpA should not be applied to diagnose a patient.

When a patient has been diagnosed, treatment according to the 2016 ASAS-EULAR recommendations is advised. To monitor patients, level of disease activity should be determined by ASDAS or alternatively BASDAI and CRP. In general, it is not necessary to use MRI to monitor treatment. However, it can be necessary to perform an MRI to define the correct indication for biological treatment. In general, patients with and without radiographic sacroiliitis have the same burden of disease and treatment should be similar.

SESSÃO III – ASPETOS CLÍNICOS NA ARTRITE REUMATÓIDE

PALESTRA 1

EPIGENÉTICA

Alain Cantagrel

PALESTRA 2

GESTÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR NA ARTRITE REUMATÓIDE

José António Pereira da Silva

SESSÃO IV – CONETIVITES/DOENÇAS SISTÉMICAS REUMÁTICAS

PALESTRA 1

WHAT IS NEW IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LARGE VESSEL VASCULITIS?

Cristina Ponte

Large vessel vasculitis (LVV) is a term used to describe a group of primary vasculitides predominantly affecting the aorta and its major branches. The two major subtypes of LVV are giant cell arteritis (GCA) and Takayasu arteritis (TA), which have distinctive features. GCA occurs predominantly in white European women aged >50 years, whilst TA affects women <40 years from the Middle East and Asia. Although temporal artery biopsy (TAB) has been the gold standard for diagnosing GCA, ultrasound has shown superior sensitivity but lower specificity. A combined approach, starting with ultrasound in all suspected cases of GCA, and performing TAB in only negative ultrasound cases with high-level of suspicion, has proven to be the best cost-effective choice for its diagnosis. There are no diagnostic criteria for GCA or TA, and the existing classification criteria from the American College of Rheumatology 1990 are currently outdated. The “Diagnostic and Classification Criteria for Vasculitis study” (DCVAS) is a multinational observational study, started in 2010 and currently ongoing, designed to develop diagnostic criteria and to update classification criteria for primary systemic vasculitides, including GCA and TA. Glucocorticoids are still the mainstay of therapy for LVV. The search for an effective steroid-sparing agent has proven elusive in most cases. In GCA, tocilizumab is the biologic drug with best evidence reported for its treatment; abatacept and ustekinumab have also shown promising results. In TA, infliximab and tocilizumab are the biologic drugs of choice. Imaging techniques, particularly ultrasound, have an important role in assessing therapy response.

PALESTRA 2

ESTADO DA ARTE EM ESCLERODERMIA

Marco Matucci Cerinic

SESSÃO V – OSTEOARTROSE DIA A DIA

PALESTRA 1

OSTEOARTHRITIS DAILY LIFE – HOW CAN RHEUMATOLOGISTS MAKE A DIFFERENCE?Ana M. Rodrigues^{1,2,3}

1. EpiDoc Unit – Unidade de Epidemiologia em Doenças Crónicas (CEDOC, NMS/UNL), Lisboa, Portugal
2. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa, Portugal
3. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Osteoarthritis (OA) is one of the most frequent chronic musculoskeletal diseases that lead to pain and disability. Hand, knee and hip are the most frequent affected joints. OA prevalence increases with age and elderly people are severally affected with this disease. Results from EpiReumaPt have showed that in Portuguese adults the combined prevalence of hip and/or knee and/or hand OA in Portugal is 19.1% reaching almost 40% among aged population. Moreover, OA was associated with early exit from paid employment specifically knee OA (OR: 2.25; CI: 1.42-3.59; p=0.001). Knee OA seems to be particularly associated with long-term unemployment in Portugal.

Currently, there are no disease-modifying effective drugs available for OA and management should be focused on pain control, function and quality of life improvement. These patients have several other concomitant chronic diseases that should be considered when providing a continuum of care. This complex and multidomain target – pain, physical function and quality of life – can be achieved by person-oriented intervention models that are multidisciplinary and include a combination of patient education, pharmacological, non-pharmacological (namely lifestyle changes) and surgical interventions. Rheumatologists are key players in this treat-to-target approach by identifying individual specific needs and developing a personalized treatment plan with the collaboration of primary care physician, physiatrists, orthopedic surgeons, nutritionists and nurses. Moreover, rheumatologists are experts in identifying secondary causes of osteoarthritis (ex: rheumatoid arthritis, metabolic diseases, etc) and in some situations prevent further joint damage. Finally, rheumatologists are provided with a pallet of skills (sinovitis diagnosis and treatment; joint pain relief strategies, etc) that are determinant in OA patients care.

PALESTRA 2

MITOS E REALIDADES NO TRATAMENTO DA OSTEOARTROSE

Margarida Cruz

A osteoartrose é a patologia articular mais prevalente em todo o Mundo. Pode definir-se como um grupo de doenças distintas, com diferentes etiologias mas manifestações biológicas, morfológicas e clínicas semelhantes. Diversos factores precipitantes levam ao envolvimento de todos os elementos da articulação, com falência da mesma. A sua prevalência aumenta com o envelhecimento, pelo que, pela repercussão a vários níveis na saúde de uma população cada vez mais vasta, que envolve custos pessoais, sociais e económicos elevados, é sem dúvida uma preocupação mundial. A osteoartrose é responsável por um número muito elevado de reformas antecipadas, incapacidade e perda de autonomia e qualidade de vida. Por estes motivos, um tratamento eficaz é altamente desejável. Não existe hoje em dia nenhum tratamento com eficácia satisfatória, sobretudo nos casos mais graves de doença. Diversas organizações, nomeadamente EULAR, OARSI, ACR e NICE, têm publicado recomendações para o tratamento da osteoartrose. No entanto, grande parte dos tratamentos existentes, tanto não farmacológicos como farmacológicos, têm eficácia controversa segundo diferentes estudos com qualidade, problema a que a diversidade de causas e mecanismos de doença não é certamente alheia. Recentemente, a organização ESCEO publicou um algoritmo de tratamento que propõe, pela primeira vez, um escalonamento e sequência de tratamentos, segundo a melhor evidência disponível. Neste trabalho são abordados alguns mitos no tratamento da osteoartrose e a evidência que permite definir a realidade acerca dos mesmos. Por exemplo: 1. O paracetamol é um fármaco seguro; 2. Os SYSADOAS são ineficazes no tratamento da dor; 3. A acupunctura não é um tratamento válido para a osteoartrose; 4. A viscosuplementação com ácido hialurónico não é eficaz; 5. O plasma rico em plaquetas não é um tratamento válido; 6. A osteoartrose é uma doença intratável.