

# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA



XIV | Congresso  
Português de Reumatologia  
Vilamoura Algarve

Sociedade  
Portuguesa de  
Reumatologia

Hotel Tivoli Marinotel

215 Abril

08

[www.spreumatologia.pt](http://www.spreumatologia.pt)

# ACTA REUMATOLÓGICA PORTUGUESA

CONSELHO EDITORIAL

## Editor Chefe (Chief Editor)

Maria José Parreira Santos

## Editores Associados (Associated Editors)

António Albino Teixeira	José António Pereira da Silva
Elizabeth Benito-Garcia	José Carlos Romeu
Helena Canhão	Maria José Leandro
Luís Graça	Paulo Nicola
João Eurico Fonseca	Teresa Carvalho

CONSELHO EDITORIAL INTERNACIONAL

Alfonse Masi (E.U.A.)	Joseph Smolen (Áustria)
Anisur Rahman (Reino Unido)	Juan Gómez-Reino (Espanha)
António Lopes Vaz (Portugal)	Loreto Carmona (Espanha)
Auli Toivanen (Finlândia)	Marcos Bosi Ferraz (Brasil)
Dafna Gladman (Canada)	Maria Odete Hilário (Brasil)
David Isenberg (Reino Unido)	Mário Viana de Queiroz (Portugal)
Eliseo Pascual (Espanha)	Maurizio Cutolo (Itália)
Emilia Sato (Brasil)	Maxime Dougados (França)
Francisco Airton da Rocha (Brasil)	Michel Revel (França)
Gabriel Herrero-Beaumont (Espanha)	Patricia Woo (Reino Unido)
Gerd Burmester (Alemanha)	Piet van Riel (Holanda)
Graciela Alarcon (E.U.A.)	Rainer H. Straub (Alemanha)
Hasan Yazici (Turquia)	Ralph Schumacher (E.U.A.)
Ian Chikanza (Reino Unido)	Raashid Luqmani (Reino Unido)
Jaime C. Branco (Portugal)	Steffen Gay (Suíça)
Jan Dequeker (Bélgica)	Tim Spector (Reino Unido)
Johannes Bijlsma (Holanda)	Tore Kvien (Noruega)
JCW Edwards (Reino Unido)	Yehuda Shoenfeld (Israel)
Joachim Kalden (Alemanha)	Yrjö Kontinen (Finlândia)
John Isaacs (Reino Unido)	

EDITOR TÉCNICO

J. Cavaleiro

Proibida a reprodução, mesmo parcial, de artigos e ilustrações, sem prévia autorização da Acta Reumatológica Portuguesa. Exceptua-se a citação ou transcrição de pequenos excertos desde que se faça menção da fonte.

### Administração, Direcção Comercial e Serviços de Publicidade

Medfarma - Edições Médicas, Lda  
Alameda António Sérgio 22, 4.º B  
Edif. Amadeo de Souza-Cardoso  
1495-132 Algés  
Tel: 214 121 142  
Fax: 214 121 146

### Redacção

Sociedade Portuguesa de Reumatologia  
Rua D. Estefânia 177, 1.º D  
1000-154 Lisboa

Depósito Legal: 86.955/95

Tiragem: 7.500 exemplares

### Registo

Isenta de inscrição no I.C.S. nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 12.º do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 9 de Junho.

Preço: 10 €

### Impressão e Acabamento

Dilazo

### Produção Gráfica

Rita Correia

### Periodicidade

Publicação Trimestral

Revista referenciada no Index Medicus, Medline, Pubmed desde Janeiro 2006.  
Journal referred in Index Medicus, Medline, Pubmed since January 2006.



O papel utilizado nesta publicação cumpre os requisitos da ANSI/NISO Z39.48-1992 (Permanence of Paper).  
The paper used in this publication meets the requirements of ANSI/NISO Z39.48-1992 (Permanence of Paper).

---

ÓRGÃOS SOCIAIS DA SPR  
BIÉNIO 2007-2008

---

---

DIRECÇÃO

---

<b>Presidente</b>	Dr. Augusto Faustino
<b>Vice-Presidente</b>	Dr. José Carlos Romeu
<b>Vice-Presidente</b>	Prof. Dr. João Eurico Fonseca
<b>Sec. Geral</b>	Dr. Luís Maurício Santos
<b>Sec. Geral Adjunto</b>	Dr. <sup>a</sup> Maria José Santos
<b>Tesoureiro</b>	Dr. <sup>a</sup> Helena Canhão
<b>Vogal Região Norte</b>	Dr. Armando Filipe Brandão
<b>Vogal Região Centro</b>	Dr. <sup>a</sup> Anabela Barcelos Figueiredo
<b>Vogal Região Sul</b>	Dr. <sup>a</sup> Ana Assunção Teixeira
<b>Vogal Ilhas</b>	Dr. Herberto Jesus

---

MESA DA ASSEMBLEIA GERAL

---

<b>Presidente</b>	Dr. Domingos Araújo
<b>Secretário</b>	Dr. <sup>a</sup> Paula Valente de Oliveira
<b>Vogal</b>	Dr. <sup>a</sup> Ana Cristina Cordeiro

---

CONSELHO FISCAL

---

<b>Presidente</b>	Dr. Armando Malcata
<b>Relator</b>	Dr. <sup>a</sup> Cláudia Margarida Cruz
<b>Vogal</b>	Dr. <sup>a</sup> Cândida Almeida Silva

---

PRESIDENTE ELEITO

---

Dr. Rui André Santos



# XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

**Hotel Tivoli Marinotel  
Vilamoura  
2 a 5 de Abril de 2008**

**PROGRAMA OFICIAL**



COMISSÃO PORTUGUESA DA DÉCADA

## Programa Definitivo

### 1 de Abril, Terça-feira

9h30 - 18h30  
Curso Pré-Congresso  
**Ecografia Músculo-Esquelética**

### 2 de Abril, Quarta-feira

8h30 - 13h00  
Curso Pré-Congresso  
**Estudo do Líquido Sinovial**

14h00 - 15h30

Mesa Redonda  
**Vasculitose**

Mesa Redonda  
**Osteoartrose**

Encontros com o Especialista  
**Erros comuns em Reumatologia**

16h00 - 16h30  
**Lição de Abertura**

16h30 - 18h00  
**Cerimónia de Abertura**

18h00 - 19h30  
**Simpósio Roche**

### 3 de Abril, Quinta-feira

8h00 - 9h00  
**Visita aos Posters**

9h00 - 10h30  
Mesa Redonda  
**Espondiloartropatias**

Mesa Redonda  
**Aspectos Cirúrgicos das Doenças Reumáticas**

Encontros com o Especialista  
**Como utilizar adequadamente os exames laboratoriais em Reumatologia**

Encontros com as Associações de Doentes  
**Associação Nacional dos Doentes com Artrites e Reumatismos de Infância (ANDAI)**

11h00 - 12h30  
Mesa Redonda  
**Reumatologia Pediátrica**

Mesa Redonda  
**Interface com a Clínica Geral / Medicina Familiar**

Encontros com o Especialista  
**Como identificar precocemente uma Artrite**

Encontros com as Associações de Doentes  
**Associação de Doentes com Lúpus**

12h30 - 14h00  
**Simpósio Schering Plough**

14h00 - 14h30  
Lição Plenária  
**Can we predict autoimmune Rheumatic Diseases?**

14h30 - 16h00  
Mesa Redonda  
**Lúpus Eritematoso Sistémico (LES)**

Mesa Redonda  
**A Reumatologia para além da Articulação - I**

Encontros com o Especialista  
**Como identificar precocemente uma Espondiloartropatia**

Encontros com as Associações de Doentes  
**Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide (ANDAR)**

16h30 - 17h50  
Mesa Redonda  
**A Reumatologia para além da Articulação - II**

**Comunicações Livres I**

Encontros com o Especialista  
**Como identificar precocemente uma Doença Reumática Sistémica**

Encontros com as Associações de Doentes  
**Associação Nacional de Doentes com Espondilite Anquilosante (ANEA)**

18h00 - 19h30  
**Simpósio Pfizer**

19h30 - 20h30  
**Conferência Servier**

### 4 de Abril, Sexta-feira

8h00 - 9h00  
**Visita aos Posters**

9h00 - 10h30  
Mesa Redonda  
**Osteoporose**

Mesa Redonda  
**Risco Cardiovascular das Doenças Reumáticas**

Encontros com o Especialista  
**Abordagem Clínica da Gota**

Encontros com as Associações de Doentes  
**Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR)**

11h00 - 12h30  
Mesa Redonda  
**Artrite Reumatóide**

Mesa Redonda  
**"Reumatologia, Psiquiatria e Neurociências"**

Encontros com o Especialista  
**Quando pedir e como interpretar uma Densitometria Óssea**

Encontros com as Associações de Doentes  
**Associação Nacional contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica (MYOS)**

12h30 - 14h00  
**Simpósio Abbott**

14h00 - 14h30  
Lição Plenária  
**How to create a Centre of Excellence in Rheumatology from scratch?**

14h30 - 15h30  
**Comunicações Livres II**

14h30 - 16h00  
Mesa Redonda  
**Ginecologia e Obstetria - Gravidez e Doenças Reumáticas**

Encontros com o Especialista  
**Os falsos diagnósticos de Fibromialgia na Clínica Geral**

Encontros com as Associações de Doentes  
**Associação Nacional contra a Osteoporose (APOROS)**

16h00 - 16h30  
Lição Plenária  
**The Genetics of Osteoporosis**

16h30 - 18h00  
Mesa Redonda  
**LMERT - Lesões Músculo-Esqueléticas relacionadas com o Trabalho**

Encontros com o Especialista  
**Exercício Físico nas Doenças Reumáticas - Quando e como**

Encontros com as Associações de Doentes  
**Associação Portuguesa de Osteoporose (APO)**

**Comunicações Livres III**

18h00 - 19h30  
**Simpósio BMS**

### 5 de Abril, Sábado

8h00 - 9h00  
**Visita aos Posters**

9h00 - 10h30  
Mesa Redonda  
**O Futuro da Reumatologia - As Bases de Dados da SPR**

11h00 - 11h30  
Lição Plenária  
**Destques do Congresso**

11h30 - 12h15  
**Lição de Encerramento**

12h30 - 14h00  
**Simpósio MSD**

 Sala João Figueirinhas  
 Sala João Rêgo



Hotel Tivoli Marinotel

# Piso 00

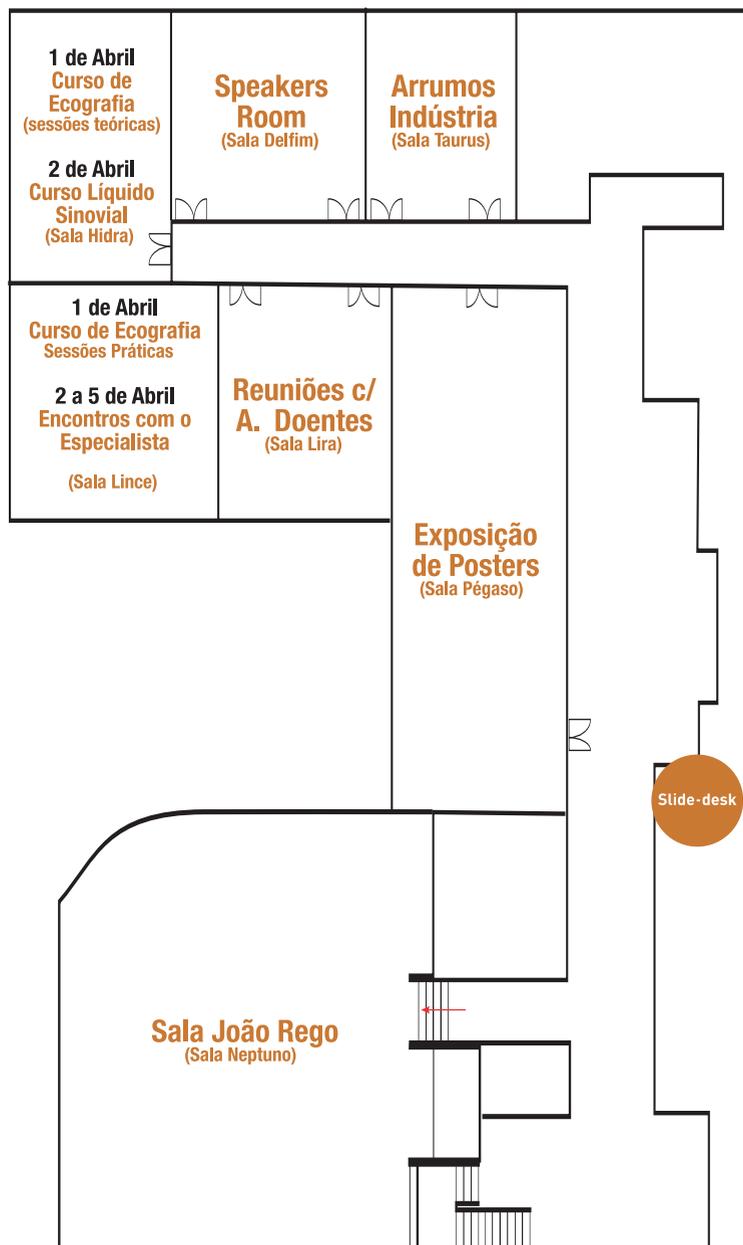
## Centro de Congressos



**Horário da exposição técnica**  
Dia 2 de Abril - das 14 às 18 horas  
Dias 3 e 4 de Abril - das 9 às 18 horas  
Dia 5 de Abril - das 9 às 12h30

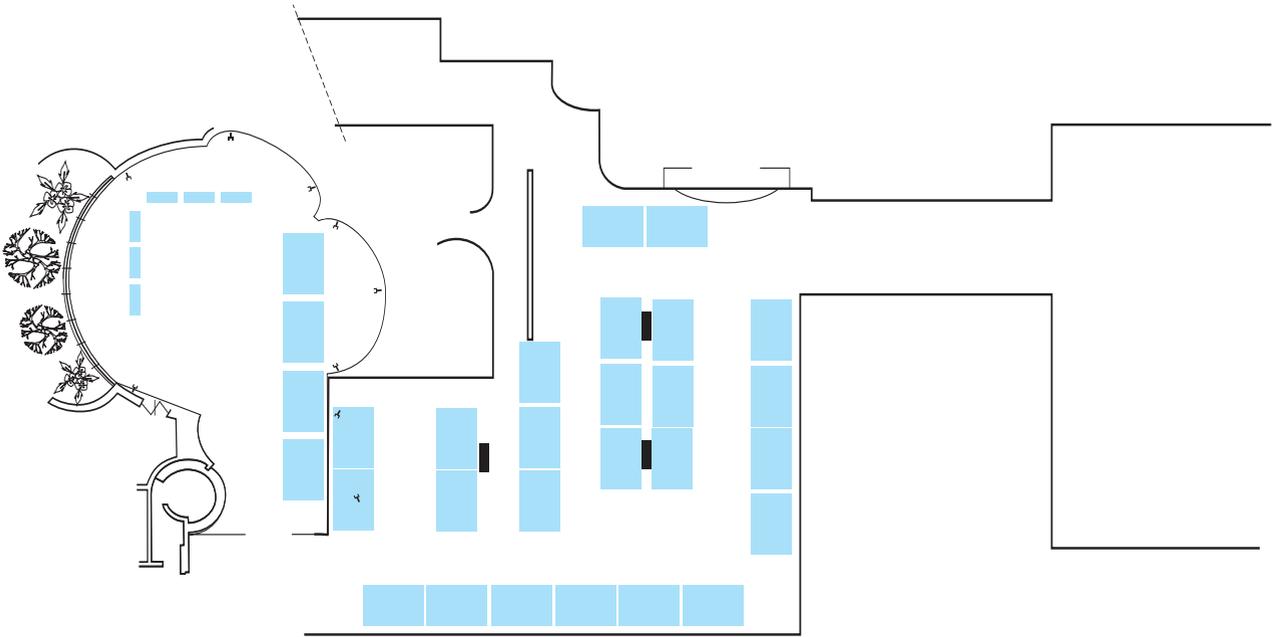
# Piso 00

## Centro de Congressos



# Piso 0

## Hotel

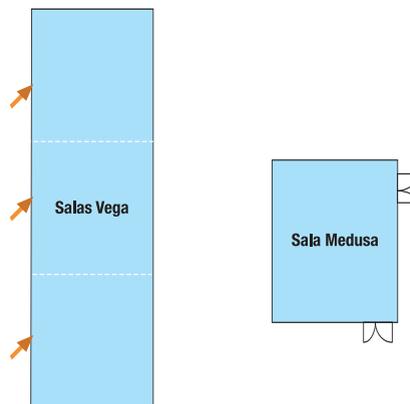


**Exposição Técnica**  
(Canto Azul e sala Aquários)

**Secretariado**  
(Lobby do Hotel)

# Piso -1

## Hotel



**Exposição Técnica**  
(Salas Vega e Medusa)

## MENSAGEM DE BOAS-VINDAS

Cara(o)s Colegas

É com enorme prazer que em nome da **Sociedade Portuguesa de Reumatologia** vos dou as Boas-Vindas ao **XIV Congresso Português de Reumatologia!**

Tudo fizemos para vos oferecer um Congresso de rica e estimulante profundidade científica, em que à especificidade e complexidade do conhecimento e da prática médica na área da Reumatologia, se conciliasse a interacção com outras Especialidades que connosco partilham a abordagem das doenças reumáticas, demonstrando a importância vital de uma saudável colaboração inter-disciplinar na Medicina actual.

«**A especificidade da Reumatologia**» e «**As fronteiras da Reumatologia com outras Especialidades**» serão os dois vectores primordiais do nosso Congresso, dando nome a duas salas a funcionar em simultâneo durante todo o Congresso – **Sala João Figueirinhas** e **Sala João Rego** – traduzindo esta dualidade na abordagem das doenças reumáticas e homenageando dois ilustres Reumatologistas que recentemente nos deixaram, e que foram exemplos brilhantes da definição da competência específica da Reumatologia e da sua relação transversal e integradora com todas as áreas do conhecimento médico.

A Clínica Geral/Medicina Familiar (CG/MF), parceiro fundamental na identificação atempada e na abordagem partilhada do doente reumático, mereceu-nos mais uma vez um destaque particular, traduzido na existência de uma Mesa-Redonda de interface entre a Reumatologia e a CG/MF e pela criação de um novo espaço no CPR, os «**Encontros com o Especialista**», destinados aos colegas de Clínica Geral, com abordagem prática de temas relevantes para a interacção entre as nossas especialidades.

Iremos ainda ter, pela primeira vez, os «**Encontros com as Associações de Doentes**», reuniões sequenciais e sem sobreposições espalhadas ao longo de todo o programa do Congresso com estes parceiros fundamentais da SPR, na tentativa de perspectivar novas e mais dinâmicas formas de colaboração.

Mas um Congresso é também um espaço de reencontro e de convívio, de antigas e novas amigas, do acarinhar e desfrutar do lado humano da Medicina, que espero se possa constituir estímulo e semente para uma abordagem mais global e humanista do doente, decisiva na área específica das doenças reumáticas.

Aceitem o desafio de se contagiarem com o prazer que nos deu preparar este nosso encontro, e vamos em conjunto construir um Congresso brilhante, vibrante e de intensa qualidade científica e humana!

Augusto Faustino  
Presidente da SPR e do CPR

---

ORGANIZAÇÃO

---

Sociedade Portuguesa de Reumatologia

---

PRESIDENTE

---

Dr. Augusto Faustino

---

COMISSÃO DE HONRA

---

Presidente da República  
Primeiro-Ministro  
Ministra da Saúde  
Director-Geral da Saúde  
Alta Comissária para a Saúde  
Bastonário da Ordem dos Médicos  
Presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral  
Presidente do Colégio da Especialidade de Reumatologia  
Governadora Civil de Faro  
Presidente da Associação de Municípios do Algarve  
Presidente da Câmara Municipal de Loulé

---

COMISSÃO ORGANIZADORA

---

Dr. Luís Maurício Santos (Presidente)

Dr.<sup>a</sup> Ana Assunção Teixeira  
Dr.<sup>a</sup> Anabela Barcelos  
Dr. Augusto Faustino  
Dr. Filipe Brandão  
Dr.<sup>a</sup> Helena Canhão

Dr. Herberto Jesus  
Prof. Doutor João Eurico Fonseca  
Dr. José Carlos Romeu  
Dr.<sup>a</sup> Maria José Santos  
Dr. Rui André Santos

---

COMISSÃO CIENTÍFICA

---

Dr. Augusto Faustino (Presidente)

Dr. Alberto Quintal  
Dr.<sup>a</sup> Ana Assunção Teixeira  
Prof. Doutor António Albino Teixeira  
Prof. Doutor António Lopes Vaz  
Dr. Armando Malcata  
Prof. Doutor Carlos Vaz  
Dr. Domingos Araújo  
Prof. Doutor Francisco Simões Ventura  
Prof. Doutor Henrique de Barros

Prof. Doutor Jaime C. Branco  
Prof. Doutor João Eurico Fonseca  
Prof. Doutor José António Silva  
Dr. José Canas da Silva  
Prof. Doutor Luís Graça  
Dr. Luís Pisco  
Prof. Doutor Mário Viana de Queiroz  
Dr. Paulo Nicola  
Dr. Rui André Santos

---

PATROCÍNIO CIENTÍFICO

---

Ordem dos Médicos  
Direcção-Geral da Saúde  
Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

# XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

<b>Mensagem do Presidente</b>	<b>11</b>
<b>Programa Científico</b>	<b>39</b>
<b>Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas</b>	<b>53</b>
<b>Declaração Escrita sobre as Doenças Reumáticas – Contributo de uma Proposta no Parlamento Europeu</b>	<b>55</b>
<b>Encontros com as Associações de Doentes</b>	<b>230</b>

### CURSOS PRÉ-CONGRESSO

<b>Curso de Ecografia Músculo-Esquelética</b>	<b>25</b>
<b>3º Curso Livre «Estudo do Líquido Sinovial»</b>	<b>36</b>

### LIÇÕES PLENÁRIAS

<b>Can we predict autoimmune Rheumatic Diseases?</b> Prof. Doutor Yehuda Shoenfeld	<b>60</b>
<b>How to create a Centre of Excellence in Rheumatology from scratch?</b> Prof. Doutor Paul Peter Tak	<b>61</b>
<b>The genetics of osteoporosis</b> Prof. Doutor Tim Spector	<b>61</b>
<b>Destques do Congresso</b> Prof. Doutor Jaime C. Branco	<b>61</b>

### MESAS-REDONDAS

<b>MR1 – Vasculites</b>	<b>66</b>
MR1.1 • Pistas clínicas para o diagnóstico de vasculites – Clinical clues on the diagnosis of vasculitis	<b>66</b>
MR1.2 • Contributo do ANCA para o diagnóstico e tratamento das vasculites – How does ANCA contribute to the diagnosis and management of vasculitis	<b>71</b>
MR1.3 • Tratamento das vasculites primárias sistémicas – Management of primary systemic vasculitis	<b>71</b>
<b>MR2 – Osteoartrose</b>	<b>73</b>
MR2.1 • Epidemiologia da Osteoartrose em Portugal: resultados do estudo EPI – Porto	<b>73</b>
MR2.2 • Imagiologia da Osteoartrose	<b>73</b>
MR2.3 • As perspectivas do tratamento farmacológico com base nos dados actuais da fisiopatologia da Artrose – Perspectives du traitement pharmacologique à travers la physiopathologie actuelle de l'arthrose	<b>74</b>
MR2.4 • Biomateriais e células estaminais adultas na regeneração de tecidos lesados por doenças reumatológicas	<b>74</b>
<b>MR3 – Espondiloartropatias</b>	<b>75</b>
MR3.1 • Terapêutica das Espondiloartropatias na Iberoamérica. Que lugar para os agentes biológicos?	<b>75</b>
MR3.2 • Será possível induzir remissão e reduzir progressivamente a terapêutica anti-TNF?	<b>75</b>

# XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### MESAS-REDONDAS

MR3.3 • Proposta das recomendações da SPR para a terapêutica biológica na Artrite Psoriática	75
<b>MR4 – Reumatologia Pediátrica</b>	<b>76</b>
MR4.1 • Terapêutica actual da nefropatia lúpica na criança e no adolescente	76
MR4.2 • Terapêutica actual das Artrites Idiopáticas Juvenis	78
MR4.3 • Recomendações de Terapêutica Biológica da SPR	87
<b>MR5 – Lúpus Eritematoso Sistémico (LES)</b>	<b>87</b>
MR5.1 • Lúpus Neuropsiquiátrico – Neuropsychiatric lupus	87
MR5.2 • Depleção de células B no tratamento do LES – The use of B cell depletion in the treatment of SLE	88
MR5.3 • Terapêutica actual da glomerulonefrite lúpica	88
<b>MR6 – Aspectos Cirúrgicos das Doenças Reumáticas</b>	<b>89</b>
MR6.1 • Cirurgia da Mão	89
MR6.2 • Neurocirurgia	89
MR6.3 • Ortopedia	90
<b>MR7 – Interface com a Clínica Geral / Medicina Familiar</b>	<b>90</b>
MR7.1 • Osteoporose numa consulta de Clínica Geral – articulação com a especialidade	90
MR7.2 • Prevalência de Doença Reumática numa USF	90
MR7.3 • Articulação MGF/Reumatologia: Experiência do Serviço de Reumatologia dos HUC.	90
<b>MR8 – A Reumatologia Para Além da Articulação – I</b>	<b>91</b>
MR8.1 • Pele	91
MR8.2 • Olho	91
MR8.3 • Tiróide e Doenças Reumáticas	91
<b>MR9 – A Reumatologia Para Além da Articulação – II</b>	<b>93</b>
MR9.1 • Fígado	93
MR9.2 • A Reumatologia e o Coração	93
MR9.3 • Rim	93
<b>MR10 – Osteoporose</b>	<b>94</b>
MR10.1 • Conseguiremos bater as terapêuticas actuais? Novos alvos terapêuticos – Can we beat the current therapies? New therapeutic targets.	94
MR10.2 • Recomendações da SPR para o diagnóstico e terapêutica da Osteoporose	94
MR10.3 • Novo conceito de risco de fractura da OMS	95
<b>MR11 – Artrite Reumatóide</b>	<b>97</b>
MR11.1 • Tratar hoje a AR: Os Fins Justificam os Meios? A Visão do Reumatologista	97
MR11.2 • Tratar hoje a AR: Os Fins Justificam os Meios? Perspectiva de custo-efectividade	98
MR11.3 • Terapêutica personalizada da AR – Tailoring RA treatment	98
<b>MR12 – Risco Cardiovascular das Doenças Reumáticas</b>	<b>98</b>
MR12.1 • Aterosclerose e Inflamação	98
MR12.2 • Abordagem das dislipidemias no doente reumático	98
MR12.3 • HTA	98
<b>MR13 – LMERT – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho</b>	<b>98</b>
MR13.1 • LMERT – Qual o papel do Médico do Trabalho.	98
MR13.2 • Lesões Músculo-esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT) – A visão do Reumatologista	99
MR13.3 • LMERT- Papel do ergonomista na prevenção	100

# XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### MESAS-REDONDAS

<b>MR14 – Reumatologia, Psiquiatria e Neurociências</b>	<b>101</b>
MR14.1 • Manual do Sono para Reumatologistas	101
MR14.2 • Psiquiatria de Ligação à Reumatologia	103
MR14.3 • Psiconeuroimunologia em Reumatologia	103
<b>MR15 – Ginecologia e Obstetrícia – Gravidez e Doenças Reumáticas</b>	<b>103</b>
MR15.1 • Lúpus e Gravidez	103
MR15.2 • Esclerose Sistémica e Gravidez	104
MR15.3 • Fármacos em Reumatologia. Suas implicações na gravidez	104
<b>MR16 – O futuro da Reumatologia – As Bases de Dados da SPR</b>	<b>105</b>
MR16.1 • As bases de dados da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.	105
MR16.2 • Consensos sobre o Metotrexato.	105
MR16.3 • Base de dados Ibero-Americana de doentes com Espondiloartropatias	105

### ENCONTROS COM O ESPECIALISTA

<b>ECE1 – Erros comuns em Reumatologia</b>	<b>110</b>
<b>ECE2 – Como utilizar adequadamente os exames laboratoriais em Reumatologia</b>	<b>110</b>
<b>ECE3 – Como identificar precocemente uma Artrite</b>	<b>111</b>
<b>ECE4 – Como identificar precocemente uma Espondiloartropatia</b>	<b>111</b>
<b>ECE5 – Como identificar precocemente uma Doença Reumática Sistémica</b>	<b>112</b>
<b>ECE6 – Abordagem clínica da Gota</b>	<b>112</b>
<b>ECE7 – Quando pedir e como interpretar uma Densitometria Óssea</b>	<b>113</b>
<b>ECE8 – Os falsos diagnósticos de Fibromialgia na Clínica Geral</b>	<b>113</b>
<b>ECE9 – Exercício físico nas Doenças Reumáticas – quando e como?</b>	<b>114</b>

### COMUNICAÇÕES LIVRES

<b>CL1 – Caracterização da evolução clínica de uma população portuguesa de doentes com poliartrite com menos de 6 semanas de evolução</b>	<b>120</b>
<b>CL2 – Alterações microvasculares no Síndrome de Sjögren</b>	<b>120</b>
<b>CL3 – Desempenho de algoritmos de avaliação do risco osteoporótico em homens</b>	<b>121</b>
<b>CL4 – Avaliação do perfil lipídico como risco cardiovascular nos doentes submetidos a terapêuticas anti-TNF alfa</b>	<b>122</b>
<b>CL5 – Desenvolvimento de uma ferramenta para estimar o consumo alimentar de cálcio e de vitamina D no contexto clínico</b>	<b>123</b>

## XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

### SUMÁRIO / CONTENTS

#### COMUNICAÇÕES LIVRES

<b>CL6 – Seguimento clínico de 12 meses após suspensão súbita de estudo clínico multicêntrico e multinacional com Abatacept na Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) poliarticular – Dados de 8 doentes portugueses.</b>	<b>123</b>
<b>CL7 – Análise comparativa dos parâmetros quantitativos do osso osteoporótico – modelo computacional de remodelação óssea vs resultados clínicos de DEXA</b>	<b>124</b>
<b>CL8 – Impacto do envolvimento renal na qualidade de vida dos doentes com LES</b>	<b>124</b>
<b>CL9 – Doença indiferenciada do tecido conjuntivo – estudo de uma série de 101 doentes</b>	<b>125</b>
<b>CL10 – Progressão de dano numa população de doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico</b>	<b>126</b>
<b>CL11 – Caracterização da resposta funcional dos neutrófilos em doentes com poliartrite em fase inicial</b>	<b>126</b>
<b>CL12 – Lesão estrutural e repercussão funcional da Artrite Reumatóide e osteoartrite das mãos – nem só da artrite vem a incapacidade</b>	<b>127</b>
<b>CL13 – A nossa experiência com artroplastia total do tornozelo em doentes com Artrite Reumatóide</b>	<b>128</b>
<b>CL14 – Avaliação prospectiva da eficácia e segurança do Zoledronato no tratamento da Doença Óssea de Paget</b>	<b>128</b>
<b>CL15 – Valor preditivo para abortamento dos anticorpos antifosfolípido em doentes com LES: Quais os melhores critérios de positividade? Análise de 234 Gestações na Coorte de Lúpus de Coimbra</b>	<b>129</b>
<b>CL16 – Limiar e percepção de dor nas doenças reumáticas: associação com variáveis psicossociais</b>	<b>129</b>
<b>CL17 – Polimorfismos do promotor do gene do TNF-alfa nas posições -238 e -308 na susceptibilidade e gravidade da Espondilite Anquilosante</b>	<b>130</b>
<b>CL18 – Qualidade de vida no LES e AR: estudo comparativo de 749 doentes</b>	<b>131</b>
<b>CL19 – Fiabilidade e validade da exploração das entesis com ultrassonografia (us)</b>	<b>131</b>
<b>CL20 – Avaliação do risco de manifestações orgânicas na esclerose sistémica</b>	<b>132</b>
<b>CL21 – Validade e reprodutibilidade da ultrassonografia com Colour Doppler no diagnóstico da arterite das células gigantes após curto período de aprendizagem</b>	<b>133</b>
<b>CL22 – Dor músculo-esquelética (ME) em meio laboral</b>	<b>134</b>

#### POSTERS

<b>P1 – Lúpus Eritematoso Sistémico – um caso clínico em Cardiologia</b>	<b>142</b>
<b>P2 – Capilaroscopia do leito ungueal no fenómeno de Raynaud e da doença indiferenciada do tecido conjuntivo – implicações na evolução clínica e no tratamento médico</b>	<b>143</b>
<b>P3 – O papel dos neutrófilos na fase inicial da artrite reumatóide – a propósito de um caso clínico</b>	<b>143</b>
<b>P4 – Porque fechamos os olhos enquanto o mundo cai?</b>	<b>144</b>

# XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### POSTERS

<b>P5 – Estudo RAISE – Estudo observacional, transversal, para avaliação da Realidade Actual do Impacto Sócio-Económico da Espondilite Anquilosante</b>	<b>145</b>
<b>P6 – Fibromialgia – Diagnóstico e Tratamento</b>	<b>145</b>
<b>P7 – Degradação das propriedades biomecânicas do osso secundárias a alterações quantitativas e qualitativas induzidas por artrite no ratinho SKG</b>	<b>145</b>
<b>P8 – Abordagem da Artrite Séptica na Infância, em Medicina Geral e Familiar</b>	<b>146</b>
<b>P9 – Factores reumatóides e anti-CCP na Síndrome de Sjögren – comparação com a artrite reumatóide e indivíduos saudáveis</b>	<b>146</b>
<b>P10 – Ansiedade e depressão no Síndrome de Sjögren primário</b>	<b>147</b>
<b>P11 – Utilização da sialometria não-estimulada numa consulta de Síndrome de Sjögren</b>	<b>148</b>
<b>P12 – Avaliação de qualidade aos processos clínicos dos doentes com Esclerose Sistémica numa consulta de reumatologia após um ano de aplicação de um protocolo de avaliação específico</b>	<b>148</b>
<b>P13 – Enterite Lúpica: uma causa rara de dor abdominal aguda</b>	<b>149</b>
<b>P14 – Tumefacção das parótidas no Síndrome de Sjögren primário</b>	<b>150</b>
<b>P15 – Caracterização dos resultados da pesquisa de cristais no líquido sinovial</b>	<b>150</b>
<b>P16 – Púrpura de Henoch-Schönlein – A propósito de 2 casos clínicos</b>	<b>151</b>
<b>P17 – Valor da Cintigrafia das Glândulas Salivares na Síndrome de Sjögren</b>	<b>152</b>
<b>P18 – Avaliação cardíaca de doentes com artrite psoriática</b>	<b>152</b>
<b>P19 – Casuística de tuberculose em doentes a cumprir terapêutica anti-TNF<math>\alpha</math>: 7 anos de experiência no serviço de reumatologia do Hospital de Egas Moniz</b>	<b>153</b>
<b>P20 – Artrite psoriática e risco cardiovascular: avaliação de um grupo de doentes</b>	<b>153</b>
<b>P21 – Biopsia de gordura abdominal na pesquisa de substância amilóide – Estudo retrospectivo</b>	<b>154</b>
<b>P22 – Estudo comparativo dos anticorpos anti-CCP e factores reumatóides no diagnóstico diferencial de artrite crónica</b>	<b>154</b>
<b>P23 – Fibrose pulmonar em doente com Artrite Reumatóide e Suberose</b>	<b>155</b>
<b>P24 – Terapêutica anti-TNF<math>\alpha</math> (infliximab) em uveítes refractárias</b>	<b>155</b>
<b>P25 – Casuística de um ano de Consulta de Reumatologia no Hospital de Faro – Setembro de 2006 a Setembro de 2007</b>	<b>156</b>
<b>P26 – A influência do tabaco na função e qualidade de vida na Artrite Reumatóide</b>	<b>156</b>
<b>P27 – Fibromialgia: a outra face da Dor</b>	<b>158</b>
<b>P28 – Concordância diagnóstica entre o Médico que solicita a consulta de Reumatologia e o Reumatologista</b>	<b>158</b>
<b>P29 – Níveis séricos altos de Anti-dsDNA quadruplicam o risco de nefrite em doentes com LES</b>	<b>159</b>
<b>P30 – Fibromialgia – Internar porquê?</b>	<b>159</b>
<b>P31 – Análise de doentes com artrite psoriática a efectuar terapêutica antagonista do TNF<math>\alpha</math> em cinco centros de reumatologia portuguesas</b>	<b>160</b>
<b>P32 – Trombocitopenia grave como manifestação inicial de LES – Caso Clínico</b>	<b>161</b>

# XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### POSTERS

<b>P33 – Nefrite lúpica classes III e IV – boa resposta à terapêutica imunossupressora com ciclofosfamida</b>	<b>161</b>
<b>P34 – A propósito de um caso de espessamento cutâneo</b>	<b>162</b>
<b>P35 – Risco cardiovascular em doentes sob terapêutica biológica – estudo transversal com 87 doentes seguidos no Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra</b>	<b>163</b>
<b>P36 – Reforma por invalidez e as doenças reumáticas</b>	<b>163</b>
<b>P37 – Será que a idade está relacionada com uma maior intolerância à terapêutica biológica em doentes com Artrite Reumatóide?</b>	<b>164</b>
<b>P38 – RheugulationDB: um sistema público de informação integrada no apoio ao estudo da Artrite Reumatóide</b>	<b>164</b>
<b>P39 – Existem diferenças entre doentes reumatóides com Ac anti-CCP?</b>	<b>165</b>
<b>P40 – Qualidade de vida em doentes com Espondilite Anquilosante: análise interina</b>	<b>166</b>
<b>P41 – Retrato dos doentes com Artrite Reumatóide a fazer biológicos no Serviço de Reumatologia HEM</b>	<b>167</b>
<b>P42 – Neutrófilos: Avaliação da Fagocitose num modelo animal de artrite</b>	<b>167</b>
<b>P43 – A Abordagem Terapêutica dos Reumatologistas Portugueses na Espondilite Anquilosante</b>	<b>168</b>
<b>P44 – Terapêutica biológica da Artrite Reumatóide e Riscos de Infecção</b>	<b>169</b>
<b>P45 – Avaliação do PASI em doentes com Artrite Psoriática sob terapêutica anti-TNFalfa</b>	<b>169</b>
<b>P46 – Conhecer a realidade portuguesa sobre a Espondilite Anquilosante (CORPOREA): clínica e sócio-demografia</b>	<b>170</b>
<b>P47 – As Densitometrias Ósseas são solicitadas de acordo com as Recomendações?</b>	<b>171</b>
<b>P48 – Identificação e Conhecimento da Fibromialgia: Inquérito junto de médicos generalistas e reumatologistas em Portugal e Comparação com a França</b>	<b>171</b>
<b>P49 – Osteoporose masculina – estudo retrospectivo de 70 doentes</b>	<b>172</b>
<b>P50 – Sobrevida cumulativa das terapêuticas biológicas em doentes com Artrite Reumatóide</b>	<b>174</b>
<b>P51 – Prevalência da Fibromialgia na Europa</b>	<b>175</b>
<b>P52 – Prevalência da Fibromialgia em Portugal: Resultados Finais</b>	<b>175</b>
<b>P53 – Cde uma população de doentes com esclerodermia com doença intersticial pulmonar (DIP)</b>	<b>176</b>
<b>P54 – Síndrome Metabólica e Risco Cardiovascular em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico</b>	<b>177</b>
<b>P55 – Fractura osteoporótica do Fémur durante a gravidez-Caso Clínico.</b>	<b>177</b>
<b>P56 – Infecções atípicas em doentes com artrite reumatóide sob anti-TNF<math>\alpha</math>: a propósito de 2 casos</b>	<b>178</b>
<b>P57 – Osteomalácia hipofosfatémica/dorsalgia num adulto jovem HLA B27 +</b>	<b>179</b>
<b>P58 – Dermatomiosite juvenil: a propósito de 4 casos</b>	<b>179</b>
<b>P59 – Avaliação da Adequação de Referenciação a uma Consulta de Reumatologia</b>	<b>180</b>
<b>P60 – Gonalgia, edema da perna e velocidade de sedimentação elevada – desafio diagnóstico</b>	<b>181</b>
<b>P61 – Envolvimento cardíaco raro em doente com artrite idiopática juvenil</b>	<b>182</b>

## XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

### SUMÁRIO / CONTENTS

#### POSTERS

<b>P62 – Resposta aos anti-TNFalfa na Artrite Reumatoide: avaliação dos resultados</b>	<b>182</b>
<b>P63 – Coreia em criança com Lúpus Eritematoso Sistémico e Síndrome anti-fosfolipídico</b>	<b>183</b>
<b>P64 – Parâmetros quantitativos e qualitativos na Espondilite Anquilosante: avaliação de resultados dum hospital de dia</b>	<b>184</b>
<b>P65 – Quando um biológico falha... a experiência dos switch</b>	<b>184</b>
<b>P66 – Artralgias, dores ósseas, ANA's positivos, trombocitopenia e dores... A surpresa do diagnóstico!</b>	<b>185</b>
<b>P67 – Osteonecrose asséptica – diferentes etiologias</b>	<b>185</b>
<b>P68 – Síndromas poliglandulares auto-imunes – 5 casos clínicos</b>	<b>186</b>
<b>P69 – Osteonecrose asséptica na gravidez – um caso clínico</b>	<b>186</b>
<b>P70 – Homocisteína e metotrexato em doentes com artrite psoriática</b>	<b>187</b>
<b>P71 – Poliartrite assimétrica em Doença de Crohn oculta</b>	<b>187</b>
<b>P72 – Espondilite Anquilosante e Osteoporose (Avaliação Interina)</b>	<b>188</b>
<b>P73 – Compressão Medular – a propósito de um caso clínico</b>	<b>188</b>
<b>P74 – Valor preditivo para trombose dos anticorpos antifosfolípido em doentes com LES: Quais os melhores critérios de positividade?</b>	<b>189</b>
<b>P75 – Elevada prevalência de alterações microvasculares no LES: Estudo transversal de 102 doentes</b>	<b>190</b>
<b>P76 – Tratamento com pamidronato intravenoso 60mg durante 6 meses na espondiloartropatia seronegativa refractária à terapêutica convencional</b>	<b>190</b>
<b>P77 – Núcleo de Enfermagem em Reumatologia</b>	<b>191</b>
<b>P78 – Hipoalgesia na monoartrite em vários modelos de hipertensão</b>	<b>191</b>
<b>P79 – Avaliação biomecânica e estrutural do tendão: implicações para o significado funcional da tendinose e do efeito da infiltração do tendão com corticóides</b>	<b>192</b>
<b>P80 – Adaptação portuguesa do questionário de avaliação das necessidades educacionais na artrite (ENAT)</b>	<b>192</b>
<b>P81 – Prevalência aumentada de sensibilização alérgica em doentes com Artrite Reumatóide tratados com anti-TNFalfa</b>	<b>193</b>
<b>P82 – Infecções em Artroplastia da Anca e do Joelho: a influência do sexo no risco de infecção e da idade na duração do internamento</b>	<b>194</b>
<b>P83 – Artroplastia do Joelho e Infecção – estudo retrospectivo</b>	<b>194</b>
<b>P84 – Artroplastia da Anca e Infecção – estudo retrospectivo</b>	<b>195</b>
<b>P85 – Desempenho de algoritmos de avaliação do risco osteoporótico em mulheres pós-menopáusicas</b>	<b>195</b>
<b>P86 – Qualidade de vida nas doenças reumáticas</b>	<b>196</b>
<b>P87 – Impacto da idade de início do LES no prognóstico. Estudo de 164 doentes na Coorte de Lúpus de Coimbra.</b>	<b>197</b>

# XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### POSTERS

<b>P88 – Impacto do LES na Qualidade de Vida: Estudo comparativo de 105 doentes com controlos saudáveis</b>	<b>197</b>
<b>P89 – Avaliação Prognóstica dos Doentes com Fractura do Fémur Proximal</b>	<b>198</b>
<b>P90 – Contributo para a Adaptação e Validação de uma Escala de Medida para a Severidade da Osteoartrose do joelho (Lequesne Index of Severity for Knee Osteoarthritis Index)</b>	<b>198</b>
<b>P91 – Arterite de células gigantes: casuística de um serviço</b>	<b>199</b>
<b>P92 – Capilaroscopia: experiência de um serviço</b>	<b>199</b>
<b>P93 – Reacção de corpo estranho a folha de palmeira: dificuldades no diagnóstico e tratamento. A propósito de um caso clínico.</b>	<b>200</b>
<b>P94 – Redução de sinovectomias químicas após a introdução de terapêuticas biotecnológicas e respectivos custos.</b>	<b>200</b>
<b>P95 – Fasceíte eosinofílica e aplasia medular – a propósito de um caso clínico.</b>	<b>201</b>
<b>P96 – Análise das actuações médicas na avaliação e tratamento de doentes com artrite reumatóide (AR) numa consulta de reumatologia</b>	<b>202</b>
<b>P97 – Doença de Paget – apresentação incomum</b>	<b>202</b>
<b>P98 – Doença de Ollier – caso raro</b>	<b>203</b>
<b>P99 – Caracterização das Fracturas Osteoporóticas do Fémur Proximal numa População Portuguesa</b>	<b>203</b>
<b>P100 – A analgesia na prática Reumatológica – um estudo retrospectivo</b>	<b>204</b>
<b>P101 – Avaliação das propriedades biomecânicas de epífises femorais de doentes com fractura osteoporótica da anca</b>	<b>205</b>
<b>P102 – Síndrome de Felty: Uma revisão de 3 casos clínicos</b>	<b>206</b>
<b>P103 – Imunossupressão e tuberculose</b>	<b>206</b>
<b>P104 – Tratamento da Artrite Reumatóide com Rituximab – Experiência do Serviço de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz</b>	<b>207</b>
<b>P105 – Rituximab no tratamento do Lúpus Eritematoso Sistémico pediátrico</b>	<b>207</b>
<b>P106 – Caracterização de linfócitos B de sangue periférico na fase inicial da Artrite Reumatóide</b>	<b>208</b>
<b>P107 – Lombalgia inflamatória como forma de apresentação de quisto perineural lombo-sagrado</b>	<b>209</b>
<b>P108 – Osteoporose multifactorial em adulto jovem</b>	<b>209</b>
<b>P109 – Dermatomiosite amiotrófica? Diagnóstico de uma situação rara</b>	<b>210</b>
<b>P110 – Disfagia e xerostomia como forma de apresentação de Sarcoidose</b>	<b>210</b>
<b>P111 – Pulsos endovenosos de Clomipramina como terapêutica adjuvante na Fibromialgia</b>	<b>211</b>
<b>P112 – Síndrome de Sjögren</b>	<b>212</b>
<b>P113 – Tuberculose pulmonar em doente com artrite reumatóide em tratamento com metotrexato</b>	<b>212</b>
<b>P114 – Quando começa a artrite reumatóide? Análise da capacidade preditiva à luz de um caso de reumatismo palindrómico</b>	<b>213</b>

# XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE REUMATOLOGIA

## SUMÁRIO / CONTENTS

### POSTERS

<b>PI15 – Doença óssea de Paget</b>	<b>213</b>
<b>PI16 – Revisão sistematizada da literatura – aplicação do método na elaboração de recomendações para utilização do metotrexato no tratamento de doenças reumáticas</b>	<b>214</b>
<b>PI17 – Dermatomiosite juvenil – caso clínico</b>	<b>215</b>
<b>PI18 – Uma visão real sobre a Artrite Reumatóide</b>	<b>215</b>
<b>PI19 – Overlap de Artrite Psoriásica e Artrite Reumatóide?</b>	<b>216</b>
<b>PI20 – Baixo Risco Cardiovascular associado aos factores de risco tradicionais na Coorte de Lúpus de Coimbra</b>	<b>216</b>
<b>PI21 – Caso clínico: Adenomegalias cervicais em doente com Artrite Reumatóide</b>	<b>217</b>
<b>PI22 – Espondilodiscite asséptica – complicação de Espondilite Anquilosante de longa duração</b>	<b>217</b>
<b>PI23 – Tratamento farmacológico da osteoporose na população do Porto</b>	<b>218</b>
<b>PI24 – Displasia Fibrosa Poliostótica: Duas Vidas, Dois Destinos</b>	<b>218</b>
<b>PI25 – História de uma Espondilite Anunciada</b>	<b>219</b>
<b>PI26 – História natural da artrite reumatóide sem intervenção precoce</b>	<b>219</b>
<b>PI27 – População de doentes com artropatia microcristalina por deposição de cristais de monourato de sódio (AMC-MUS) numa consulta de Reumatologia</b>	<b>220</b>
<b>PI28 – Papel do polimorfismo -308 do promotor do gene do TNF alfa na susceptibilidade e padrão de actividade da Artrite Idiopática Juvenil</b>	<b>221</b>
<b>PI29 – Plasmaferese nas Doenças Reumáticas Autoimunes</b>	<b>221</b>
<b>PI30 – Estratégias passivas de coping com a dor crónica em doentes reumáticos</b>	<b>222</b>
<b>PI31 – Extraglandular involvement in primary Sjögren's Syndrome – study of a Portuguese population</b>	<b>222</b>
<b>PI32 – Obesity and body composition parameters in Sjögren's Syndrome</b>	<b>223</b>

### SIMPÓSIOS-SATÉLITE

**Ibandronato – Novas Evidências de Eficácia Anti-Fracturária** (Patrocínio Roche)

**BeSt choices, Better future** (Patrocínio Shering-Plough)

**Celebrex-Lyrica Pain Symposium** (Patrocínio Pfizer)

**Strontium Ranelate flashes: late breaking news** (Patrocínio Servier)

**Espondiloartropatias Seronegativas – Avanços no Diagnóstico e Tratamento com Humira** (Patrocínio Abbott)

**Abatacept-Novo Tratamento da Artrite reumatóide** (Patrocínio BMS)

**Tratamento da osteoporose. Novas recomendações sobre vitamina D** (Patrocínio MSD)

## CURSOS PRÉ-CONGRESSO

DIA 1 DE ABRIL • 3<sup>a</sup> FEIRA**CURSO DE ECOGRAFIA MÚSCULO-ESQUELÉTICA****Coordenação e Organização do Curso:**

Dr. Fernando Saraiva, Reumatologista  
 Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

## PROGRAMA

**PARTE TEÓRICA**

- 09h00 - 09h15 **Introdução e Princípio Básicos da Ecografia**  
 Fernando Saraiva
- 09h15 - 09h25 **Dificuldades, Erros e Limitações**  
 Margarida Cruz (CHCR)
- 09h25 - 09h30 **Discussão**
- 09h30 - 09h45 **Ombro**  
 Sandra Falcão (HEM)
- 09h45 - 10h00 **Joelho**  
 Graça Sequeira (HDF)
- 10h00 - 10h05 **Discussão**
- 10h05 - 10h15 **Cotovelo**  
 Ricardo Figueira (CHF)
- 10h15 - 10h25 **Punho**  
 Pedro Gonçalves (HGO)
- 10h25 - 10h30 **Discussão**
- 10h30 - 11h00 **Pausa para café**

**PARTE PRÁTICA**

- 11h00 - 12h30 Prática da Ecografia Músculo-Esquelética pelos formandos, supervisionada, incidindo na temática abordada na manhã.

**LIÇÃO PLENÁRIA**

- 12h30 - 13h00 **Color Doppler e Power Doppler em Patologia Reumatológica**  
 Eugénio Miguel (HULP – Madrid)
- 13h00 - 15h00 **Intervalo para Almoço**

**PARTE TEÓRICA**

- 15h00 - 15h10 **Anca**  
 José Saraiva Ribeiro (IPR)
- 15h10 - 15h20 **Tornozelo**  
 Margarida Cruz (CHCR)
- 15h20 - 15h25 **Discussão**
- 15h25 - 15h40 **Mão e Pé**  
 Manuela Costa (HSM)
- 15h40 - 15h50 **Procedimentos Ecoguiados**  
 Fernando Saraiva (HSM)
- 15h50 - 15h55 **Discussão**

- 15h55 - 16h10 **Ecografia em Reumatologia Pediátrica**  
Margarida Silva (IPR)
- 16h10 - 16h25 **Documentação de Imagens e Relatórios em Ecografia**  
Margarida Silva (IPR)
- 16h25 - 16h30 **Discussão**
- 16h30 - 16h40 **Apontamentos Finais**  
Fernando Saraiva (HSM)
- 16h40 - 17h00 **Pausa para Café**

**PARTE PRÁTICA**

- 17h00 - 18h30 **Prática da Ecografia Músculo-Esquelética pelos formandos, supervisionada, incidindo na temática abordada na tarde.**

**INTRODUÇÃO E PRINCÍPIO BÁSICOS DA ECOGRAFIA**

Fernando Saraiva

O autor tece algumas considerações sobre os princípios físicos básicos da ultrassonografia, fazendo referência à constituição e/ou características das sondas e feixes de ultra-som e dos sistemas de processamento e representação das imagens. Define a terminologia usada neste meio complementar de diagnóstico, faz referência a normas de utilização e segurança, menciona as indicações gerais da técnica e ilustra a anatomia ecográfica normal dos vários tecidos onde a ultrassonografia tem aplicação em reumatologia.

**DIFICULDADES, ERROS E LIMITAÇÕES**

Margarida Cruz

A ecografia é um excelente método de diagnóstico em certas patologias músculo-esqueléticas e traumáticas, no estudo de articulações, músculos, tendões e ligamentos, particularmente por ser relativamente barato e isento de radiações. As imagens podem ser obtidas com o segmento visado em movimento, podendo até, às vezes, obter-se benefício informativo com esse movimento, desde que limitado e acompanhado. No entanto, uma das grandes limitações deste método é a incapacidade de obter imagens para além de superfícies hiperecogénicas, como a cortical óssea ou algum material calcificado ou hiper-reflectivo. A ausência de material condutor entre a pele e a sonda é outra limitação à obtenção de imagens. Outra limitação pode ser a inadequação da frequência da sonda à grande profundidade das estruturas a estudar (por exemplo, a articulação coxofemoral ou um ombro de indivíduo obeso e uma sonda acima dos 5 MHz), ou, pelo contrário, à menor profundidade das mesmas (por exemplo uma sonda abaixo dos 10 MHz para estudar o punho, mão ou pé).

Para além das limitações referidas, existem vários tipos de artefactos que, consoante sejam vantajosos, podem ajudar-nos a otimizar o diagnóstico (por exemplo, o cone de sombra de uma calcificação, o aumento da transmissão através de estruturas anecogénicas, a imagem em cauda de cometa), ou desvantajosos, podem ter que ser corrigidos ou ignorados (por exemplo, a refração, a reverberação, a anisotropia ou o artefacto da profundidade do feixe de ultrassons).

**OMBRO**Falcão S,<sup>1,2</sup> De Miguel E,<sup>3</sup> Bravo Pimentão J,<sup>1</sup> Branco JC,<sup>2,1</sup> Saraiva F<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E, Hospital Egas Moniz, Lisboa
2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
3. Serviço de Reumatologia, Hospital Universitário la Paz, Madrid
4. Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria

O desenvolvimento de sondas lineares de alta-frequência e tecnologia Doppler com maior sensibilidade e acuidade diagnóstica transformaram a ecografia num pólo de interesse crescente nos últimos anos. A comunidade científica tem procurado desenvolver e adaptar as potencialidades desta técnica à necessidade da prática clínica reumatológica diária.

A ecografia é uma técnica inócua, acessível e de fácil execução na rotina da consulta que permite aperfeiçoar o conhecimento semiológico, auxiliando no correcto diagnóstico diferencial e orientação terapêutica. O advento da utilização do efeito Doppler (Power e Colour Doppler) representa um marco da sua adaptação à prática clínica reumatológica, possibilitando a quantificação do fluxo vascular e, conseqüentemente, da actividade inflamatória.

O ombro doloroso é uma patologia com elevada prevalência na população em geral e uma causa frequente de incapacidade. As principais causas de ombro doloroso são as lesões periarticulares, que afectam a coifa dos rotadores, tendão do bicípete e bolsa subacromiodeltoideia, secundárias ao conflito de espaço subacromial, originando degeneração tendinosa progressiva. O conhecimento do trajeto da longa porção do bicípete, ao longo da goteira bicipital, prévio à sua inserção ao nível da porção superior da cavidade glenoideia, e da presença de bainha sinovial neste tendão é fundamental na compreensão das suas alterações patológicas.

A ecografia é utilizada com grande precisão diagnóstica na identificação de: tendinoses/tendinites e roturas dos tendões da coifa dos rotadores; tendinites, tenossinovites, roturas e subluxações/luxações da longa porção do bicípete; bursites subacromiodeltoideias; derrames, sinovites, erosões, defeitos corticais e osteofitos nas articulações gleno-umerais e acromio-claviculares.

**Considerações anatómicas**

O ombro é um complexo articular extremamente

móvel, com uma funcionalidade complexa onde participam 4 articulações: gleno-umeral, acromio-clavicular, esterno-clavicular e escapulo-torácica. A estabilidade articular é proporcionada pelo debrum glenoideu, uma fina cápsula articular subjacente aos ligamentos gleno-umerais e pela coifa dos rotadores, constituída por 4 unidades músculo-tendinosas: o subescapular anteriormente e o supraespinhoso, infraespinhoso e pequeno redondo posteriormente.

### Exploração ecográfica do ombro

O estudo ecográfico do ombro é uma exploração dinâmica em que o paciente e observador mobilizam o ombro para que haja uma maior exposição dos segmentos anatómicos a avaliar. Esta deve seguir um técnica padronizada que possibilite o estudo completo e sistemático de todas as estruturas do ombro (Quadro 1).

No início da exploração o paciente deve estar sentado com o antebraço em flexão a 90° com o ombro em posição neutra. Deve-se iniciar a avaliação ecográfica transversal da longa porção do bíceps, seguindo-se a longitudinal em toda a sua extensão. A rotação externa passiva do ombro expõe o subescapular permitindo a sua avaliação desde a inserção no troquino até à sua porção mais proximal. Qualquer estrutura, sempre que possível, deve ser explorada no plano longitudinal e transversal. A homogeneidade estrutural ecográfica deve manter-se ao longo de todo o tendão. Anomalias hipo ou hiperecogénicas, focais ou difusas, correspondem a sinais ecográficos de micro rotu-

ras intratendinosas ou roturas parciais e a alterações degenerativas ou fibrose, respectivamente. A presença de lesões hiperecogénicas intratendinosas com sombra acústica posterior sugere a presença de calcificações. A superfície cortical deve ser igualmente avaliada em toda a sua extensão no sentido de identificar irregularidades corticais, nomeadamente: defeitos corticais, erosões ou projecções osteofitárias.

A exploração anterior do ombro termina com a avaliação da articulação acromio-clavicular onde deve ser descrita a regularidade dos bordos ósseos articulares e a presença ou ausência de distensão da cápsula articular.

A exploração externa do ombro realiza-se com o ombro em rotação interna máxima e adução (com a mão do paciente sobre a região lombar, sagrada ou glútea dependendo do grau de rotação interna que o paciente possa realizar). Esta manobra expõe a inserção dos tendões no troquiter que, de outra forma, estariam encobertos pelo acrómio. A avaliação ecográfica do tendão do supra e infraespinhoso deve ser realizada desde a sua inserção no troquiter até à sua porção proximal, de fora para dentro e de cima para baixo, primeiro no plano longitudinal e depois no transversal. A continuação desta exploração leva à região posterior do ombro, onde se localiza o prolongamento do tendão do infraespinhoso, pequeno redondo, debrum e recesso articular gleno-umeral posterior.

A exploração do recesso articular gleno-umeral inferior ou axilar realiza-se em seguida, com o ombro em abdução. Esta manobra permite a detecção de derrame ou projecções osteofitárias inferiores da cortical óssea umeral.

Finalmente, a manobra de elevação/abdução do ombro, com a sonda colocada longitudinalmente entre o acrómio e a extremidade superior umeral, deve ser realizada no sentido de excluir síndrome de conflito do ombro, identificando se o tendão do supraespinhoso e a bolsa subacromiodeltoideia deslizam perfeitamente sob o arco acromio-clavicular.

**Quadro 1. Metodologia de exploração do ombro**

<b>Exploração anterior do ombro</b>	Exploração ecográfica transversal do bíceps Exploração ecográfica longitudinal do bíceps Exploração ecográfica longitudinal e transversal do subescapular Exploração ecográfica da articulação acromio-clavicular
<b>Exploração externa do ombro</b>	Exploração ecográfica transversal do supraespinhoso, infraespinhoso e bolsa subacromiodeltoideia Exploração ecográfica longitudinal do supraespinhoso, infraespinhoso e bolsa subacromiodeltoideia
<b>Exploração posterior do ombro</b>	Exploração do debrum e recesso gleno-umeral Exploração do infraespinhoso e pequeno redondo
<b>Exploração do recesso axilar</b>	Exploração do recesso axilar inferior

Adaptado de Esperanza Naredo Sánchez, Eugenio de Miguel Mendieta, Jacqueline Usón Jaeger. Hombro. In: Diagnóstico Ecográfico de Enfermedades Reumáticas. 2005: 45-56.

## Patologia e semiologia ecográfica

### *Patologia da longa porção do bicipíte:*

Na exploração deste segmento anatómico podemos identificar derrames na bainha sinovial, tendinite/tendinose, tenossinovite, roturas parciais ou totais e luxações ou subluxações.

- 1) Aumento de líquido na bainha da longa porção do bicipíte:  
Halo hipoecogénico peritendinoso com mais de 2mm. A presença de líquido na bainha da longa porção do bicipíte pode ocorrer no contexto de tenossinovite, traduzir a presença de derrame gleno-umeral ou de bursite subacromio-deltóideia e rotura da coifa dos rotadores. A patologia da longa porção do bicipíte surge frequentemente em associação com alterações da coifa dos rotadores.
- 2) Tendinose bicipital:  
Alteração da homogeneidade e ecoestrutura fibrilar, traduzindo alteração da estrutura interna tendinosa.
- 3) Tenossinovite bicipital:  
Aumento de líquido na bainha tendinosa com proliferação ecogénica sinovial nas paredes da mesma, que pode acompanhar-se de alterações eco-estruturais e aumento do diâmetro tendinoso.
- 4) Rotura do bicipíte:  
Interrupção parcial (rotura parcial) ou total (rotura total) das fibras tendinosas.
- 5) Luxação do tendão do bicipíte:  
O tendão encontra-se fora da goteira bicipital, mais frequentemente na região interna.
- 6) Subluxação do tendão do bicipíte:  
Na exploração dinâmica, aquando da rotação externa, o tendão desloca-se da goteira bicipital para uma posição interna.

### *Patologia da coifa dos rotadores:*

Os tendões da coifa dos rotadores podem apresentar sinais ecográficos sugestivos de tendinite, tendinose, rotura parcial ou total. Na maioria das lesões da coifa dos rotadores o tendão do supraespinhoso encontra-se envolvido, sendo raras as lesões isoladas do subescapular, infraespinhoso ou pequeno redondo.

- 1) Tendinite/tendinose da coifa dos rotadores:  
Perda da homogeneidade e da ecoestrutura fibrilar tendinosa, com focos hipoecogénicos (edema e micro roturas) e hiperecogénicos (fibrose, calcificações punctiformes ou micro roturas preenchidas com tecido de granulação) intratendi-

nosos. Pode ocorrer aumento da espessura/dimensão do tendão e a presença de sinal Doppler aponta para processo inflamatório activo.

- 2) Rotura parcial do subescapular:  
Defeito tendinoso parcial, com adelgaçamento do tendão.
- 3) Rotura total do subescapular:  
Ausência do tendão na posição anatómica ou defeito tendinoso em toda a sua extensão.
- 4) Roturas do supra e infraespinhoso:  
Defeito tendinoso hipoecogénico que afecta a superfície bursal ou profunda do tendão. As roturas da coifa dos rotadores podem classificar-se segundo a dimensão: pequenas (< 2 cm), grandes (2-4 cm) e massivas (> 4 cm); ou a extensão da rotura no plano longitudinal: estadio I de retracção (o bordo livre tendinoso localiza-se sobre o colo umeral), estadio II de retracção (o bordo livre encontra-se sobre a cabeça umeral) e estadio III de retracção (o bordo livre não se identifica por se encontrar por baixo do acrómio). Nas roturas totais antigas ocorre interrupção completa das fibras tendinosas com aposição do deltóide sobre a cabeça umeral e perda da convexidade superior tendinosa (sinal da roda dentada). O preenchimento do espaço tendinoso por tecido hipoecogénico sugere rotura total recente com hematoma.
- 5) Calcificações da coifa dos rotadores:  
Imagens hiperecogénicas intratendinosas, geralmente com cone de sombra acústica posterior, de aspecto pontiforme, linear ou amorfo dependendo das características da calcificação.

### **Bursite subacromiodeltóideia**

O aumento de líquido da bolsa é uma manifestação incipiente de síndrome de conflito e acompanha habitualmente as roturas da coifa dos rotadores.

A bolsa subacromiodeltóideia é identificada em indivíduos saudáveis em cerca de 85% dos casos. O aumento hipoecogénico superior a 2mm é considerado patológico.

### *Derrame gleno-umeral:*

O conteúdo hipoecogénico intraarticular medido desde o debrum posterior ou axilar até à cápsula articular é considerado normal se igual ou inferior a 3mm.

### *Derrame acromio-clavicular:*

O derrame acromio-clavicular considera-se patológico quando a distensão hipoecogénica da cápsula

sula articular, medida desde o bordo ósseo acromial até à cápsula, é superior a 4,2mm.

### Conclusão

A ecografia é uma técnica válida e fiável na avaliação do ombro, bem como do aparelho músculo-esquelético em geral. A utilização de outras técnicas de imagem como a tomografia axial computadorizada e a ressonância magnética nuclear têm influenciado a forma como a ecografia é utilizada na avaliação do aparelho músculo-esquelético. Contudo, o baixo custo, acessibilidade e inocuidade, conferem-lhe vantagens relativamente às restantes técnicas de imagem. O seu potencial no auxílio de punções guiadas e a possibilidade de quantificação da actividade inflamatória, principalmente em estruturas mais superficiais, ampliou a sua aplicabilidade nos últimos anos.

### Referências bibliográficas:

- Naredo E, Möller I, Moragues C, de Agustín JJ, Scheel AK, Grassi W, de Miguel E, Backhaus M, Balint P, Bruyn GA, D'Agostino MA, Filippucci E, Iagnocco A, Kane D, Koski JM, Mayordomo L, Schmidt WA, Swen WA, Szkudlarek M, Terslev L, Torp-Pedersen S, Uson J, Wakefield RJ, Werner C; EULAR Working Group for Musculoskeletal Ultrasound. Interobserver reliability in musculoskeletal ultrasonography: results from a "Teach the Teachers" rheumatologist course. *Ann Rheum Dis.* 2006; 65(1):14-19.
- Naredo E, Cabero F, Cruz A, Uson J, Palop MJ, Crespo M. Ultrasound guided musculoskeletal injections. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(2):341.
- Joshua F et al. Summary findings of a systematic review of the ultrasound assessment of synovitis. *J Rheumatol.* 2007;34(4):839-847
- Naredo E, Collado P, Cruz A, Palop MJ, Cabero F, Richi P, Carmona L, Crespo M. Longitudinal power Doppler ultrasonographic assessment of joint inflammatory activity in early rheumatoid arthritis: predictive value in disease activity and radiologic progression. *Arthritis Rheum.* 2007;15;57(1):116-124
- Esperanza Naredo Sánchez, Eugenio de Miguel Mendieta, Jacqueline Usón Jaeger. Hombro. In: Diagnóstico Ecográfico de Enfermedades Reumáticas. Madrid: YOU&US, 2005: 45-56.
- Scott David Martin, Thomas Thornhill. Shoulder Pain. In: Edward D. Harrys, Jr et al. *Kelleys' s Textbook of Rheumatology.* Philadelphia: Elsevier, 2005: 557-587.
- Ronald S. Adler, Laurence A. Mack, E. William Scheible, Carolyn M. Sofka, Donald Resnick. Diagnostic Ultrasonography. In: Resnick, Kransdorf. *Bone and Joint Imaging.* Philadelphia: Elsevier, 2005: 78-85.
- Schmidt WA, Schmidt H, Schicke B, Gromnica-Ihle E. Standard reference values for musculoskeletal ultrasonography. *Ann Rheum Dis.* 2004; 63(8):988-994.

### JOELHO

Graça Sequeira

A articulação do joelho é facilmente acessível ao exame físico. No entanto, pequenos derrames ou proliferações da membrana sinovial podem ser apenas demonstrados por ecografia.

O doente deve estar em decúbito dorsal para os vários cortes, excepto para os posteriores, em que deverá estar em decúbito ventral. O joelho deve estar em posição neutra ou em flexão de 30º.

Os cortes padrão indicados pela EULAR são os seguintes:

- Suprapatelar longitudinal
- Suprapatelar transversal em posição neutra
- Suprapatelar transversal em flexão máxima
- Infrapatelar longitudinal
- Infrapatelar transversal
- Medial ou interno longitudinal
- Lateral ou externo longitudinal
- Posterior medial longitudinal
- Posterior lateral longitudinal
- Posterior transversal

A patologia do joelho detectável por ecografia é muito variada e inclui derrame articular, sinovite, tendinite do quadricípete ou do rotuliano, roturas tendinosas, bursites suprapatelar, parapatelares ou infrapatelares, lesões ligamentares, lesões meniscais, calcificações da doença por deposição de cristais de pirofosfato de cálcio, depósitos de ácido úrico e Quisto de Baker.

### COTOVELO

Ricardo Figueira

**Introdução:** Em resultado dos avanços tecnológicos observados nos últimos anos no âmbito da ecografia, este exame assume hoje uma importância incontornável na prática clínica do Reumatologista. O cotovelo é sede de múltipla patologia inerente à própria articulação ou às estruturas periarticulares e pode estar envolvido em quase todas as doenças reumáticas.

**Indicações:** A ecografia está indicada na avaliação do doente com patologia da articulação do cotovelo e das estruturas peri-articulares, isoladamente ou no contexto de uma doença reumática sistémica.

A avaliação ecográfica é útil na detecção de hidrartrose, alterações degenerativas e erosões da cortical óssea, na avaliação de uma sinovite, no diagnóstico de patologia do nervo cubital, dos li-

gamentos, dos tendões, das entesis, das bolsas serosas e da pele. Pode ainda ser útil na realização de punções, aspirações e infiltrações locais guiadas.

**Equipamento:** A ecografia músculo-esquelética requer a utilização de equipamento de elevada qualidade que permita uma correcta distinção e avaliação das estruturas em escala de cinzentos, complementada por uma avaliação por *Color Doppler* e *Power Doppler*. As sondas a utilizar devem ser lineares, com frequências compreendidas entre 7,5 e 16 MHz.

**Técnica utilizada:** O exame ecográfico deve ser realizado de forma metódica, respeitando os posicionamentos correctos do doente para a obtenção dos diferentes «cortes»: anterior, lateral, interno e posterior. O exame da articulação contra-lateral e a observação dinâmica completam o estudo.

**Achados ecográficos:** O úmero, o rádio e o cúbito apresentam o característico aspecto hiperecogénico do tecido ósseo. Irregularidades do seu contorno ou erosões da cortical podem ser facilmente observadas.

A cápsula articular envolve a articulação e apresenta-se sob a forma de uma fina banda ecogénica e a cartilagem normal é tipicamente anecogénica.

A presença de hidrartrose e de sinovite é identificada por um aumento do volume de líquido sinovial, cuja ecogenicidade importa avaliar, e pela presença de proliferação da sinovial, respectivamente. O estudo por *Power Doppler* demonstra aumento da perfusão e permite quantificar a sinovite.

A tendinite dos extensores (epicondilite) e a tendinite dos flexores (epitrocleíte) podem traduzir-se ecograficamente pela presença de espessamento e diminuição da ecogenicidade ao nível das entesis, irregularidades do contorno ósseo e calcificações. O *Power Doppler* poderá demonstrar hiperémia local.

As bolsas serosas, dificilmente identificadas na ausência de patologia, tornam-se distendidas e a avaliação das características do seu conteúdo facilmente acessível, quando são alvo de processos inflamatórios ou infecciosos.

Na síndrome do canal cubital a compressão do nervo cubital evidencia-se por um aumento do diâmetro do nervo imediatamente proximal à zona de compressão.

A ecografia permite ainda identificar a presença de nódulos subcutâneos na região olecrâneana e auxiliar no seu diagnóstico diferencial.

**Conclusão:** A ecografia do cotovelo não apresenta limitações superiores ou encerra um grau de dificuldade maior do que a ecografia em outras loca-

lizações do aparelho locomotor mas também nesta articulação se assume como um importante meio de avaliação diagnóstica e terapêutica do doente com patologia reumática.

## PUNHO

Pedro Gonçalves

Devido à melhoria substancial na tecnologia das sondas ecográficas, tem vindo a aumentar progressivamente o interesse no estudo ultrassonográfico do punho e da mão. A utilização de sondas de 10 a 15 MHz, possibilita o estudo das diversas estruturas anatómicas do punho, nomeadamente das articulações, dos tendões, nervos e vasos. A correcta conjugação dos dados clínicos com os dados radiológicos e ecográficos permite ao clínico avaliar de forma adequada a maioria das doenças que ocorrem nesta localização. O estudo radiológico dirigido essencialmente ao osso e articulações e a ecografia identificando a maioria das patologias de partes moles.

A Ecografia do Punho permite identificar e caracterizar um diverso leque de patologias.

Na Artrite Reumatóide o exame radiológico permanece como fundamental na caracterização e identificação das primeiras lesões articulares e ósseas, nomeadamente através da identificação de erosões. Contudo, os dados fornecidos pelo exame radiológico convencional, fornecem apenas informação indirecta sobre a inflamação sinovial. Por outro lado, as alterações radiológicas características da doença surgem, habitualmente, após 6 a 24 meses de evolução, sendo o corolário de uma actividade inflamatória sinovial local, muitas vezes de difícil identificação e quantificação. A Ressonância Magnética Nuclear foi considerada como técnica de eleição para a detecção de sinovite e erosões na Artrite precoce. Contudo, os desenvolvimentos mais recentes da Técnica Ecográfica têm vindo a permitir, também, identificar com precisão as primeiras alterações inflamatórias a nível do punho, nomeadamente pela identificação e quantificação da sinovite e do *pannus*, detecção de erosões e avaliação da destruição da cartilagem.

Nas Doenças Reumatológicas Inflamatórias sistémicas é possível identificar Tenosinovite e Rupturas tendinosas com a utilização deste método de imagem. Na Artrite Reumatóide a mão e o punho encontram-se envolvidos em 64 a 95% dos casos. A inflamação das bainhas tendinosas é susceptível de ser identificada a nível dos Tendões Exensores

e Flexores dos dedos, visualizável como distensão das bainhas por fluido ou por hiperproliferação sinovial. A hiperemia e a inflamação podem ainda ser identificadas e quantificadas por Doppler.

A maioria das doenças por compressão de nervo periférico a nível do punho podem ser identificadas por Ultrasonografia. No Síndrome do Canal Cárpico, caracteristicamente, o nervo Mediano apresenta-se edemaciado na sua porção proximal e adelgado na sua porção mais distal. Acredita-se que é diagnóstico de Síndrome do Canal Cárpico uma área de secção superior a 10 mm<sup>2</sup> a nível do osso pisiforme, de acordo com diversos estudos recentes. No Canal de Guyon, por Ecografia, é possível identificar as principais causas de compressão do nervo cubital, nomeadamente a presença de músculos anómalos no interior do canal, a trombose da artéria cubital ou a presença de quistos sinoviais.

Diversas outras entidades patológicas são ainda susceptíveis de ser identificadas por Ecografia. Destacam-se a Tenosinovite de De Quervain, processo inflamatório local envolvendo os tendões do curto extensor e longo abductor do 1º dedo e os Quistos sinoviais, que são as principais lesões de carácter expansivo identificáveis a nível desta localização.

A Ecografia tem permitido ainda o estudo e a identificação de Tumores de Células Gigantes das bainhas tendinosas, segunda causa de tumefacção mais frequente a nível do punho e mão, de lipomas, pseudoaneurismas, tumores dos nervos periféricos e tumores Glómicos.

#### Referência Bibliográficas:

- Bianchi S, Martinoli C. *Ultrasound of the Musculoskeletal System*. Springer, 2007  
 Brasseur JL, Dion E, Zeitoun-Eiss D. *Actualités en Écographie de l'appareil locomoteur*. Sauramps Medical, 2004  
 Jacobson J. *Fundamentals of Musculoskeletal Ultrasound*. Saunders, 2007  
 McNally E. *Practical Musculoskeletal Ultrasound*. Elsevier, 2005  
 Peetrons P. *Atlas Écographique du Système Locomoteur-Membre supérieur*, 2 ed. Sauramps Medical, 2005

#### ANCA

José Saraiva Ribeiro

A Ecografia da anca constitui uma técnica de imagem com elevado potencial diagnóstico e de apoio à terapêutica, aliada a uma disponibilidade imediata, rapidez de execução e baixo custo, características gerais da ecografia e procedimentos eco-

gráficos na área da reumatologia.

As indicações clínicas para ecografia da anca no adulto são a dor na anca nativa ou protésica e o diagnóstico de derrame ou sinovite, patologia periarticular e guiar a artrocentese e/ou a infiltração.

São várias as patologias potencialmente detectáveis por ecografia. De entre estas contam-se: derrame intra-articular e proliferação sinovial, lesões da cartilagem, lesões ósseas (erosões e osteofitos); osteocondromatose, corpos livres intra-articulares, tendinite/bursite trocantérica, bursite do íleo-psoas e calcificações.

São descritas a técnica de exame, em particular a posição do doente e as várias incidências ecográficas realizadas na avaliação da anca. Serão apresentadas e analisadas de forma compreensiva imagens ecográficas normais. Serão ainda analisados os aspectos ecográficos da patologia mais frequente, a saber: derrame intra-articular, proliferação sinovial, erosões, osteofitos e patologia periarticular.

#### TORNOZELO

Margarida Cruz

A ecografia é um método de imagem importante no diagnóstico diferencial de patologias do tornozelo, quer traumáticas, inflamatórias ou conseqüentes a alterações biomecânicas do pé. No tornozelo podem apreciar-se patologias da região posterior: tendão de Aquiles (tendinopatia, entesopatia, ruptura parcial ou completa, bursite pré ou retrocalcaneana), e fascia plantar (fascíte, ruptura); da região anterior: articulação túbio-as-tragalina (derrame), tendões dorsiflexores: tibial anterior, extensor próprio do 1º dedo, extensor comum dos dedos (tenossinovite, ruptura); da região externa: tendões peroneais curto e longo (tenossinovite, ruptura, subluxação); da região interna: tibial posterior (disfunção do tendão, tenossinovite, ruptura, síndrome do túnel tarsico). A distinção entre derrame articular e edema de tecidos moles ou tenossinovite é assim fácil e permite o diagnóstico exacto, muitas vezes impossível apenas pela observação e palpação das estruturas do tornozelo.

#### MÃO E PÉ

Maria Manuela Costa

A ecografia é usada em reumatologia para comple-

mentar a avaliação clínica do doente reumatológico, tendo um importante papel no doente com artropatia inflamatória. Este método de imagem permite um diagnóstico precoce mas também uma monitorização da evolução clínica das diferentes artropatias assim como permite executar técnicas de diagnóstico e terapêutica sob controle ecográfico.

As diversas artropatias inflamatórias como a artrite reumatóide e a artrite psoriática, entre outras, evoluem com compromisso das estruturas articulares e tendinosas das mãos e pés. Deste modo, o estudo ecográfico destas regiões anatómicas é uma preciosa ajuda para um diagnóstico precoce e detecção precoce do dano estrutural característico destas doenças. A introdução atempada da terapêutica permite o controlo da actividade inflamatória e a prevenção da lesão articular incapacitante e irreversível.

A ecografia fornece informação acerca da presença de derrame intra-articular, hipertrofia sinovial, sinovite, tendinite, tenossinovite, erosões, osteofitos, entesite e entesopatia. Todavia, a qualidade dos resultados depende de vários factores, nomeadamente do conhecimento das estruturas anatómicas, da experiência do operador e do equipamento utilizado.

**Conclusão:** a ecografia das mãos e pés é um método de imagem útil na prática clínica do reumatologista pelo que é importante um conhecimento da técnica com descrição das diversas estruturas anatómicas e alterações patológicas características de algumas doenças reumáticas.

## PROCEDIMENTOS ECOGUIADOS

Fernando Saraiva

Os procedimentos ecoguiados em ultrassonografia músculo-esquelética incluem a realização de biopsias fechadas/percutâneas musculares e da sinovial e a monitorização da localização da agulha quando da realização de aspirações e/ou infiltrações de bolsas serosas, bainhas tendinosas, quistos sinoviais ou articulações. O autor faz a descrição do material e da técnica que utiliza na realização de alguns destes procedimentos.

## ECOGRAFIA EM REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Margarida M. Silva

A ecografia é um método bastante apropriado para

o exame das crianças porque não comporta os riscos inerentes à radiação ionizante e é muito bem aceite neste grupo etário uma vez que em geral não provoca desconforto ou ansiedade. É um método auxiliar de diagnóstico e, como tal, é complementar de uma história clínica e um exame objetivo cuidados. O potencial e as limitações desta técnica devem ser conhecidos para que se saiba quando é o exame de eleição e quando são necessários outros exames de imagem, como radiografias, TAC ou RMN.

A ecografia é particularmente adequada ao estudo do esqueleto imaturo onde há um aumento da proporção cartilagem/osso. Permite ao examinador distinguir rapidamente a cartilagem dos tecidos moles e do osso e a alteração das relações entre as diversas estruturas. Permite comparar articulações sintomáticas com as contralaterais assintomáticas. Tal como a TAC e a RMN, a ecografia exige um bom conhecimento anatómico. O aspecto das articulações das crianças é diferente do dos adultos e, como tal, é necessária experiência particular nesta área.

As aplicações da ecografia músculo-esquelética em idades pediátricas incluem: 1. Displasia da anca – a demonstração das características ecográficas da luxação congénita da anca por R. Graf (1980) levou à primeira aplicação prática generalizada da ecografia em doenças músculo-esqueléticas – não será objecto deste curso. 2. Anca dolorosa ou claudicante – a coxofemoral é provavelmente a articulação mais avaliada nas crianças em parte por ser profunda e difícil de palpar; a ecografia é muito sensível na detecção de derrame articular; é útil na sinovite transitória, na detecção de envolvimento em doentes com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), na epifisiólise e pode ter um papel na doença de Perthes. 3. Joelho – diagnosticar ou confirmar derrame e sinovite na AIJ; diagnosticar Quisto de Baker; avaliar a doença de Osgood-Schlatter. 4. Outras articulações – detecção de derrame e sinovite noutras articulações dos membros. 5. Estudo dos tendões – como estruturas superficiais são particularmente propícias à avaliação ecográfica. 6. Múltiplas aplicações adicionais existem, variáveis com a experiência de cada centro.

A medição da espessura da cartilagem articular em várias articulações poderá ser útil na avaliação e seguimento dos doentes com AIJ. O caso particular dos punhos de um doente com AIJ permite exemplificar múltiplas potencialidades da ecografia: avaliação da hipervascularização da sinovial

(recurso ao Doppler), das tenossinovites, das erosões ósseas e da diminuição da espessura da cartilagem.

#### **DOCUMENTAÇÃO DE IMAGENS E RELATÓRIOS EM ECOGRAFIA**

Margarida M. Silva

A elaboração dos relatórios é um tema que, em geral, não é abordado nem nos livros, nem nos cursos de ecografia. No entanto, o relatório pode ser o único meio de comunicação entre o médico que faz o exame e o médico que trata o doente. O relatório é um documento que passa a fazer parte do processo clínico do doente pelo que tem de ser claro. O mesmo exame, feito por dois ecografistas diferentes, pode dar origem a um relatório de 3 linhas num caso e de uma página e meia no outro e serem os dois igualmente confusos e até enigmáticos. O melhor ecografista se não souber elaborar adequadamente o relatório não é eficaz no seu trabalho.

Um bom relatório deve descrever a técnica do exame; referir eventuais limitações na execução do mesmo; deixar bem claro quais as estruturas examinadas, mesmo que não mostrem alterações; ser descritivo; conter um diagnóstico ou diagnósticos diferenciais (quando tal for pertinente); fazer menção de eventuais limitações do exame ecográfico na avaliação de determinadas estruturas ou patologias (quando apropriado); deixar claro se foi tomado conhecimento da informação clínica relevante; responder directamente às questões do médico que referenciou o doente; mencionar a comparação com exames anteriores, se existirem; dar indicações quanto ao seguimento e exames adicionais de diagnóstico eventualmente necessários para clarificar ou confirmar o diagnóstico feito.

O relatório tem de ser acompanhado pelas principais imagens obtidas, tanto das estruturas que não se apresentam alteradas, como das que apresentam aspectos patológicos. As imagens têm de ser identificadas quanto à região examinada, local específico e incidência. Uma alteração patológica deve ficar documentada em pelo menos dois planos. A imagem deve ser associada à respectiva descrição sempre que existam alterações patológicas.

A evolução de ecógrafos que apenas permitiam a impressão das imagens para os que as registam em formato digital constitui um avanço importante. Cada exame pode facilmente ficar documentado com um maior número de imagens; passa-se de

um arquivo constituído unicamente por relatórios para um que além dos relatórios guarda as imagens. Torna-se mais fácil fazer apresentações das imagens para fins didácticos. Podem fazer-se pequenos filmes para documentar exames dinâmicos – característica fundamental da ecografia - e infiltrações guiadas. As imagens em formato digital além de serem facilmente arquivadas podem ser comunicadas a outros sistemas.

Terminamos a comunicação mostrando exemplos dos modelos de relatórios em ecografia músculo-esquelética que temos vindo a usar no nosso trabalho nos últimos anos. Trata-se de modelos de relatórios estruturados que deixam bem claro o que foi avaliado em cada exame. Têm espaço para texto livre, usado para as descrições e comentários. Permitem fazer a associação das imagens à respectiva descrição. Podem servir para ter presente o protocolo de exame de uma determinada articulação e agilizam o processo de elaboração do relatório.

#### **APONTAMENTOS FINAIS**

Fernando Saraiva

O autor faz referência aos avanços tecnológicos recentes verificados no âmbito da ultrassonografia e relaciona-os com a expansão das indicações da ecografia em reumatologia. Estabelece ainda comparações entre esta técnica e a RMN, apontando vantagens e desvantagens, por patologias e regiões anatómicas.

#### **COLOR DOPPLER E POWER DOPPLER EM PATOLOGIA REUMATOLÓGICA**

Eugenio de Miguel

A avaliação por *Power Doppler* pode fornecer um importante contributo na diferenciação entre proliferação sinovial, sinovite, coágulos sanguíneos, fibrina, vasculites e entesitis, entre outras.

A perfusão sinovial pode ser avaliada utilizando uma escala subjectiva semi-quantitativa que avalia o sinal Doppler, através uma escala quantitativa da medição de *pixels* ou analisando o Doppler curvas.

Actualmente, ainda não existe consenso relativamente ao método de eleição para quantificar o sinal Doppler. Contudo, os métodos semi-quantitativos são os mais frequentemente utilizados.

O *Color Doppler* depende da direcção do fluxo.

Geralmente, o vermelho é utilizado para indicar que o fluxo se aproxima do transdutor e o azul para o fluxo que se afasta do mesmo. Diferentes tons de vermelho (ou azul) indicam diferentes velocidades de fluxo (na realidade diferentes turnos de frequência).

O *Power Doppler* é muito sensível na detecção de fluxo, pelo que não depende da velocidade ou direcção do mesmo. Sendo um modo quase ângulo independente.

A vantagem teórica na maior sensibilidade do *Power Doppler* em relação ao *Color Doppler* desapareceu nos últimos anos com o advento de novos ecógrafos equipados com *Color Doppler* de elevada sensibilidade. Nalguns casos, inclusivamente, superando a sensibilidade do *Power Doppler*. A escolha entre a utilização de *Color* ou *Power Doppler*, na detecção de baixo fluxo, deve depender das características do equipamento e não de uma padronização pré-definida.

A avaliação ecográfica com *Power* e *Color* é influenciada pela experiência do examinador, qualidade dos equipamentos e condições acústicas envolvidas no processo de aquisição da imagem. Assim, é fundamental que o examinador conheça os artefactos mais comumente encontrados e a sua importância para uma correcta interpretação da imagem.

Os parâmetros ajustáveis do Doppler mais importantes são: frequência, ganância, PRF, filtro de parede, posição do foco, tamanho e posição da caixa de cor. O posicionamento do paciente, a técnica de captura da imagem, a temperatura, o álcool e comida ingerida, influenciam a qualidade do exame Doppler.

O examinador tem de estar familiarizado com os artefactos que podem acompanhar o efeito Doppler, dos quais se salienta: pressão, ruído, «aliasing», crescendo (blooming), movimento, espelho, reverberação e focalização.<sup>1</sup>

Na utilização em reumatologia é importante a quantidade de cor (quantificação do fluxo) e não a velocidade relativa ou direcção do fluxo.

### **O efeito Doppler é válido na detecção e avaliação de inflamação sinovial?**

Na literatura existe um importante número de estudos que demonstram a importância e vantagens da utilização do Doppler na quantificação de inflamação articular em doentes com artrite reumatóide. Este método quando comparado com outros de referência para a avaliação de actividade inflamatória obteve excelentes resultados. Demonstrou ser sobreponível a biopsias de grandes articula-

ções,<sup>2,3</sup> ressonância magnética,<sup>4,5</sup> marcadores bioquímicos da doença e avaliação clínica articular.<sup>6</sup> Inclusivamente, o Doppler demonstrou ter valor preditivo na detecção de doença erosiva.<sup>7</sup>

O Doppler pode ser usado para detectar vasculite. Numerosos estudos, incluindo uma meta-análise, foram publicados sobre a utilização da ecografia da artéria temporal no diagnóstico de arterite de células gigantes. O Doppler também pode ser usado para avaliar vasculite das artérias subclávias e carótidas em doentes com arterite de Takayasu.

Nas doenças reumáticas inflamatórias pode, igualmente, ser uma arma útil na avaliação das entes e articulações sacro-ilíacas.

Resumindo, a ecografia com Doppler representa um grande avanço na prática clínica diária reumatológica, auxiliando na tomada de decisões diagnósticas, bem como em intervenções terapêuticas, num número crescente de doenças. Vantagens a que o reumatologista do século XXI não pode renunciar.

### **Referências Bibliográficas:**

1. Torp-Pedersen ST, Terslev L. Settings and artefacts relevant in colour/power Doppler ultrasound in rheumatology. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:143-149
2. Walther M, Harms H, Krenn V, Radke S, Faehndrich TP, Gohlke F. Correlation of power Doppler sonography with vascularity of the synovial tissue of the knee joint in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2001; 44:331-338.
3. Walther M, Harms H, Krenn V, Radke S, Kirschner S, Gohlke F. Synovial tissue of the hip at power Doppler US: correlation between vascularity and power Doppler US signal. *Radiology* 2002; 225:225-231.
4. Szkudlarek M, Court-Payen M, Strandberg C, Klarlund M, Klausen T, Østergaard M: Power Doppler Ultrasonography of Synovitis in Metacarpophalangeal Joints of Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 2001; 44:2018-2023.
5. Terslev L, Torp-Pedersen S, Savnik A, von der Recke P, Qvistgaard E, Danneskiold-Samsøe B, Bliddal H. Doppler ultrasound and magnetic resonance imaging of synovial inflammation of the hand in rheumatoid arthritis: a comparative study. *Arthritis Rheum* 2003; 48:2434-2441.
6. Qvistgaard E, Røgind H, Torp-Pedersen S, Terslev L, Danneskiold-Samsøe B, Bliddal H. Quantitative ultrasonography in rheumatoid arthritis: evaluation of inflammation by Doppler technique. *Ann Rheum Dis* 2001; 60:690-693.
7. Taylor PC, Steuer A, Gruber J, Cosgrove DO, Blomley MJ, Marsters PA, Wagner CL, McClinton C, Maini RN. Comparison of ultrasonographic assessment of synovitis and joint vascularity with radiographic evaluation in a randomized, placebo-controlled study of infliximab therapy in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2004; 50:1107-1116.

DIA 2 DE ABRIL • 4ª FEIRA

---

### **3º CURSO LIVRE «ESTUDO DO LÍQUIDO SINOVIAL»**

#### **Direcção e Coordenação:**

Dr. José M. Bravo Pimentão, Reumatologista

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

#### **Tutores**

- Dr. José M. Bravo Pimentão (H. de Egas Moniz – Lisboa)
- Prof. Doutora M.<sup>a</sup> Ondina de Figueiredo (Departamento Engenharia de Materiais, Universidade Nova de Lisboa)
- Dr.<sup>a</sup> Francisca Sivera (H. Universitário – Alicante)
- Dr. Herberto de Jesus (CHF)
- Dr.<sup>a</sup> Patrícia Nero (H. de Egas Moniz - Lisboa)
- Dr.<sup>a</sup> Sandra Falcão (H. de Egas Moniz - Lisboa)

#### **PROGRAMA**

08h30 - 09h45	<b>Introdução</b> Dr. José M. Bravo Pimentão <b>Cristais: estrutura interna, morfologia e mecanismos de crescimento</b> Prof. Doutora M. <sup>a</sup> Ondina de Figueiredo <i>Búsqueda de cristales en líquido sinovial</i> Dr. <sup>a</sup> Francisca Sivera
09h45 - 10h00	<b>Pausa para Café</b>
10h00 - 13h00	<b>Curso Prático</b>
13h00	<b>Almoço do Curso</b>

---

#### **BÚSQUEDA DE CRISTALES EN LÍQUIDO SINOVIAL**

Dr.<sup>a</sup> Francisca Sivera

El diagnóstico de certeza de gota o de artropatía por pirofosfato exige la identificación de cristales de urato monosódico (UMS) o de pirofosfato cálcico dihidratado (PFC) en líquido sinovial. Los cristales de UMS adoptan forma de agujas con birrefringencia negativa e intensa; en cambio los cristales de PFC son paralelepípedos con birrefringencia débilmente positiva. Familiarizarse con los cristales es esencial para realizar diagnósticos de certeza en la práctica clínica diaria.

PROGRAMA DO CONGRESSO

DIA 2 DE ABRIL • 4ª FEIRA

**MESAS-REDONDAS**

**Sala João Figueirinhas**

**REUMATOLOGIA – A ESPECIFICIDADE DUMA ESPECIALIDADE**

14h00 - 15h30 **MR1. Vasculites**

MODERADORES:

Prof. Doutor José António Silva, Reumatologista.

Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Dr. Jorge Crespo, Especialista de Medicina Interna.

Serviço de Medicina III, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

**Pistas clínicas para o diagnóstico de vasculites – *Clinical clues on the diagnosis of vasculitis***

Prof. Doutor José António Silva

**Contributo do ANCA para o diagnóstico e tratamento das vasculites - *How does ANCA contribute to the diagnosis and management of vasculitis***

Prof. Doutor Allan Wiik.

Department of Autoimmunology, Statens Serum Institut. Copenhaga, Dinamarca.

**Tratamento actual das vasculites – *What is the best treatment for vasculitis***

Dr. Raashid Luqmani, Reumatologista.

Rheumatology Department, Nuffield Orthopaedic Centre. Oxford, Reino Unido.

**Sala João Rego**

**REUMATOLOGIA – AS FRONTEIRAS COM OUTRAS ESPECIALIDADES**

14h00 - 15h30 **MR2. Osteoartrose**

MODERADORES:

Dr.ª Ana Assunção Teixeira, Reumatologista.

Directora Clínica do Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

Dr. Domingos Araújo, Reumatologista.

Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Conde de Bertiandos,

Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima.

**Epidemiologia da Osteoartrose em Portugal: resultados do estudo EPI – Porto**

Dr. Rui André Santos, Reumatologista.

Hospital Militar Principal, Lisboa.

**Imagiologia da Osteoartrose**

Dr.ª Margarida Silva, Reumatologista.

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

**As perspectivas do tratamento farmacológico com base nos dados actuais da fisiopatologia da Artrose – *Perspectives du traitement pharmacologique à travers la physiopathologie actuelle de l'arthrose***

Prof. Doutor Bernard Mazières, Reumatologista.

Service de Rhumatologie, CHU Larrey. Toulouse, França

**Biomateriais e células estaminais adultas na regeneração de tecidos lesados por doenças reumatológicas**

Eng.º Nuno Neves

Universidade do Minho, Braga.

## ENCONTROS COM O ESPECIALISTA

- 14h00 - 15h30 **ECE1. Erros comuns em Reumatologia**  
Dr. José Canas da Silva, Reumatologista.  
Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada.  
Dr.ª Ana Cordeiro, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.
- 16h00 - 16h30 **LIÇÃO PARA A VIDA**  
**O Reconhecimento do mérito e da excelência...**  
...Actual – Entrega dos Prémios e Bolsas da SPR  
...Passada – Entrega dos Galardões «Reuméritus» da SPR
- 16h30 - 18h00 **CERIMÓNIA DE ABERTURA**  
**Presidente:** Dr. Augusto Faustino, Reumatologista.  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.  
Homenagem póstuma aos Drs. João Rego e João Figueirinhas  
Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas  
Prof. Dr. Jaime Branco (Coordenador Nacional do Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas)  
Lançamento do Livro «A Reumatologia e a Arte»  
Prof. Dr. Viana de Queiroz

## SIMPÓSIOS-SATÉLITE

- 18h00 - 19h30 **Ibandronato – Novas Evidências de Eficácia Anti-Fracturária**  
(Patrocínio Roche)

DIA 3 DE ABRIL • 5ª FEIRA

## 08h00 - 9h00 VISITA AOS POSTERS

### MODERADORES:

- Dr. João Ribeiro da Silva, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.  
Dr. Carlos Miranda Rosa, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

### COMENTADOR CIÊNCIA BÁSICA:

- Prof. Doutor Luís Graça  
Unidade de Imunologia Celular, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

## MESAS-REDONDAS

### Sala João Figueirinhas

#### REUMATOLOGIA – A ESPECIFICIDADE DUMA ESPECIALIDADE

### 09h00 - 10h30 MR3. Espondiloartropatias

#### MODERADORES

- Prof. Doutor Francisco Simões Ventura, Reumatologista.  
Director do Serviço de Reumatologia do Hospital de São João, Porto.  
Dr. Fernando Pimentel, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, CHLO, Lisboa.

#### Terapêutica das Espondiloartropatias na Iberoamérica. Que lugar para os agentes biológicos?

- Prof. Doutor Eduardo Collantes Estévez, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital Universitario «Reina Sofia». Córdoba, Espanha.

#### Será possível induzir remissão e reduzir progressivamente a terapêutica anti-TNF?

- Dr.ª Patrícia Nero, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, CHLO, Lisboa.

**As recomendações da SPR para a terapêutica biológica na Artrite Psoriática**

Dr.ª Anabela Barcelos, Reumatologista.

Responsável pela Unidade de Reumatologia do Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro.

Dr. Armando Malcata, Reumatologista.

Director do Serviço de Reumatologia dos HUC, Coimbra.

11h00 - 12h30 **MR4. Reumatologia Pediátrica**

MODERADORES:

Dr. JA Melo Gomes, Reumatologista.

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa. Reumatologista Consultor do Hospital de Dona Estefânia e dos Serviços de Pediatria do Hospital Distrital de Faro, do Hospital de São Francisco Xavier e do Hospital Fernando da Fonseca.

Dr.ª Sara Pires de Freitas, Reumatologista.

**Terapêutica actual da nefropatia lúpica na criança e no adolescente**

Prof.ª Doutora Maria Odete Hilário, Pediatra.

Departamento de Pediatria e Sector de Reumatologia Pediátrica. Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia. Universidade Federal de São Paulo, Brasil

**Terapêutica actual das Artrites Idiopáticas Juvenis**

Dr. JA Melo Gomes

**Recomendações de Terapêutica Biológica da SPR**

Dr.ª Maria José Vieira, Pediatra.

Directora do Serviço de Pediatria e Directora Clínica do Hospital de Vila Nova de Famalicão. Pelo Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

14h30 - 16h00 **MR5. Lúpus Eritematoso Sistémico**

MODERADORES:

Dr. José Alberto Pereira da Silva, Reumatologista.

Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Dr.ª Maria José Santos, Reumatologista.

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

**Lúpus Neuropsiquiátrico – Neuropsychiatric lupus**

Prof. Doutor Yehuda Shoenfeld, Especialista de Medicina Interna.

Department of Medicine 'B' and Center for Autoimmune Diseases, Sheba Medical Center, Telavive, Israel.

**Depleção de células B no tratamento do LES – The use of B cell depletion in the treatment of SLE**

Prof. Doutor David Isenberg, Reumatologista.

Centre for Rheumatology Research, Division of Medicine UCL. Londres, Reino Unido.

**Terapêutica actual da glomerulonefrite lúpica**

Dr. Gomes da Costa, Nefrologista.

Serviço de Nefrologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

**Sala João Rego****REUMATOLOGIA – AS FRONTEIRAS COM OUTRAS ESPECIALIDADES**09h00 - 10h30 **MR6. Aspectos Cirúrgicos das Doenças Reumáticas**

MODERADORES:

Prof. Doutor Jacinto Monteiro, Ortopedista.

Director do Serviço de Ortopedia do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Dr. Guilherme Figueiredo, Reumatologista.

Director do Serviço de Reumatologia do HDES, Ponta Delgada, Açores.

**Cirurgia da Mão**

Dr. Mota da Costa, Cirurgião Plástico

Hospital CUF Descobertas, Lisboa

**Neurocirurgia**

Dr. João Melancia, Neurocirurgião  
Hospital de Santa Maria, Lisboa

**Ortopedia**

Prof. Doutor Jacinto Monteiro, Ortopedista  
Director do Serviço de Ortopedia do Hospital de Santa Maria, Lisboa

11h00 - 12h30 **MR7. Interface com a Clínica Geral / Medicina Familiar**

MODERADORES:

Dr. Luís Pisco, Clínico Geral.  
Presidente da APMCG (Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral)

Dr. Augusto Faustino, Reumatologista.  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.  
Reumatologista do Instituto Português de Reumatologia

**Osteoporose numa consulta de Clínica Geral – articulação com a especialidade**

Dr.ª Tânia Pires Silva, Clínica Geral.  
Médica de Família na USF Tornada, Caldas da Rainha.

**Prevalência de Doença Reumática numa USF**

Dr. Nuno Sousa, Clínico Geral.  
Médico de Família na USF Dafundo, Lisboa.

**Articulação MGF/Reumatologia: Experiência do Serviço de Reumatologia dos HUC.**

Dr. Luís Inês, Reumatologista  
Serviço de Reumatologia, HUC, Coimbra

14h30 - 16h00 **MR8. A Reumatologia Para Além da Articulação – I**

MODERADORES:

Prof. Doutor Armando Porto, Especialista de Medicina Interna.  
Professor Jubilado de Medicina Interna na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Dr. Armando Malcata, Reumatologista.  
Director do Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

**Pele**

Prof. Doutor Américo Figueiredo, Dermatologista.  
Director de Serviço de Dermatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra

**Olho**

Prof. Doutor Gil Forte, Oftalmologista.  
Serviço de Oftalmologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Lisboa.

**Tiróide**

Prof. Doutor Davide Carvalho, Endocrinologista.  
Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Departamento de Medicina. Faculdade de Medicina do Porto, Hospital S. João, Porto.

16h30 - 17h50 **MR9. A Reumatologia Para Além da Articulação – II**

MODERADORES:

Prof. Doutor Manuel Carrageta, Cardiologista.  
Director do Serviço de Cardiologia do Hospital Garcia de Orta, Almada.  
Presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia.

Dr. José Vaz Patto, Reumatologista.  
Presidente do Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

**Fígado**

Prof. Doutor Rui Marques dos Santos, Especialista de Medicina Interna.  
Serviço de Medicina III, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

### **A Reumatologia e o Coração**

Dr. Paulo Nicola, Investigador.

Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

### **Rim**

Prof. Doutor João Frazão, Nefrologista.

Serviço de Nefrologia do Hospital de São João, Porto.

### **LIÇÕES PLENÁRIAS**

14h00 - 14h30 **LP 1. *Can we predict autoimmune Rheumatic Diseases?***

PRESIDENTE:

Prof. Doutor Jaime C. Branco, Reumatologista.

Director do Serviço de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa.

PALESTRANTE:

Prof. Doutor Yehuda Shoenfeld, Especialista de Medicina Interna.

Department of Medicine 'B' and Center for Autoimmune Diseases. Sheba Medical Center. Telavive, Israel.

17h50 - 18h00 **Declaração Escrita sobre as Doenças Reumáticas – Contributo de uma proposta no Parlamento Europeu**

Dra. Edite Estrela

Deputada ao Parlamento Europeu

Membro da Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar

1ª Vice-Presidente da Comissão dos Direitos da Mulher e Igualdade dos Géneros

Presidente da Delegação Socialista Portuguesa

### **COMUNICAÇÕES LIVRES 1**

16h30 - 17h50 MODERADORES:

Dr.ª Lúcia Costa, Reumatologista.

Serviço de Reumatologia, Hospital Conde de Bertiandos, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima.

Dr.ª Margarida Cruz, Reumatologista.

Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar das Caldas da Rainha.

COMENTADOR CIÊNCIA BÁSICA:

Prof. Doutor Luís Graça

Unidade de Imunologia Celular, Instituto de Medicina

Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

### **ENCONTROS COM O ESPECIALISTA**

09h00 - 10h30 **ECE2. Como utilizar adequadamente os exames laboratoriais em Reumatologia**

Dr. Paulo Coelho, Reumatologista

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

Dr.ª Manuela Parente, Reumatologista

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

11h00 - 12h30 **ECE3. Como identificar precocemente uma Artrite**

Dr. José Pinto, Reumatologista

Serviço de Reumatologia do Hospital de São João, Porto

Dr. José Miguel Bernardes, Reumatologista

Serviço de Reumatologia do Hospital de São João, Porto

14h30 - 16h00 **ECE4. Como identificar precocemente uma Espondiloartropatia**

Dr.ª Helena Santos, Reumatologista

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

Dr.ª Fátima Godinho, Reumatologista

Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

16h30 - 17h50 **ECE5. Como identificar precocemente uma Doença Reumática Sistémica**  
Dr. Luís Inês, Reumatologista  
Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra  
Dr.ª Cândida Silva, Reumatologista  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

#### ENCONTROS COM AS ASSOCIAÇÕES DE DOENTES

09h00 - 10h30 **1. Associação Nacional dos Doentes com Artrites e Reumatismos de Infância (ANDAI)**  
11h00 - 12h30 **2. Associação de Doentes com Lúpus**  
14h30 - 16h00 **3. Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide (ANDAR)**  
16h30 - 17h50 **4. Associação Nacional de Doentes com Espondilite Anquilosante (ANEA)**

#### SIMPÓSIOS-SATÉLITE

12h30 - 14h00 **BeSt choices, Better future**  
(Patrocínio Schering-Plough)  
18h00 - 19h30 **Celebrex-Lyrica Pain Symposium**  
(Patrocínio Pfizer)  
19h30 - 20h30 **Strontium Ranelate flashes: late breaking news.**  
*Ranelato de Estrôncio e novas evidência*  
(Patrocínio Servier)

DIA 4 DE ABRIL • 6ª FEIRA

#### 08h00 - 09h00 VISITA AOS POSTERS

##### MODERADORES:

Dr.ª Cristina Catita, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.  
Dr. Jorge Silva, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra

##### COMENTADOR CIÊNCIA BÁSICA:

Prof. Doutor Luís Graça  
Unidade de Imunologia Celular, Instituto de Medicina  
Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

#### MESAS-REDONDAS

##### Sala João Figueirinhas

##### REUMATOLOGIA – A ESPECIFICIDADE DUMA ESPECIALIDADE

#### 09h00 - 10h30 MR10. Osteoporose

##### MODERADORES:

Dr. Alberto Quintal, Reumatologista.  
Director da Unidade de Reumatologia do Centro Hospitalar do Funchal, Funchal,  
Madeira.

Dr.ª Helena Canhão, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

#### **Conseguiremos bater as terapêuticas actuais? Novos alvos terapêuticos. – *Can we beat the current therapies? New therapeutic targets.***

Prof. Doutor Tim Spector, Reumatologista.  
Twin Research & Genetic Epidemiology Unit, St. Thomas' Hospital and Kings  
College. Londres, Reino Unido.

#### **Recomendações da SPR para o diagnóstico e terapêutica da Osteoporose**

Dr.ª Viviana Tavares, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.

**Novo conceito de risco de fractura da OMS**

Dr. José Carlos Romeu, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

11h00 - 12h30 **MR11. Artrite Reumatóide**

## MODERADORES:

Prof. Doutor João Eurico Fonseca, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria José Leandro, Reumatologista.  
University College London. Londres, Reino Unido.

**Tratar hoje a AR: Os Fins Justificam os Meios? A Visão do Reumatologista**

Prof. Doutor Jaime C. Branco, Reumatologista.  
Director do Serviço de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa.

**Tratar hoje a AR: Os Fins Justificam os Meios? Perspectiva de custo-efectividade**

Prof. Doutor Vasco Maria  
Presidente do INFARMED.

**Terapêutica personalizada da AR – Tailoring RA treatment**

Dr. Paul Peter Tak, Reumatologista.  
Division of Clinical Immunology and Rheumatology. Academic Medical Center, University of Amsterdam. Amesterdão, Holanda.

**Sala João Rego****REUMATOLOGIA – AS FRONTEIRAS COM OUTRAS ESPECIALIDADES**09h00 - 10h30 **MR12. Risco Cardiovascular das Doenças Reumáticas**

## MODERADORES:

Prof. Doutor Evangelista Rocha, Cardiologista.  
Hospital Militar Principal, Faculdade de Medicina de Lisboa.  
Dr. José Canas da Silva, Reumatologista.  
Director do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada.

**Aterosclerose e Inflamação**

Prof. Doutor José Manuel Silva, Especialista de Medicina Interna.  
Serviço de Medicina II, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

**Abordagem das dislipidemias no doente reumático**

Prof. Doutor Víctor Gil, Cardiologista.  
Director do Serviço de Cardiologia do Hospital Fernando da Fonseca, Lisboa.

**HTA**

Dr. Vítor Ramalhinho, Especialista de Medicina Interna.  
Serviço de Medicina I, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

11h00 - 12h30 **MR13. LMERT – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho**

## MODERADORES

Dr.<sup>a</sup> Maria Fátima Lopes, Médica do Trabalho.  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.  
Dr. Luís Miranda, Reumatologista. Médico do Trabalho.  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

**LMERT - sectores de actividade e relação patologia/actividade.****Implicações para o Médico do Trabalho**

Dr.<sup>a</sup> Maria Fátima Lopes

**O impacto laboral das LMERT. Implicações para o Reumatologista**

Dr. Luís Miranda

**Prevenção no local de trabalho – Prevenção das LMERT.****A visão do Ergonomista.**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Filomena Carnide, Professora de Ergonomia.  
Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

**14h30 - 16h00 MR14. Ginecologia e Obstetrícia – Gravidez e Doenças Reumáticas**

MODERADORES:

Dr.<sup>a</sup> Conceição Cardoso, Ginecologista.

Serviço de Ginecologia. Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Dr.<sup>a</sup> Aurora Marques, Reumatologista.

Serviço de Reumatologia. Hospital de Santa Maria, Lisboa.

**Lúpus e Gravidez**Dr.<sup>a</sup> Luísa Pargana, Ginecologista

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Santa Maria, Lisboa;

Dr.<sup>a</sup> Susana Capela, Reumatologista

Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

**Esclerose Sistémica e Gravidez**

Dr. Miguel Tuna, Ginecologista

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Dr.<sup>a</sup> Catarina Resende, Reumatologista

Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

**Fármacos em Reumatologia. Implicações na gravidez**Dr.<sup>a</sup> Luísa Pinto, Ginecologista

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Santa Maria, Lisboa;

Dr.<sup>a</sup> Ana Rodrigues

Interna do Internato Complementar de Reumatologia, Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

**16h30 - 18h00 MR15. Psiquiatria – «Reumatologia e Neurociências»**

MODERADORES:

Dr.<sup>a</sup> Lúcia Monteiro, Psiquiatra.

Directora da Unidade de Psiquiatria do IPO e Coordenadora do Núcleo de Oncologia Psicossocial.

Dr. Rui Leitão, Reumatologista.

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

**Manual do Sono para Reumatologistas**

Dr. António Atalaia, Neurologista.

Hospital Inglês, Lisboa.

**Psiquiatria de Ligação à Reumatologia**Dr.<sup>a</sup> Lúcia Monteiro, Psiquiatra.

Directora da Unidade de Psiquiatria do IPO e Coordenadora do Núcleo de Oncologia Psicossocial.

**Psiconeuroimunologia em Reumatologia**

Prof. Doutor Rui Mota-Cardoso, Psiquiatra

Professor Catedrático e Director do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do Porto, Porto

**LIÇÕES PLENÁRIAS****14h00 - 14h30 LP2 - *How to create a Centre of Excellence in Rheumatology from scratch.***

PRESIDENTE:

Dr. Rui André Santos, Reumatologista.

Hospital Militar Principal, Lisboa.

PALESTRANTE

Prof. Doutor Paul Peter Tak, Reumatologista.

Division of Clinical Immunology and Rheumatology. Academic Medical Centre, University of Amsterdam. Amesterdão, Holanda.

**16h00 - 16h30 LP3 - *The genetics of osteoporosis***

PRESIDENTE:

Dr. José Carlos Romeu, Reumatologista.

Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

PALESTRANTE:

Prof. Doutor Tim Spector, Reumatologista.  
Twin Research & Genetic Epidemiology Unit, St. Thomas' Hospital and Kings  
College. Londres, Reino Unido.

**COMUNICAÇÕES LIVRES 2**

14h30 - 15h30 MODERADORES:

Dr. Filipe Brandão, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia do Hospital de São João, Porto.  
Dr.<sup>a</sup> Graça Sequeira, Reumatologista.  
Unidade de Reumatologia, Hospital de Faro, Faro.

COMENTADOR CIÊNCIA BÁSICA:

Prof. Doutor Luís Graça  
Unidade de Imunologia Celular, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade  
de Medicina da Universidade de Lisboa

**COMUNICAÇÕES LIVRES 3**

16h30 - 17h50 MODERADORES:

Dr. Pedro Gonçalves, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.  
Dr.<sup>a</sup> Paula Valente, Reumatologista.  
Unidade de Reumatologia, Hospital da Feira, Feira.

COMENTADOR CIÊNCIA BÁSICA:

Prof. Doutor Luís Graça  
Unidade de Imunologia Celular, Instituto de Medicina Molecular da Faculdade  
de Medicina da Universidade de Lisboa

**ENCONTROS COM O ESPECIALISTA**

09h00 - 10h30 **ECE6. Abordagem clínica da Gota**

Dr. Armando Malcata, Reumatologista.  
Director do Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.  
Dr.<sup>a</sup> Margarida Oliveira, Reumatologista.  
Unidade de Reumatologia, Hospital da Cova da Beira, Covilhã.

11h00 - 12h30 **ECE7. Quando pedir e como interpretar uma Densitometria Óssea**

Dr.<sup>a</sup> Viviana Tavares, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada.  
Dr.<sup>a</sup> Eugénia Simões, Reumatologista.  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

14h30 - 16h00 **ECE8. Os falsos diagnósticos de Fibromialgia na Clínica Geral**

Dr. Fernando Saraiva, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.  
Dr. Herberto Jesus, Reumatologista.  
Unidade de Reumatologia, Centro Hospitalar do Funchal, Funchal, Madeira.

16h30 - 18h00 **ECE9. Exercício físico nas Doenças Reumáticas – quando e como?**

Dr. Alves de Matos, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa  
Occidental, Lisboa.  
Dr. Sérgio Alcino Azevedo, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital Conde de Bertiandos, Centro Hospitalar do Alto  
Minho, Ponte de Lima.

**ENCONTROS COM AS ASSOCIAÇÕES DE DOENTES**

09h00 - 10h30 **Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR)**

- 11h00 - 12h30 **Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica (MYOS)**  
14h30 - 16h00 **Associação Nacional Contra a Osteoporose (APOROS)**  
16h30 - 18h00 **Associação Portuguesa de Osteoporose (APO)**

#### **SIMPÓSIOS-SATÉLITE**

- 12h30 - 14h00 **Espondiloartropatias Seronegativas - Avanços no Diagnóstico e Tratamento com Humira**  
(Patrocínio Abbott)  
18h00 - 19h30 **Abatacept - Novo Tratamento da Artrite reumatóide**  
**Abatacept - A New treatment for Rheumatoid Arthritis**  
(Patrocínio BMS)

DIA 5 DE ABRIL • SÁBADO

#### **08h00 - 09h00 Visita aos Posters**

MODERADORES:

- Dr.<sup>a</sup> Margarida Silva, Reumatologista.  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.  
Dr.<sup>a</sup> Anabela Cardoso, Reumatologista

COMENTADOR CIÊNCIA BÁSICA:

- Prof. Doutor Luís Graça  
Unidade de Imunologia Celular, Instituto de Medicina  
Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

#### **MESAS-REDONDAS**

##### **Sala João Figueirinhas**

##### **REUMATOLOGIA – A ESPECIFICIDADE DUMA ESPECIALIDADE**

##### **09h00 - 10h30 MR16. O futuro da Reumatologia – As Bases de Dados da SPR**

MODERADORES:

- Dr. Rui André Santos, Reumatologista.  
Hospital Militar Principal, Lisboa.  
Dr.<sup>a</sup> Anabela Barcelos, Reumatologista.  
Responsável pela Unidade de Reumatologia do Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro.

##### **Base de Dados de doentes com Artrite Reumatóide e de doentes sob terapêutica biológica.**

- Prof. Doutor João Eurico Fonseca, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

##### **Consensos sobre o Metotrexato.**

- Dr.<sup>a</sup> Lúcia Costa, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital Conde de Bertiandos, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima.

##### **Base de Dados Ibero-Americana de Doentes com Espondiloartropatias.**

- Prof. Doutor Eduardo Collantes Estévez, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital Universitario «Reina Sofía». Córdoba, Espanha.

#### **LIÇÕES PLENÁRIAS**

##### **11h00 - 11h30 LP4. Destaques do Congresso**

PRESIDENTE:

- Dr. Luís Maurício Santos, Reumatologista.  
Serviço de Reumatologia, Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Açores.

PALESTRANTE:

Prof. Doutor Jaime C. Branco, Reumatologista.  
Director do Serviço de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa.

### **LIÇÃO DE ENCERRAMENTO**

11h30 - 12h15 **LP5. Reumatologia – uma necessidade não satisfeita; uma razão com coração**

PRESIDENTE:

Prof. Doutor Mário Viana de Queiroz, Reumatologista.  
Director do Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

PALESTRANTE:

Dr. Augusto Faustino, Reumatologista.  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

### **SIMPÓSIOS-SATÉLITE**

12h30 - 14h00 **Tratamento da osteoporose. Novas recomendações sobre vitamina D**  
(Patrocínio MSD)

PROGRAMA NACIONAL CONTRA  
AS DOENÇAS REUMÁTICASJC Branco,<sup>\*\*</sup> A Diniz,<sup>\*\*\*</sup> M Viana Queiroz<sup>\*\*\*\*</sup>

O Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas (PNCDR) foi elaborado e redigido por oito reumatologistas sob a coordenação científica (MVQ) e executiva (AD) de dois dos autores deste resumo. Os trabalhos desta Comissão iniciaram-se em 2002, a redacção do PNCDR ficou concluída no início de 2004 e, após um período de discussão pública, foi aprovada por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2004.

O PNCDR é um dos contributos do Ministério da Saúde para a «Década do Osso e da Articulação 2000-2010» e reflecte a preocupação das Autoridades nestas doenças, que são o grupo de patologia mais frequente e que implica um forte impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, constituindo, por isso, um considerável problema social e económico e, tendo em conta a sua tendência crescente, esta já importante questão da saúde pública agravar-se-à no futuro próximo.

O PNCDR é um instrumento que tem como objectivo a inversão da tendência de aumento da perda de funcionalidade causada pelas Doenças Reumáticas. Para isso, propõe um maior investimento na prevenção (primária, secundária e terciária) através de uma maior congregação de esforços de todos os Serviços e níveis de prestação de cuidados de saúde. Como resultado, dever-se-ão obter ganhos de saúde mensuráveis na área da reumatologia. O PNCDR aplica-se através da implementação de estratégias de intervenção (n=11), de formação (n=8), de colheita e análises de informação (n=2) e da criação de variados instrumentos de suporte. O Programa tem como interlocutor científico permanente a SPR e recorre, sempre que necessário, a outras sociedades científicas, ordens profissionais e associações de doentes.

\*Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE – Hospital Egas Moniz, Lisboa

\*\*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

\*\*\*Director de Serviços de Cuidados de Saúde, Direcção-Geral da Saúde

\*\*\*\*Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa

\*\*\*\*\*Faculdade de Medicina da Universidade Clássica de Lisboa

O acompanhamento e avaliação anual do Programa será efectuado, a nível regional, pelas ARS's e, a nível nacional, por uma Comissão Nacional na dependência do Director-Geral da Saúde e Alto Comissário da Saúde. Esta Comissão foi nomeada por Despacho do Ministro da Saúde, número 12929/2004, de 9 de Junho de 2004 (DR, II Série, número 153, de 1 de Julho de 2004, pág. 9822-3) e foi coordenada pelo último autor deste resumo (MVQ) até à sua renovação, que ocorreu por Despacho do Alto Comissário da Saúde, número 24080/2006, de 10 de Outubro de 2006 (DR, II Série, número 227, de 24 de Novembro de 2006, pág. 26880) que nomeou como coordenador o primeiro autor deste resumo (JCB).

Durante estes 4 anos de vigência do PNCDR já muito de objectivo foi feito (p. ex. novas Unidades/Serviços hospitalares de reumatologia, publicações, acções de formação, pareceres, circulares informativas) mas tem sido sobretudo o trabalho «invisível» (p. ex. aquisição e aumento de respeito e influência perto das autoridades, capacidade de antecipar e prevenir problemas, estatuto de igualdade com outros Programas de áreas tradicionalmente «mais importantes», proximidade com as fontes de informação e os órgãos de decisão) que mais se tem desenvolvido. Este é o tipo de esforço que é muito laborioso, demasiado exigente, por vezes até bastante complicado e que está sempre incompleto.

De resto, o PNCDR é um instrumento dinâmico e, como tal, nunca estará concluído. É por isso que não poderá ter sucesso apenas com o engenho e a arte do seu coordenador, qualquer que ele seja, ou mesmo de toda a Comissão Coordenadora.

Todos os muitos actores deste Programa são então necessários para que ele prossiga e progreda. Mas é absolutamente fundamental que os reumatologistas, juntamente com os doentes reumáticos, os mais interessados no cumprimento da agenda programática, nele se revejam e empenhem.

Este ano de 2008 e seguramente os 2 anos se.

guintes, são fundamentais para o rumo do PNCDR. Assim, e embora todas as 21 estratégias sejam importantes, existem algumas que são absolutamente nucleares para o êxito do Programa. Destaco o esforço de criação de novas Unidades/Serviços de Reumatologia, produção e edição para o grande público e profissionais (médicos e não médicos) de saúde de publicações sobre as doenças reumáticas e a formação alargada de profissionais de saúde, cuidadores, profes-

res, doentes e familiares, segundo as referências de competência já elaboradas e aprovadas.

O trabalho é imenso e todos não seremos de mais para o fazer. Claro que todas as pessoas só se podem interessar pelo que conhecem e é por isso, para os reumatologistas tomarem conhecimento e interesse pelo PNCDR, que elaborámos este resumo e faremos a apresentação oral que dele resultará.

DECLARAÇÃO ESCRITA SOBRE AS DOENÇAS  
REUMÁTICAS – CONTRIBUTO DE UMA  
PROPOSTA NO PARLAMENTO EUROPEU

Dra. Edite Estrela\*

PARLAMENTO EUROPEU 2004 - 2009  
DECLARAÇÃO ESCRITA SOBRE AS DOENÇAS REUMÁTICAS  
Apresentada nos termos do artigo 116.º do Regimento por  
Edite Estrela, Dorette Corbey e Adamos Adamou (0008/2008) (30.1.2008)

O Parlamento Europeu,

Tendo em conta o artigo 116.º do seu Regimento:

- A. Considerando que as doenças reumáticas implicam um sofrimento crónico que provoca dores, sofrimento e invalidez;
  - B. Considerando que entre 30% a 40% da população apresentam sintomas osteomusculares, os quais afectam mais de 100 milhões de pessoas na Europa;
  - C. Considerando que as doenças reumáticas representam a principal causa de reforma por incapacidade e de reforma antecipada dos trabalhadores;
  - D. Considerando que as estimativas apontam para que, até 2030, até um quarto dos europeus terá mais de 65 anos, e que a maior parte das pessoas com mais de 70 anos apresentará sintomas reumáticos crónicos ou recorrentes;
  - E. Considerando que a adopção de políticas sociais e de saúde assentes na análise das necessidades dos que padecem de doenças reumáticas contribuiria para reduzir os custos económicos e sociais associados a estas doenças (1 a 1,5% do PIB dos países desenvolvidos);
1. Exorta a Comissão e o Conselho a:
    - darem mais importância às doenças reumáticas na nova estratégia comunitária no domínio da saúde, dado os seus elevados custos sociais e económicos;
    - incentivarem os Estados-Membros a estabelecerem e a promoverem a aplicação dos planos nacionais de combate às doenças reumáticas;
    - desenvolverem uma estratégia da Comunidade Europeia para as doenças reumáticas e a elaborarem uma recomendação do Conselho sobre o diagnóstico precoce e o tratamento das doenças reumáticas;
    - desenvolverem uma estratégia para aumentar o acesso à informação e ao tratamento médico;
  2. Encarrega o seu Presidente de transmitir a presente declaração, com a indicação do nome dos respectivos signatários, ao Conselho, à Comissão e aos parlamentos dos Estados-Membros.

\*Deputada ao Parlamento Europeu

Membro da Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar  
1ª Vice-Presidente da Comissão dos Direitos da Mulher e Igualdade dos Géneros  
Presidente da Delegação Socialista Portuguesa



# **LIÇÕES PLENÁRIAS**

## LIÇÕES PLENÁRIAS

**LPI. CAN WE PREDICT AUTOIMMUNE RHEUMATIC DISEASES?**

Yehuda Shoenfeld MD, FRCP

Center for Autoimmune Diseases, Department of Medicine B, Chaim Sheba Medical Center  
Tel-Hashomer 52621, Tel Aviv, Israel, and Incumbent of the Laura Schwarz-Kipp Chair for Research of Autoimmune Diseases, Tel-Aviv University, Israel

Autoantibodies are well known as a cause of diseases, especially in humoral mediated autoimmune diseases (i.e. ITP, autoimmune hemolytic anemia, myasthenia gravis). The pathogenic role of the autoantibodies is confirmed by finding correlation of autoantibodies titers with clinical activity of the disease, deposition of the autoantibodies in the afflicted organ, and last but not least, induction of disease manifestations upon passive transfer to naïve animals. Two experimental models will be presented, entailing induction of experimental APS by passive transfer of anti-CL and induction of depression in mice by intrathecal instillation of anti-P-Ribosomal.

Many autoimmune diseases are chronic conditions that progress over the course of years, and are characterized by the presence of autoantibodies that precede the overt disease by months or years. As examples, the presence of two islet-cell antibodies are associated with a 50% risk of developing diabetes mellitus in 5 years, anti-cyclic citrullinated (anti-CCP) antibodies are found in the sera of rheumatoid arthritis patients a median of 4.5 years before the overt disease, and in systemic lupus erythematosus, patients accrue antibodies throughout a foreseen course during the 3-4 years prior to the clinical symptoms. This ability to predict autoimmune diseases, or rather their clinical manifestations, leads to the prospect of screening healthy individuals for autoantibodies. The importance of such a notion lies not only in the ability to prevent life-threatening manifestations such as Addisonian's crisis and thyroid storm, but also in the ability to treat and even prevent overt autoimmune diseases. Among such documented treatment modalities are administration of aspirin in antiphospholipid syndrome, ursodeoxycholic acid in

primary biliary cirrhosis, vitamin D in systemic lupus erythematosus and autoimmune thyroid diseases, and more. Although additional studies are still needed to fully assess these notions, as well as the appropriate screening strategies to apply them, one cannot ignore the prospect of predicting and preventing autoimmunity.

In recent years it has been found that pathogenic autoantibodies can appear in sera of patient many years before the emergence of a clinical overt disease. We will describe *anti-Saccharomyces cerevisiae* antibodies and anti-PANCA predicting 4.2 years in advance the emergence of Crohn's disease and ulcerative colitis in the future. We will summarize other data on predictive autoantibodies.

Although autoantibodies are regarded as vehicles causing diseases, some of them may protect from the disease. We will refer to some anti-oxLDL autoantibodies, and IgM anti-DNA antibodies as protecting from atherosclerosis and SLE respectively. The mechanisms will be delineated as well as how we can harness this knowledge for protection and therapy. We will also detail the protective role of anti-tyrosinase, antibodies derived from vitiligo patients in melanoma.

**References**

1. Shoenfeld Y. Primary biliary cirrhosis and autoimmune rheumatic diseases: Prediction and prevention. *Isr J Med Sci* 1992; 28:113-116.
2. Shoenfeld Y. What is going to happen as for the prediction of autoimmune disorders is concerned. *Ann Med Intern* 1992;143:525-526.
3. George J, Ahmed A, Patnaik M et al. The prediction of coronary atherosclerosis employing artificial neural networks. *Clin Cardiol* 2000; 23: 453-456.
4. Israeli E, Grotto I, Gilburd B, Balicer RD, Wiik A, Shoenfeld Y. Anti-saccharomyces cerevisiae and antineutrophil cytoplasmic antibodies as predictors of inflammatory bowel disease. *Gut* 2005; 54: 1232-1236.
5. Shepshelovitch D, Shoenfeld Y. Prediction and prevention of autoimmune diseases - additional aspects of the mosaic of autoimmunity. *Lupus* 2005; 15:183-190.
6. Shovman O, Gilburd B, Zandman-Goddard G, Sherer Y, Shoenfeld Y. Pathogenic role and clinical relevance of antineutrophil cytoplasmic antibodies in vasculitides. *Cur Rheumatol Rep* 2006; 8: 292 - 298.
7. Harel M, Shoenfeld Y. Predicting and preventing au-

toimmunity, myth or reality? *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2006; 1069: 322-345.

8. Gershwin ME, Shoenfeld Y. Editorial: Entering a great period in autoimmunity. *J of Autoimmunity* 2006; 27:1-2.
9. Shoenfeld Y, Carp HJA, Molina V et al. Autoantibodies and prediction of reproductive failure. *Amer J of Reproduct Immunol* 2006; 56: 337-344.
10. Israeli E, Shoenfeld Y. Can we predict autoimmune diseases of the gastrointestinal tract and the liver by autoantibodies. *Harefuah* 2006; 146: 28-32.
11. Bizzaro N, Tozzoli R, Shoenfeld Y. Are we at a stage to predict autoimmune rheumatic diseases? *Arthritis Rheum* 2007;56: 1736-1744.

### LP2. HOW TO CREATE A CENTRE OF EXCELLENCE IN RHEUMATOLOGY FROM SCRATCH?

Paul Peter Tak

Division of Clinical Immunology and Rheumatology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Holanda

### LP3. THE GENETICS OF OSTEOPOROSIS

Tim Spector

Twin Research & Genetic Epidemiology Unit, St. Thomas' Hospital and Kings College. Londres, Reino Unido

Osteoporosis and its main complication, fragility fractures, incur considerable global morbidity and mortality. The public health burden of this disease is \$17 billion per annum in direct expenditure in the United States of America with similar figures in Europe—and is expected to increase dramatically as populations age.

Osteoporosis is defined clinically through the measurement of bone mineral density (BMD) which remains the single best predictor of primary osteoporotic fractures, and is highly heritable with estimates from the TwinsUK study of 78 and 84%, for lumbar spine and femoral neck, which is consistent with other twin studies. Only a few large well replicated studies of candidate genes for osteoporosis have so far emerged, suggesting that BMD is a complex polygenic trait.

The success of GWA studies which has uncovered over 90 new gene loci for common diseases in the last year has been facilitated by the HapMap project and recent advances in genome-wide genotyping arrays which provide a high degree of genome coverage. We therefore undertook a GWA study involving 8500 subjects to identify common genetic loci that influence BMD and fracture which will be reported.

### LP4. DESTAQUES DO CONGRESSO

Jaime C. Branco

Director do Serviço de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa. Disciplina de Reumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

O XIV Congresso Português de Reumatologia (CPR) que terá lugar em Vilamoura entre 2 e 5 de Abril de 2008, contará com 6 Lições Plenárias, sendo uma de Abertura e outra de Encerramento, 16 Mesas Redondas, 3 Sessões de Comunicações Livres (total de 22 trabalhos), 3 Sessões de Discussão de Posters, 2 Cursos pré-Congresso, 9 Encontros com o Especialista e 7 Simpósia Satélite.

A Comissão Científica (CC) do CPR pretende que nesta Lição Plenária se faça a síntese dos melhores trabalhos originais apresentados neste congresso. Definido este objectivo convidou-me para que lhe desse cumprimento.

Tendo em conta o avultado número de resumos enviados para avaliação da CC do CPR (n=154) e o curto espaço de tempo útil para elaborar e sedimentar esta Lição decidi:

1. Apresentar 15 trabalhos (correspondem a 10% do total e considerando os 30 minutos destinados à Lição, disporei de cerca de 2 minutos para apresentar cada um);
2. Solicitar ao Secretariado Científico (SC) do CPR todos os resumos sem identificação;
3. Ler pessoalmente todos esses resumos para seleccionar os referidos quinze (estes trabalhos por motivos vários não corresponderão inteiramente aos que serão apresentados como Comunicação Livre);
4. Pedir de novo ao SC do CPR a identificação do primeiro autor dos trabalhos, assim escolhidos;
5. Contactar esses primeiros autores por via electrónica e/ou telefónica para que me enviem 4 *slides* em *power-point* sobre o seu trabalho, assim distribuídos – título+instituições; objectivo (s) +material e métodos; resultados; conclusões;
6. Fazer as correcções nesses *slides* que julgue beneficiá-los sem interferir com a sua essência científica;
7. Fazer a apresentação dos 15 trabalhos segundo a ordem que tiver por mais lógica e compreensível e,
8. Comentar e tirar as conclusões genéricas e específicas que considerar pertinentes.



## **MESAS-REDONDAS**

## MESAS-REDONDAS

DIA 2 DE ABRIL DE 2008

**MR1 – Vasculites****MR1.1 CLINICAL CLUES FOR THE DIAGNOSIS OF VASCULITIS: A DIAGNOSTIC STRATEGY**Karen Lisbeth Faarvang,\* Cátia Duarte,\*\*  
José António P Silva\*\*

\*Department of Rheumatology. University Hospital of Copenhagen, Herlev, Denmark

\*\*Serviço de Reumatologia. Hospitais da Universidade de Coimbra

*A 45 year old male patient is admitted to your department; his history is:*

*I'm visiting you because of a rash on my legs which I noticed just yesterday. I have been sick about 3 weeks. I have pain all over, and I also have a little fever and have lost 2 or 3 kg. I feel sick and very tired.*

*Clinical examination and laboratory results show a rash on his legs (See Figure 3). His blood pressure is 195/100 mmHg, temperature 37.8 C, and diffuse tender musculature. Urine dipstick shows 1+ of protein. Lab reveals mild normocytic and normochromic, anaemia and a CRP of 85 mg/L (<10 mg/L).*

**Could this patient have a vasculitis?**

He has constitutional symptoms and signs of systemic disease with kidney involvement. You wouldn't even need the cutaneous evidence to adequately consider this hypothesis. Yes, the patient might have a vasculitis.

**Step one: When should we suspect vasculitis?**

Vasculitis is an inflammation of vessel walls. It can affect vessels of all sizes in any organ. Vasculitis varies enormously from benign loco-regionally restricted processes to systemic necrotizing vasculitis leading to life-threatening conditions.

It is a highly heterogeneous group.

The presenting symptoms (Table 1) are highly variable. They include such constitutional symptoms as fatigue, weight loss, night sweats and low grade fever (the B-symptoms) and also more spe-

cific symptoms derived from tissue and organ ischemia, like claudication, angina, stroke, cutaneous ischemia and mesenteric ischemia depending on the vessels involved. Several organs may be affected. Ischemia is especially suggestive when it affects young persons without atherosclerosis. Also multiple organ dysfunctions in a systemically ill patient should rise the possibility of vasculitis.

Vasculitis should be suspected when a patient presents with:

- Unexplained systemic illness
- Symptoms of organ system ischemia

Once vasculitis has been considered, the workout needs to address the several other conditions that can mimic vasculitis or originate a secondary vasculitis. These need to be considered and excluded before you finally try to establish the specific type of primary vasculitis.

These lists pose an important practical problem: immediate onset of immunosuppressive treatment might be lifesaving in primary vasculitis – but it could be fatal for one of the other conditions.

A structured diagnostic approach is indispensable.

**Step two: The diagnostic strategy**

Having considered the possibility of primary vasculitis we suggest you try to answer the following questions in succession:

- Is this a condition that could mimic the presentation of vasculitis?
- Is this a secondary vasculitis?
- How do I confirm the diagnosis of vasculitis and what is the extent of the disease?
- What specific type of vasculitis is this?

**Consider mimics of vasculitis**

Vasculitis mimics should be excluded first:

- Infections
- Embolic disorders
- Malignancy
- Drugs

In particular, infections deserve careful attention, as they are major mimics of vasculitis and would be aggravated by medication aimed at vas-

**Table 1. When should we suspect vasculitis? This shows the most common manifestations, remember that almost all manifestations can be seen in any kind of vasculitis. (see also table 4 in the main chapter of this module)**

<b>General clinical feature</b>	<b>Signs or presenting disorders</b>	<b>Type of vasculitis</b>
Constitutional symptoms	Low grade fever, fatigue, malaise, anorexia, weight loss	Any type of vasculitis
Polymyalgia	Proximal muscle pain with morning stiffness	
Non destructive oligoarthritis	Joint swelling, warmth, painful range of motion	Giant cell arthritis, polymyalgia rheumatica, less commonly other vasculitis
Skin lesions	Livedo reticularis, necrotic lesions, ulcers, nodules, digital tip infarcts Palpable purpura	Polyarteritis, Wegener's granulomatosis, Churg-Strauss vasculitis Polyarteritis, Churg-Strauss vasculitis, Wegener's granulomatosis, hypersensitive vasculitis
Multiple mononeuropathy (mononeuritis multiplex)	Injury to two or more separate peripheral nerves (e.g. patient presents with both right foot drop and left wrist drop)	Any type of vasculitis except giant cell arteritis and Takayasu's arteritis
Renal involvement	Ischemic renal failure related to arteritis  Glomerulonephritis	Polyarteritis, Wegener's granulomatosis, Churg-Strauss vasculitis, cryoglobulinemia Polyarteritis, Takayasu's arteritis; less commonly, Churg-Strauss vasculitis, Wegener's granulomatosis
Gastrointestinal involvement	Abdominal pain, nausea, diarrhoea, bleeding	Microscopic polyangiitis, Wegener's granulomatosis, cryoglobulinemia, Churg-Strauss vasculitis, Henoch-Schönlein purpura
Cardiovascular involvement	Hypertension	Henoch-Schönlein purpura, Wegener's granulomatosis, Churg-Strauss vasculitis, hypersensitive vasculitis, polyarteritis nodosa
Ocular involvement	Visual disturbance Scleritis, episcleritis, uveitis	Wegener's granulomatosis, Churg-Strauss vasculitis, polyarteritis
Pulmonary involvement	Asthma  Infiltrates	Giant cell arteritis, Takayasu's arteritis Behcet's disease, Wegener's granulomatosis Churg-Strauss vasculitis Wegener's granulomatosis, Churg-Strauss vasculitis

cular inflammation. Infective endocarditis should always be considered. It is known to mimic vasculitis. Although the endocardium is the primary site of infection, it often results in multisystem manifestations, involving several organs. Bacteriemia and peripheral embolic events are common.

Circulating immune complexes may lead to immune responses most often affecting the skin, the kidney and the central nervous system.

Differential diagnosis is not always simple, as vasculitis and infections share a large number of clinical and laboratory features (Table 2).

**Table 2. Clinical and laboratory similarities between infection and vasculitis****Clinical findings:**

Many clinical findings are the same, such as the

B-symptoms:

- fatigue
- weight loss
- fever
- myalgia
- arthralgia

**Laboratory findings can be similar:**

- normocytic normochromic anaemia
- lymphocytosis
- thrombocytosis
- hyper sedimentation
- raised CRP

Like infections, other conditions can mimic vasculitis. Mimics of vasculitis lead to ischemia and systemic signs and symptoms, but are caused by other physiological mechanisms. They are frequently entitled pseudovasculitis or vasculitis-like syndromes.

An embolism from an atrial myxome or cholesterol emboli from an atheroma are examples of embolic diseases that can mimic vasculitis.

Thrombotic disorders such as antiphospholipid syndrome, thrombotic thrombocytopenic purpura and sickle cell disease can cause thrombosis and thus mimic vasculitis. Amyloid angiopathy and fibromuscular dysplasia are non-inflammatory vessel wall disorders causing ischaemic organ damage. Some conditions like end-stage renal failure and hyperparathyroidism can be associated with a livedo reticularis-like rash which can be mistaken as a symptom of vasculitis.

Drugs can induce vasoconstriction and ischaemia. These include ergots, cocaine and phenylpropanolamine. Some drugs can cause coagulopathy and in this way mimic the vasculitis e. g. warfarin

Malignancy will often have B-symptoms and basic laboratory findings as normocytic normochromic anaemia, lymphocytosis, thrombocytosis, hyper sedimentation and raised CRP. Radiological findings of multi nodular lung shadows due to metastasis can suggest Wegener's granulomatosis.

*Consider secondary vasculitis*

Secondary vasculitis includes the same diagnostic

headings as the mimics, but in addition, several of the connective tissue diseases need to be considered.

- Infections
- Drugs
- Malignancy
- Connective tissue diseases

*Infections*

Many infections can result in secondary vasculitis; the majority is viral.

Hepatitis B and C, Human immunodeficiency virus (HIV) and CMV are examples of viral conditions which are known to cause secondary vasculitis. Hepatitis C has a special association to secondary vasculitis. Cryoglobulins can be found in almost any primary or secondary vasculitis.

*Salmonella*, *Streptococcus pneumoniae*, *Clostridium septicum*, *Chlamydia pneumoniae* and *Mycobacterium tuberculosis* can also do it. Even parasites (e.g. *Ascaris*) and fungi (e.g. *Aspergillus*) have been associated with secondary vasculitis.

Many clues suggest the hypotheses that infections may be the cause of true primary vasculitis, but we will leave this discussion to the modules on vasculitis.

*Drugs*

Drugs from almost every pharmacological class have been mentioned as the cause of secondary vasculitis. Some have been shown in great clinical trials; others just in case reports.

Hydralazine and propylthiouracil and related agents are well described ANCA associated drugs, while leucotriene inhibitors, sulfasalazine, minocycline, D-penicillamine, ciprofloxacin, phenytoin, clozapine, allopurinol and several others are suspected of causing secondary vasculitis without ANCA association. Intoxication (drug abuse) with cocaine, morphine and others can also result in secondary vasculitis.

The clinical presentations are highly variable, from small vessel hypersensitivity vasculitis and leukocytoclastic vasculitis to conditions looking like e.g. Wegener's granulomatosis, polyarteritis nodosa and Churg-Strauss. However, cutaneous manifestations, such as palpable purpura and maculopapular rash, are the most common manifestations of drug induced vasculitis. The lesions affect more frequently the lower part of the legs and are almost always of the same age (ie of similar degree of progression), as opposed to primary

vasculitis which presents lesions of different age.

Musculoskeletal symptoms are common and involvement of the kidneys, liver, CNS and other organs can occur.

Diagnosing a drug induced vasculitis might be very difficult. A comprehensive drug history should be obtained for all patients with vasculitic manifestations.

Malignant diseases such as solid tumours, myeloproliferative and lymphoproliferative disorders can be associated with secondary vasculitis.

Connective tissue diseases, especially Rheumatoid Arthritis, SLE and Sjögren's syndrome are known to cause secondary vasculitis. Vasculitis often appears late in the disease, which makes the diagnosis easier.

Inflammatory bowel diseases can also originate secondary vasculitis.

#### *Confirming the diagnosis of vasculitis and assessing the extent of the disease*

We have now discussed different diseases that mimic vasculitis or result in a secondary vasculitis looking at many similarities, but how do we exclude the mimics and secondary vasculitis from the primary vasculitis? And how do we separate isolated cutaneous manifestations from multisystem involvement?

#### *Let us revert to our initial case:*

*A 45 year old Caucasian male with B-symptoms during 3 weeks, and as a new symptom a non-itching rash on the lower part of the legs looking like a leucocytoclastic vasculitis. He has possible involvement of his kidney and CRP is raised at 85 mg/l.*

#### *How will you continue the assessment of this patient?*

The secret to the diagnosis is to systematically ask and look for symptoms or signs of the skin, muscle, nervous system or vital organ impairment pointing to local ischemia, arterial and venous thrombosis, arterial hypertension, bloody nose discharge, sight loss, mononeuropathy, pulmonary infiltration. Be aware that what might look like an isolated cutaneous vasculitis can be complicated by life threatening internal organ involvement and the need for immediate aggressive systemic treatment.

In the early stage of vasculitis, the diagnosis is especially difficult while late manifestations are often more specific.

Our patient could have a mimic of vasculitis, secondary vasculitis as well as primary vasculitis. In order to get closer to the diagnosis, you first have to exclude mimics and secondary vasculitis:

- Expand the history taken
  - Travel history
  - Drug history
- Clinical examination
- 24 hours urine for protein, urine microscopy
- Chest X-ray
- Basic blood screening (complete blood cell count, liver enzymes, CRP, ESR, creatinine)
- Electrocardiogram

Laboratory testing is only occasionally helpful in classifying vasculitis, but it is most important in excluding other diseases and determining organ involvement. Here you have to have all the former conditions in mind and make the laboratory testing based on the history and clinical examination. You may consider:

- Blood cultures Hepatitis B and C screen, CMV
- HIV test
- Relevant testing for bacteria, fungi or parasites
- Serological tests
  - ANA, anti-DNA, rheumatoid factor, glomerular basement membrane antibody, creatine phosphokinase
  - ANCA
  - Antiphospholipid antibodies
  - Lupus anticoagulant
  - Cryoglobulin
- Echocardiogram

Which basic tests are adequate to explore organ involvement in vasculitis?

A detailed history and physical examination together with a chest x-ray, urine examination for protein and microscopy and basic laboratory tests will, for most patients without primary vasculitis, be sufficient to exclude systemic involvement.

#### ***Confirming the diagnosis of primary vasculitis***

The diagnosis of vasculitis is based on a combination of clinical, serologic, histological and angiographic parameters.

Tissue biopsies are mandatory. The site of biopsy shall be guided by clinical manifestations and by the likelihood of the results affecting treatment decisions. If there is an indication of kidney involvement (proteinuria), kidney biopsy will be preferred. Other favoured sites are skin, temporal artery, muscle, nasal mucosa, lung, sural nerve and testis.

Patients with large or medium vessel vasculitis are sometimes difficult to biopsy and an angiogram, CT angiogram or MR angiogram should be considered. For example, gastrointestinal tract vasculitis or renal artery involvement may show in angiogram. CT angiogram can reveal characteristic images, such as multiple microaneurysm in patients with polyarteritis nodosa. MR angiogram of the thoracic aorta may show stenosis, occlusion or aneurysm formation in patients with large vessel vasculitis such as Takayasu's arteritis.

### Which specific type of vasculitis?

Knowledge of the aetiology and pathogenesis of vasculitis is still limited. The group is very heterogeneous and there is considerable clinical overlap in their manifestations. Several attempts to classify have been tried. One of the most accepted is the

Chapel Hill classification from 1992. It builds on microscopic findings, but also considers the size of vessels involved, and immunological markers (e.g. ANCA in Wegener's granulomatosis) and immunohistological findings (e.g. IgA-dominant immune deposit in Henoch-Schönlein purpura). Many other manifestations help with diagnosing the type of vasculitis such as demographic associations, clinical features and histological findings (Table 3).

### References

- Suresh E. Diagnostic approach to patients with suspected vasculitis. *Postgrad Med J.* 2006;82:483-488.
- Luqmani RA, Pathare S, Kwok-fai TL. How to diagnose and treat secondary forms of vasculitis. *Best Practice & Research Clin Rheum* 2005;19:321-336.
- Gross WL, Trabandt A, Reinhold-Keller E. Diagnosis and evaluation of vasculitis. *Rheumatology* 2000;39:245-252.

**Table 3. Clinical symptoms, demographic associations and size of vessels involved**

Clinical symptoms	Age	Sex ratio (M:F)	Ethnic origin	Type of vasculitis	Vessel size
Arm or leg claudication, decreased pulses, subclavian/aortic bruit	15-25	1:9	Asian> others	Takayasu's arteritis	Large vessels
Headache, jaw claudication, shoulder girdle/hip pain, diplopia	>50	1:3	Caucasian>>others	Giant cell arteritis	Large vessels
Weight loss, livedo reticularis, mono/poly neuropathy, hypertension	40-60	2:1	Any	Polyarteritis nodosa	Medium vessel vasculitis
Fever, conjunctivitis, cervical lymphadenopathy, mucositis, polymorphous exanthema	1-5	1,5:1	Asian>white>others	Kawasaki's disease	Medium vessel vasculitis
Sinusitis, oral ulcers, otitis media, haemoptysis, active urinary sediment	30-50	1:1	Any	Wegener's granulomatosis	Small vessel vasculitis
Asthma, atopic history, mono/poly neuropathy, pulmonary infiltrates, eosinophilia	40-60	2:1	Any	Churg-Strauss vasculitis	Small vessel vasculitis
Palpable purpura, abdominal pain, bloody diarrhoea	5-20	1:1	Any	Henoch-Schönlein purpura	Small vessel vasculitis
Oral and genital ulcers, folliculitis, uveitis, thrombophlebitis	20-35	1:1	Middle Eastern>others	Behcet's syndrome	Small vessel vasculitis
Palpable purpura, maculopapular rash	30-50	1:1	Any	Leucocytoclastic vasculitis	Small vessel vasculitis

### MR1.2 – CONTRIBUTO DO ANCA PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS VASCULITES – HOW DOES ANCA CONTRIBUTE TO THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF VASCULITIS

Allan Wiik

Department of Autoimmunology, Statens Serum Institut, Copenhagen, Dinamarca.

### MR1.3 – MANAGEMENT OF PRIMARY SYSTEMIC VASCULITIS

Raashid Luqmani, Chetan Mukhtyar

Rheumatology Department, Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford, Reino Unido.

**Introduction:** The primary systemic vasculitides are an uncommon group of conditions characterised by their ability to produce inflammation of the vessel wall, resulting in stenosis, occlusion or dilatation of the blood vessel. The incidence of all the vasculitides is 40-54/million/year.<sup>1</sup> They can present in a myriad of ways and can be difficult to diagnose. They are classified into small, medium and large vessel vasculitis according to the type and calibre of blood vessel affected by the pathological process.<sup>2</sup> If not recognised and left untreated, they can cause irreversible target organ damage (e.g., visual loss in giant cell arteritis, renal failure in microscopic polyangiitis, gut infarction in polyarteritis nodosa) or death. The untreated survival of these conditions is poor; Wegener's granulomatosis has a median survival of 5 months without treatment.<sup>3</sup> Clinical trials in vasculitis have often been underpowered due to the rarity of these conditions. In recent years, collaborative clinical trials have clarified the management options for some vasculitic syndromes like Wegener's granulomatosis and microscopic polyangiitis.<sup>4-6</sup> The rarity of these diagnoses has also led to studies with heterogeneous cohorts, which has made it difficult to identify outcomes specific to a certain vasculitic syndrome.<sup>7</sup> Without this information, optimal trial design and stratification is not possible. Multi-centre clinical trials in vasculitis have been recommended by the European League Against Rheumatism (EULAR) and the European Vasculitis Study Group (EUVAS).<sup>8</sup> In order for different investigators to be able to assess patients in a uniform way, clinical trials have used clinical tools validated to assess activity and damage in patients with systemic vasculitis. The scores generated by the clinical tools have become surrogate markers

of disease activity in the absence of validated biomarkers. The Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS) was validated in 1994 and is the most commonly used disease activity tool in use.<sup>9</sup> The use of this clinical tool is mostly restricted to clinical trials and its use requires prior training. Like most other clinical tools, it requires review and modification. Similarly, the Vasculitis Damage Index (VDI) was validated to assess damage in 1997.<sup>10</sup> Damage is the irreversible burden of damage which does not respond to treatment. It is essential to differentiate damage from disease activity to inform treatment decisions. Like the BVAS, the VDI also needs to be reviewed with respect to feasibility, construction and prognostic value. The EUVAS has conducted collaborative clinical trials including over 500 patients with ANCA associated vasculitis.<sup>4-6</sup> The profile of damage in such a large group of patients with treated vasculitis could give us insights into designing a modified version of the damage index, modifying risk factors for common damage items (e.g., cardiovascular disease), and health planning. Accumulation of damage may have prognostic value for survival and for health related quality of life.<sup>11,12</sup> There is limited evidence that the onset of remission in systemic vasculitis does not equate to an elevation of the quality of life to pre-morbid levels.<sup>13,14</sup>

We have evaluated the available literature on management of adult patients with Wegener's granulomatosis (WG), microscopic polyangiitis (MPA), Churg-Strauss syndrome (CSS), essential cryoglobulinemic vasculitis and polyarteritis nodosa (PAN), giant cell arteritis and Takayasu arteritis.

**Methods:** A modified Delphi was carried out to identify the scope of the recommendations. Following the Delphi exercise, the committee agreed on the search string to identify the publications in Pubmed. For the other conditions, the name of each specific disease was inserted to generate a list of citations. Microscopic polyangiitis is not a medical subject heading in Pubmed and was inserted as free text in «all fields». For giant cell arteritis, the medical subject heading used in Pubmed and the search string was '*Temporal arteritis*'. To identify papers which may have been indexed as ANCA associated vasculitis, an additional search using the terms «Antibodies, Antineutrophil Cytoplasmic»[Mesh] AND «Vasculitis»[Mesh] was performed. All identified papers were limited to manuscripts indexed for adult patients and those having abstracts. The search was not limited to a time fra-

**Table 1. Recommendations for the management of primary systemic vasculitis with the strength of recommendation**

<b>STATEMENTS</b>	<b>Strength of recommendation</b>
<b>For medium and small vessel vasculitis</b>	
1. We recommend that patients with primary small and medium vessel vasculitis be managed in collaboration with, or at centres of expertise.	D
2. We recommend that ANCA testing (including both indirect immunofluorescence and ELISA) should be performed in the appropriate clinical context.	A
3. A positive biopsy is strongly supportive of vasculitis and we recommend the procedure to assist diagnosis and further evaluation for patients suspected of having vasculitis.	C
4. We recommend the use of a structured clinical assessment, urine analysis and other basic laboratory tests at each clinical visit for patients with vasculitis.	C
5. We recommend that patients with ANCA-associated vasculitis be categorised according to different levels of severity to assist treatment decisions.	B
6. We recommend a combination of cyclophosphamide (intravenous or oral) and glucocorticoids for remission-induction of generalised primary small and medium vessel vasculitis.	A
7. We recommend a combination of methotrexate (oral or parenteral) and glucocorticoid as a less toxic alternative to cyclophosphamide for the induction of remission in non-organ threatening or non-life threatening ANCA associated vasculitis.	B
8. We recommend the use of high-dose glucocorticoids as an important part of remission-induction therapy.	C
9. We recommend plasma exchange for selected patients with rapidly progressive severe renal disease in order to improve renal survival.	A
10. We recommend remission-maintenance therapy with a combination of low dose glucocorticoid therapy and, either azathioprine, leflunomide or methotrexate.	A for Azathioprine B for Leflunomide and Methotrexate
11. Alternative immunomodulatory therapy choices should be considered for patients who do not achieve remission or relapse on maximal doses of standard therapy. These patients should be referred to an expert centre for further management and enrolment in clinical trials.	C
12. We recommend immunosuppressive therapy for patients with mixed essential cryoglobulinemic vasculitis (non-viral).	D
13. We recommend the use of anti-viral therapy for the treatment of hepatitis C associated cryoglobulinaemic vasculitis.	B
14. We recommend a combination of antiviral therapy, plasma exchange and glucocorticoids for Hepatitis B associated PAN.	C
15. We recommend the investigation of persistent unexplained haematuria in patients with prior exposure to cyclophosphamide.	C
<b>For large vessel vasculitis</b>	
1. We recommend a thorough clinical and imaging assessment of the arterial tree when a diagnosis of Takayasu arteritis is suspected.	C
2. A temporal artery biopsy should be performed whenever a diagnosis of giant cell arteritis is suspected, but this should not delay the treatment. A contralateral biopsy is not routinely indicated.	C
3. We recommend early initiation of high-dose glucocorticoid therapy for induction of remission in large vessel vasculitis.	C
4. We recommend that an immunosuppressive agent should be considered for use in large vessel vasculitis as adjunctive therapy.	B for GCA C for TAK
5. Monitoring of therapy for large vessel vasculitis should be clinical and supported by measurement of inflammatory markers.	C
6. We recommend the use of low dose aspirin in all patients with giant cell arteritis.	C
7. Reconstructive surgery for Takayasu's arteritis should be performed in the quiescent phase of disease and should be undertaken at expert centres.	C

me or by language. The Cochrane library was searched using the disease specific keywords. A manual search of abstracts presented at the annual meetings of the British Society for Rheumatology and the European League Against Rheumatism for the year 2007, and the American College of Rheumatology for the year 2006 was performed.

Each paper was reviewed and included if a management outcome as identified in the modified Delphi exercise was studied. Duplicate datasets were discarded. The identified papers were categorized and given a level of evidence according to internationally accepted criteria

**Results:** The literature search produced 809 citations for small and medium vessel vasculitis and 566 citations for large vessel vasculitis. Cochrane review added 3 further studies. A manual search of the abstract of meetings in 2006 and 2007 did not reveal any abstracts with enough details of management outcomes to warrant inclusion.

On the basis of the literature review and consensus discussions by the committee, 15 recommendations for small and medium vessel vasculitis and 7 recommendations for large vessel vasculitis were made (Table 1).

**Conclusions:** We have developed management guidelines for practical use in adult patients with primary systemic vasculitis. We recognise the limitations of the available literature and have highlighted this in the strength of the recommendations. We would propose that these recommendations are tested either by future studies or audits to determine their validity, and where appropriate provide an evidence base for modifying them

## References

- Reinhold-Keller E, Herlyn K, Wagner-Bastmeyer R, Gross WL. Stable incidence of primary systemic vasculitides over five years: results from the German vasculitis register. *Arthritis Rheum.* 2005;53:93-99.
- Jennette JC, Falk RJ, Andrassy K et al. Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. *Arthritis Rheum.* 1994;37:187-192.
- Walton EW. Giant-cell granuloma of the respiratory tract (Wegener's granulomatosis). *Br Med J.* 1958 Aug 2(5091):265-270.
- de Groot K, Rasmussen N, Bacon PA et al. Randomized trial of cyclophosphamide versus methotrexate for induction of remission in early systemic antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *Arthritis Rheum.* 2005;52:2461-2469.
- Jayne D, Rasmussen N, Andrassy K, Bacon P, Tervaert JW, Dadoniene J, et al. A randomized trial of maintenance therapy for vasculitis associated with antineutrophil cytoplasmic autoantibodies. *N Engl J Med.* 2003;349:36-44.
- Jayne DR, Gaskin G, Rasmussen N et al. Randomized trial of plasma exchange or high-dosage methylprednisolone as adjunctive therapy for severe renal vasculitis. *J Am Soc Nephrol.* 2007;18:2180-2188.
- Mukhtyar C, Hellmich B, Jayne D, Flossmann O, Luqmani R. Remission in antineutrophil cytoplasmic antibody-associated systemic vasculitis. *Clin Exp Rheumatol.* 2006;24(6 Suppl 43):S-93-98.
- Hellmich B, Flossmann O, Gross WL et al. EULAR recommendations for conducting clinical studies and/or clinical trials in systemic vasculitis: focus on anti-neutrophil cytoplasm antibody-associated vasculitis. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:605-617.
- Luqmani RA, Bacon PA, Moots RJ et al. Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS) in systemic necrotizing vasculitis. *QJM.* 1994;87:671-678.
- Exley AR, Bacon PA, Luqmani RA et al. Development and initial validation of the Vasculitis Damage Index for the standardized clinical assessment of damage in the systemic vasculitides. *Arthritis Rheum.* 1997;40:371-380.
- Koldingsnes W, Nossent H. Predictors of survival and organ damage in Wegener's granulomatosis. *Rheumatology (Oxford).* 2002;41:572-581.
- Koldingsnes W, Nossent JC. Baseline features and initial treatment as predictors of remission and relapse in Wegener's granulomatosis. *J Rheumatol.* 2003 Jan;30(1):80-8.
- Boomsma MM, Bijl M, Stegeman CA, Kallenberg CG, Hoffman GS, Tervaert JW. Patients' perceptions of the effects of systemic lupus erythematosus on health, function, income, and interpersonal relationships: a comparison with Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum.* 2002;47:196-201.
- Boomsma MM, Stegeman CA, Tervaert JW. Comparison of Dutch and US patients' perceptions of the effects of Wegener's granulomatosis on health, function, income, and interpersonal relationships: comment on the article by Hoffman et al. *Arthritis Rheum.* 1999;42:2495-2497.

---

## MR2 – Osteoartrose

---

### MR2.1 – EPIDEMIOLOGIA DA OSTEOARTROSE EM PORTUGAL: RESULTADOS DO ESTUDO EPI – PORTO.

Dr. Rui André Santos  
Hospital Militar Principal, Lisboa.

### MR2.2 – IMAGIOLOGIA DA OSTEOARTROSE.

Margarida Silva  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

A imagiologia da Osteoartrose (OA) tem como ob-

jectivos estabelecer o diagnóstico, avaliar a gravidade, avaliar a distribuição das alterações, ajudar a excluir diagnósticos alternativos, contribuir para o esclarecimento dos processos da doença e para o desenvolvimento de novas terapêuticas.

As radiografias são ainda actualmente o principal método de imagem para diagnóstico, avaliação e seguimento da OA. Permitem evidenciar os sinais radiológicos clássicos desta patologia, ou seja, estreitamento da interlinha articular, osteofitose, quistos e esclerose subcondrais, e permitem observar o alinhamento das articulações, corpos livres intra-articulares e calcificação das cartilagens, nas artropatias microcristalinas. Têm limitações: demonstram alterações estruturais já estabelecidas, a cartilagem é avaliada apenas indirectamente e não permitem visualizar as alterações dos tecidos moles.

A ressonância magnética (RM) revela todo o espectro de alterações na OA permitindo a avaliação das estruturas de tecidos moles, da cartilagem e das lesões ósseas. A maior parte da investigação em radiologia tem-se centrado na detecção e avaliação das lesões e da perda da cartilagem articular no contexto da OA e dos traumatismos, com uma menor proporção de trabalhos dedicados às alterações encontradas nas artrites. Existem técnicas de RM em desenvolvimento para a avaliação da OA: técnicas que melhoram a avaliação morfológica da cartilagem e técnicas que permitem medir a sua espessura e volume; estão ainda em desenvolvimento técnicas para avaliação da perda dos componentes macromoleculares da matriz cartilaginosa mesmo na ausência de alterações macroscópicas. A RM oferece múltiplas possibilidades no campo da investigação mas existem ainda limitações ao seu uso generalizado.

Nos últimos anos a ecografia músculo-esquelética tem adquirido uma importância crescente para os reumatologistas. Contudo, a investigação e o treino nesta área têm-se centrado sobretudo nas patologias inflamatórias e na patologia tendinosa e periarticular. Apesar disso tem havido recentemente um maior interesse no estudo da OA por esta técnica. Na OA a ecografia tem múltiplas aplicações clínicas: documentar alterações da cartilagem articular, demonstrar alterações da sinovial e derrames intra-articulares, visualizar alterações das estruturas periarticulares, identificar alterações ósseas, nomeadamente osteofitos e erosões (na OA erosiva) e servir como guia de infiltrações. Têm sido feitos estudos com ecografia na OA para

detecção de alterações inflamatórias e do seu significado, para tentar compreender melhor as causas da dor na osteoartrose, para procurar quantificar as alterações da cartilagem articular. Têm sido feitos também alguns estudos de comparação da ecografia com a clínica, as radiografias e a RM. Como é uma técnica cada vez mais acessível é de esperar que o seu emprego na clínica e na investigação da OA sejam cada vez maiores.

### **MR2.3 – AS PERSPECTIVAS DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO COM BASE NOS DADOS ACTUAIS DA FISIOPATOLOGIA DA ARTROSE – PERSPECTIVES DU TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE À TRAVERS LA PHYSIOPATHOLOGIE ACTUELLE DE L'ARTHROSE**

Prof. Doutor Bernard Mazières

Service de Rhumatologie, CHU Larrey, Toulouse, França.

### **MR2.4 – BIOMATERIAIS E CÉLULAS ESTAMINAIS ADULTAS NA REGENERAÇÃO DE TECIDOS LESADOS POR DOENÇAS REUMATOLÓGICAS**

Nuno Neves

Departamento de Engenharia de Polímeros  
Universidade do Minho, Braga.

As células estaminais adultas têm um grande potencial na regeneração de tecido conectivo. Este tipo de células abre novas oportunidades terapêuticas para muitas patologias do foro reumatológico. Tem-se demonstrado que as células estaminais da medula óssea têm capacidade de proliferação e de diferenciação para linhagens celulares de diversos tecidos. Um considerável esforço de investigação tem vindo a ser direccionado para abordagens autólogas da regeneração de osso, cartilagem e também para tecido adiposo. A cartilagem, como é sabido, tem uma muito limitada capacidade regenerativa e um grande interesse para a especialidade médica de reumatologia. A aplicação deste tipo de células requer, no geral, uma fixação das células na lesão impedindo que se desloquem para outros órgãos e prejudicando o efeito terapêutico desejado.

Um método de garantir a ancoragem das células consiste na sua cultura *in-vitro* sobre estruturas obtidas a partir de biomateriais. Os biomateriais devem não só facilitar a adesão celular mas também promover o desenvolvimento de um ambiente que encoraje as células a recriar a estrutu-

ra existente no tecido a regenerar. Acresce que é desejável que o material seja reabsorvido à medida que se dá a morfogênese do novo tecido.

As células podem ser induzidas a diferenciar-se com estímulos (bioquímicos ou não) conhecidos, antes da sua transplantação para a lesão. Deste modo pretende-se evitar uma desregulada proliferação celular após a implantação e simultaneamente garantir que a diferenciação é controlada e guiada para o fenótipo celular adequado.

Nesta apresentação será discutido o estado actual de desenvolvimento destas tecnologias e o seu potencial para obter uma regeneração efectiva e funcional dos tecidos.

DIA 3 DE ABRIL DE 2008

### **MR3 – Espondiloartropatias**

#### **MR3.1 – TERAPÊUTICA DAS ESPONDILOARTROPATIAS NA IBEROAMÉRICA. QUE LUGAR PARA OS AGENTES BIOLÓGICOS?**

Eduardo Collantes Estévez

Serviço de Reumatologia, Hospital Universitario «Reina Sofia». Córdoba, Espanha.

#### **MR3.2 – SERÁ POSSÍVEL INDUZIR REMISSÃO E REDUZIR PROGRESSIVAMENTE A TERAPÊUTICA ANTI-TNF?**

Patrícia Nero

Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Até há relativamente pouco tempo as opções terapêuticas das espondilartropatias eram muito limitadas.

Os fármacos biológicos, nomeadamente os anti-TNFalfa, revolucionaram esta realidade, com taxas de resposta ASAS 20 de cerca de 60% para os 3 fármacos actualmente disponíveis (infliximab, etanercept e adalimumab).

Começa então a surgir a questão: será possível que estes fármacos após induzir remissão da doença, possam ser interrompidos?

O primeiro obstáculo prende-se com a definição de remissão. Por variadas razões: a grande heterogeneidade de manifestações clínicas destas patologias, o atraso com que habitualmente são diag-

nosticadas (em média 10 anos após o início dos primeiros sintomas) e o consequente dano irreversível já presente quando se inicia o tratamento. Não existe, à data, uma verdadeira definição de remissão, mas antes a de remissão parcial, publicada em 2001 pelo grupo de trabalho do ASAS.

Da revisão dos trabalhos publicados, parece consensual que a quase totalidade dos doentes que interrompem a terapêutica com fármacos anti-TNFalfa têm recidivas. Assim, os esforços concentram-se agora na flexibilização da dose e dos intervalos de administração dos fármacos, procurando alternativas eficazes na manutenção da resposta clínica, minimizando os riscos e os custos inerentes a estas terapêuticas. O êxito tem sido variável nos trabalhos publicados.

#### **MR3.3 – PROPOSTA DAS RECOMENDAÇÕES DA SPR PARA A TERAPÊUTICA BIOLÓGICA NA ARTRITE PSORIÁTICA**

Anabela Barcelos,\* Armando Malcata\*\*

\*Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro

\*\*Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

A Artrite Psoriática (APs) é uma artropatia inflamatória associada com a psoríase, geralmente seronegativa para a presença de factores reumatóides. É uma doença de curso clínico variável, desde uma artrite ligeira e auto-limitada a uma doença inflamatória rapidamente progressiva e destrutiva.

O tratamento da APs deve considerar o tipo de envolvimento: articular (axial e periférico), entesopático, cutâneo e ungueal

A abordagem terapêutica da APs sofreu grandes alterações na última década. Previamente, baseava-se numa gestão conservadora com anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) que controlavam os sintomas mas não alteravam a evolução possível para a lesão articular radiográfica. Fármacos modificadores da doença (DMARD) eram administrados apenas quando existia evidência objectiva de lesão óssea e as associações de DMARD surgiam apenas à medida que a doença progredia. Com excepção do metotrexato, que foi inicialmente utilizado para a psoríase e artrite psoriática, a utilização da maioria dos outros DMARDs foi extrapolada do tratamento da Artrite Reumatóide. A utilização de DMARDs em fase inicial da doença, o mais precoce possível, provou alterar o curso da doença, reduzindo ou prevenindo a progressão e

gravidade da doença. Actualmente, os agentes antagonistas do factor de necrose tumoral alfa (anti-TNF $\alpha$ ) vieram transformar o arsenal terapêutico da APs.

A sua utilização deve ser feita à luz das evidências científicas disponíveis, por forma a ocorrer no contexto clínico adequado, ponderando as questões relativas à eficácia e segurança destes fármacos, a curto e a longo prazo.

A adopção de normas orientadoras, na sequência de debate continuado e actualizável à luz dos avanços do conhecimento, pode ser um instrumento precioso no apoio à decisão de iniciar, continuar, porventura interromper ou parar, este tipo de terapêuticas, nos casos individualmente considerados.

## MR4 – Reumatologia Pediátrica

### MR4.1 – TERAPÊUTICA ACTUAL DA NEFROPATIA LÚPICA NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE

Maria Odete Hilário

Departamento de Pediatria e pela Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP-EPM.

Aproximadamente dois terços das crianças e adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico (LES) apresentam comprometimento renal durante o curso da doença, que pode variar de uma glomerulonefrite leve a uma proliferativa difusa (GNPD) grave; em 90% dos casos a nefropatia desenvolve-se no primeiro ano. Nos pacientes pediátricos as classes III (glomerulonefrite proliferativa focal) e IV (GNPD) da classificação de nefrite lúpica da Organização Mundial da Saúde são as mais frequentes, seguidas das classes II (nefrite mesangial), e V (membranosa). Mais recentemente tem-se detectado uma maior frequência da classe V. O comprometimento renal é a principal causa de morbidade e mortalidade na faixa etária pediátrica.

No tratamento de crianças e adolescentes com lúpus eritematoso sistêmico existem três aspectos chave que devem ser considerados: 1) a doença de alto risco – que deve ser tratada agressivamente com imunossuppressores; 2) a maximização da terapia imunossupressora, ou seja, em doses suficientes para diminuir o risco de recorrências sem esquecer a toxicidade destas medicações, e 3) o tratamento dos pacientes que não respondem à terapia imunossupressora inicial – o que podemos

fazer por estas crianças?

Para alguns autores, embora tenha havido uma melhora importante na sobrevida dos pacientes com lúpus, não deveríamos ficar tão entusiasmados com a sobrevida e com a «menor» morbidade da doença a longo prazo. Nós ainda utilizamos tratamentos inadequados e tóxicos para os nossos pacientes, ou seja, pouco efetivos em prevenir recidivas e danos a longo prazo e com muitos efeitos colaterais. Estudos recentes documentaram dano orgânico significativo em crianças lúpicas, submetidas aos tratamentos usuais, decorrentes tanto da toxicidade dos corticosteróides como da atividade da doença e sugerem a necessidade da introdução precoce dos imunossuppressores.

A GNPD é um dos tipos histológicos mais comuns e o mais grave na infância evoluindo, com frequência, para insuficiência renal e óbito. O tratamento estabelecido para este comprometimento é o corticosteróide (oral e/ou pulsoterapia de metilprednisolona) associado a um imunossupressor, que é, geralmente, a ciclofosfamida na forma de pulsoterapia mensal. A dose da ciclofosfamida inicialmente estabelecida é de 500 mg a 1000 mg/m<sup>2</sup>; entretanto, nos casos mais graves têm-se iniciado o tratamento com 750 mg/m<sup>2</sup>. Mantém-se este esquema por 7 meses e havendo melhora, com normalização da função renal e do sedimento urinário, se passa para a aplicação trimestral da medicação até completar 30 meses de tratamento. Nos pacientes com comprometimento mais grave e que persistem com alterações no sedimento urinário, temos associado a azatioprina (2 a 3 mg/kg/dia), por volta do 4.º ou 5.º mês de tratamento e se necessário prolongamos a aplicação mensal da ciclofosfamida por 1 a 2 meses; posteriormente fazemos o esquema a cada 6 ou 8 semanas ao invés de trimestral. Embora não tenhamos estudos controlados em crianças e adolescentes com o uso da ciclofosfamida, esta é aceita como a melhor opção terapêutica para a indução da remissão, pela maioria dos autores, especialmente para crianças com GNPD, com remissão total ou parcial em 80% dos pacientes. Entretanto, ainda não há consenso sobre o assunto e uns poucos autores continuam defendendo a azatioprina como a primeira opção dentre os imunossuppressores, para estes pacientes.

A experiência com o micofenolato mofetil (20 a 40 mg/kg/dia), um derivado do ácido micofenólico, em crianças com nefrite lúpica não tem sido muito animadora. Apesar de ainda não dispormos de estudos controlados que confirmem a sua efi-

cácia a longo prazo, os poucos relatos em crianças têm revelado maior eficácia para a nefrite de classe V do que de classe IV e com freqüentes efeitos adversos. A falta de aderência ao tratamento está sendo apontada como possível responsável pelo insucesso em manter a remissão com o micofenolato após o uso da ciclofosfamida. Entretanto, pelo receio de que o uso prolongado de ciclofosfamida possa acarretar um risco significativo de amenorréia e neoplasia secundária, indica-se o micofenolato especialmente para os pacientes de classe IV que completaram 30 meses de tratamento com a ciclofosfamida, para os pacientes com nefrite membranosa e para aqueles pacientes cujas famílias se recusam a permitir o uso de ciclofosfamida.

Para as crianças com nefropatia refratária às doses máximas de ciclofosfamida ou com reativação da doença, ainda não dispomos de outras opções claramente aceitas.

Embora ainda não esteja estabelecido, o rituximabe, um anticorpo monoclonal quimérico, que atua sobre as células B, mais especificamente sobre o seu marcador CD20 presente na superfície das células pré-B e nas células B maduras, pode ser uma boa opção para os pacientes refratários à ciclofosfamida. A dose recomendada atualmente é de 750 mg/m<sup>2</sup> a cada 15 dias (2 doses). Se houver necessidade de repetir a medicação em menos de 6 meses considera-se falha terapêutica. Até o momento dispomos apenas de relatos de casos que apontam para o benefício desta medicação nos pacientes que não responderam à ciclofosfamida ou reativaram a doença.

Embora a glomerulonefrite proliferativa focal (tipo III) seja considerada menos grave devemos ficar atentos porque pode haver evolução para formas mais agressivas como a GNPD ou a nefrite membranosa. Portanto, ao contrário do que se pensava até há pouco tempo, o tratamento de algumas destas crianças precisa ser tão agressivo quanto o que é recomendado para a GNPD, especialmente se forem observadas lesões necrotizantes ou grau importante de atividade na biópsia.

Até há pouco tempo acreditava-se que a glomerulonefrite membranosa (tipo V) fosse de bom prognóstico, entretanto, estudos mais recentes e a nossa experiência diária têm mostrado que estes pacientes podem desenvolver síndrome nefrótica com proteinúria persistente, podem evoluir para insuficiência renal e podem ter maior risco para alterações cardiovasculares. O tratamento da nefrite membranosa ainda é bastante controverso. Em

nosso serviço temos utilizado o corticosteróide associado a ciclofosfamida mensal, uma vez que a associação do corticosteróide com os outros imunossuppressores não tem mostrado boa eficácia. Algumas descrições de casos têm sugerido que a ciclosporina (3 a 5 mg/kg/dia) é eficaz para diminuir a proteinúria, entretanto, ainda não dispomos de estudos controlados. Em pacientes com proteinúria maciça, em níveis nefróticos, tem-se utilizado também o inibidor da enzima conversora da angiotensina (Captopril) ou os inibidores do receptor da angiotensina II (Losartan).

O controle da hipertensão arterial é importante para o melhor prognóstico dos pacientes.

A nefrite classe II ou proliferativa mesangial tem um excelente prognóstico e, geralmente, necessita de tratamento menos agressivo, algumas vezes apenas o corticosteróide pode ser suficiente. Entretanto, devemos ficar atentos ao sedimento urinário, especialmente ao aparecimento ou aumento da proteinúria, o que pode indicar evolução para uma forma mais grave da doença como a GNPD.

O maior risco para infecções, infertilidade e malignidade associado ao uso dos imunossuppressores continua sendo uma de nossas grandes preocupações no tratamento de crianças e adolescentes com lúpus. Por outro lado, também nos preocupam os pacientes que, apesar destes recursos terapêuticos, apresentam uma resposta inadequada ou recidivam durante o tratamento.

Outras terapias voltadas para as células T ou B como o CTLA4-Ig (abatacept), o anti-CD22 (epratuzumab), o LPJ-934, além do anti-C5b e das anti interleucinas (anti-IL10 e anti-IL-6) são promessas para o futuro. Estudos controlados serão necessários para avaliar tanto a eficácia quanto a segurança destas medicações em crianças e adolescentes. Finalmente, o transplante de medula óssea pode ser ainda uma opção para as crianças com lúpus grave que não respondem a qualquer tratamento.

Com os objetivos de melhorar não apenas a sobrevivência a longo prazo, mas também a qualidade de vida destas crianças e adolescentes tem-se procurado manter as doses altas dos corticosteróides pelo menor tempo possível, utilizando-se para isto a pulsoterapia com a metilprednisolona (30 mg/kg/dose – 3 dias) e os imunossuppressores. Estes, por sua vez, devem ser empregados criteriosamente, de maneira a evitarmos, sempre que possível, a sua toxicidade.

A prevenção da osteoporose e da dislipidemia decorrentes da atividade da doença e da cortico-

terapia, deve ser considerada no tratamento de todas as crianças e adolescentes com LES juvenil.

### Referências

1. Buratti S, Szer IS, Spencer CH. Mycophenolate mofetil treatment of severe renal disease in pediatric onset systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2001;28:2103-2108.
2. Adams A, macdermont EJ, lehmana JÁ. Pharmacotherapy of lupus nephritis in children. *Drugs* 2006;66:1191-1207.
3. Marks SD, Patey S, Brogan PA, et al. B lymphocyte depletion therapy in children with refractory systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2005;52:3168-3174.
4. Bnstadt BA, Caldas A, turvey SE. Rituximabe therapy for multisystem autoimmune diseases in pediatric patients. *J Pediatr* 2003;143:598-604.
5. Willems M, Haddad E, Naudet P et al. Rituximab therapy for childhood-onset systemic lupus erythematosus. *J Pediatr* 2006;148:623-627.
6. Jansson AF, Wintergerst U, Renner, ED, Belohradsky BH. Rituximab-induced long-term remission in two children with SLE. *Eur J Pediatr* 2007;166:177-181.
7. El-Hallak M, Bnstadt BA, lechtner AM et al. Clinical effects abd safety of rituximab for treatment of refractory pediatric autoimmune diseases. *J Pediatr* 2007;150:376-382.

### MR4.2 – TERAPÊUTICA ACTUAL DAS ARTRITES IDIOPÁTICAS JUVENIS

J A Melo Gomes

Instituto Português de Reumatologia

Falar do tratamento das Artrites Idiopáticas Juvenis (AIJ) será comparável a falar do tratamento das doenças reumáticas inflamatórias do adulto. Isto é, as AIJs constituem um amplo grupo de doenças articulares inflamatórias crónicas da infância e adolescência, com características clínicas e etiopatogénicas distintas, sendo fácil compreender que, embora existam abordagens terapêuticas comuns, elas tenham especificidades próprias de cada doença e das quais daremos notícia à medida que tal se for justificando.

Os princípios comuns devem-se à necessidade de minimizar os efeitos de uma artrite crónica neste grupo etário. Os seus objectivos gerais básicos, a curto e a longo prazo, encontram-se expostos no Quadro I.

Para alcançar estes objectivos é indispensável a participação de uma família, tão coesa e interessada quanto possível, pois este é um dos principais marcadores de prognóstico, independente da gravidade da doença, de qualquer doença crónica ju-

### Quadro 1. Objectivos do tratamento das AIJs

#### Iniciais e de Curto Prazo

- Controlar a inflamação
- Aliviar a dor articular
- Preservar a função articular
- Prevenir as deformações articulares

#### De Longo Prazo

- Prevenir a iatrogenia
- Proporcionar um crescimento e desenvolvimento normais
- Promover a inserção social e fornecer apoio vocacional adequado
- Corrigir eventuais deformações articulares que se tenham estabelecido

venil.

A educação para a saúde é fundamental e, além do Reumatologista Pediátrico, do Pediatra ou do Médico de Família assistentes, a família deve ser especificamente orientada sobre a melhor forma de obter informação adequada, caso a pretenda procurar. Actualmente estão disponíveis dois bons sites na internet, com informação cuidadosa e bem preparada em língua portuguesa para apoiar os doentes com AIJ e seus familiares. São eles o da PRINTO<sup>1</sup> – Pediatric Rheumatology International Trials Organization: [www.printo.it/pediatric-rheumatology](http://www.printo.it/pediatric-rheumatology) e o da ANDAI – Associação Nacional de Doentes com Artrites Infantis e juvenis: [www.andai.sapo.pt](http://www.andai.sapo.pt).

Com informação cuidada de molde a não assustar indevidamente os doentes e/ou os seus familiares, estes locais transmitem conhecimentos importantes sobre as doenças reumáticas juvenis e seus tratamentos mais utilizados, tendo sido elaborados por Reumatologistas Pediatras de toda a Europa, incluindo Portugal, (o da PRINTO) ou só de Portugal (o da ANDAI), que também contou com contribuições significativas de doentes e familiares de doentes que são membros da ANDAI.

Porque a educação do doente e a partilha de experiências é importante para estes e outros doentes e familiares de doentes com doenças crónicas, formou-se em Portugal, há cerca de 11 anos a ANDAI, associação de doentes acima indicada, que desenvolve as suas actividades com os fins de educar os doentes e seus familiares, lhes proporcionar local físico para a troca de experiências e esclare-

cimento de dúvidas, e de tentar ajudar os doentes e as famílias junto ao poder político, além de proporcionar divulgação de conhecimentos sobre as doenças reumáticas juvenis à família alargada destas crianças, que inclui necessariamente os seus professores.

Um plano mínimo de exercícios deve ser elaborado, o qual dependerá da repercussão articular e geral da doença em questão. Muitas vezes é também necessário proporcionar às crianças um repouso adequado, que pode exigir, nos casos de AIJ poliarticular ou sistémica mais graves, a necessidade de pequeno repouso a meio do dia (uma sesta), tantas vezes difícil de concretizar.

À medida que a duração da doença aumenta torna-se necessário enfatizar junto dos doentes a necessidade de prevenção de atitudes viciosas das articulações, que podem gerar incapacidade e limitações articulares, não só indesejáveis como eminentemente preveníveis.

### Tratamento farmacológico

#### *Anti-Inflamatórios Não Esteróides (AINEs)*

O tratamento farmacológico destina-se a alcançar os objectivos acima enunciados de controlar a inflamação, controlar ou eliminar a dor articular e preservar a função articular, ajudando assim a prevenir as deformações articulares. Claro que embora os *anti-inflamatórios não esteróides* (AINEs) sejam fármacos eficazes, não conseguem alcançar todos estes objectivos, mas são ajuda útil no controle da dor e da febre.

Os mais utilizados em reumatologia pediátrica e as respectivas doses encontram-se indicados no Quadro II.

Os doentes e familiares devem ser informados quanto aos objectivos deste tipo de abordagem terapêutica, que não é curativa e não constituirá mais que uma tentativa de alívio sintomático, na

maioria dos doentes. Contudo, é possível que alguns doentes, com formas sistémicas monocíclicas ou com formas oligoarticulares ligeiras, possam ver o seu problema solucionado apenas com esta terapêutica.

Não há evidência científica sólida de superioridade de um AINE em relação a outros e a maior parte destes fármacos começaram ser utilizados sem estudos clínicos em crianças com AIJ.

O ácido acetilsalicílico é o AINE usado há mais tempo, tendo sido durante largos anos o único aprovado nos EUA. Devido aos seus frequentes efeitos secundários, mais numerosos nas doses anti-inflamatórias indicadas no Quadro II, e ao facto de serem necessárias doses de 4-4 horas para manter os seus efeitos anti-inflamatório e analgésico nos casos de doença activa, este AINE é cada vez menos prescrito com esta indicação.

A indometacina é particularmente eficaz para o tratamento da febre da AIJ sistémica, sendo também uma das melhores opções para as artrites das espondiloartropatias, com ou sem envolvimento axial.

O naproxeno é também um anti-inflamatório eficaz, mais para as queixas articulares que para o tratamento da febre, que partilha com a indometacina o facto de necessitar apenas de 2 administrações diárias, o que é muito conveniente para crianças que necessitam de manter a sua escolaridade normal, com a menor interferência possível dos seus esquemas terapêuticos.

O meloxicam é outro dos fármacos que tem a grande vantagem de poder ser administrado apenas uma vez por dia, sendo um AINE tão potente como os outros.<sup>2</sup>

Neste momento o único AINE que está disponível em Portugal sob forma de suspensão é o Ibuprofeno, sendo esta uma causa importante para a escolha deste eficaz fármaco para o tratamento da dor articular nas crianças mais jovens com AIJ.

### Analgésicos

O paracetamol pode ser utilizado com vantagens, no controle da dor articular e da febre, quando os AINEs não conseguem alcançar isoladamente estes objectivos durante as 24 horas do dia. Esta opção terapêutica deve ser utilizada apenas em SOS e não como terapêutica de rotina, devendo os doentes e familiares serem instruídos no sentido de serem evitadas mais de 3 doses diárias de paracetamol.

### Corticosteróides

Por vezes quer a febre da forma sistémica, quer as

**Quadro II. Anti-Inflamatórios Não Esteróides (AINEs) mais utilizados no tratamento das AIJs**

AINE	DOSE
Ibuprofeno	30-50mg/Kg/dia
Indometacina	2,5mg/Kg/dia
Naproxeno	15-20mg/Kg/dia
Diclofenac	2,5mg/Kg/dia
Meloxicam	0,125-0,25mg/Kg/dia
Ácido acetilsalicílico	80-120mg/kg/dia

queixas articulares, quer a uveíte crónica, podem não ceder adequadamente aos AINEs o que leva à utilização de corticosteróides, com o objectivo de permitir uma vida de relação normal e a assiduidade escolar desejável.

As indicações para a utilização de corticosteróides estão indicadas no Quadro III, encontrando-se cada vez mais limitadas numa altura em que os agentes biológicos se revelam muito eficazes na terapêutica das manifestações articulares e extra-articulares da AIJ – nas manifestações extra-articulares da AIJ sistémica o antagonista do receptor da IL1 ou anakinra,<sup>3</sup> e nas manifestações articulares das AIJ poliarticulares o etanercept.<sup>4</sup>

O que verdadeiramente limita a utilização dos corticosteróides não é a sua eficácia, que é boa, mas sim os seus efeitos secundários, que podem ser devastadores e por vezes tanto ou mais graves que a própria doença que tratam.

Podemos dizer que, se administrados cronicamente e por via sistémica, não existe dose segura para estes fármacos: corticosteróide seguro, é apenas aquele que o doente não tomou!

Os seus efeitos secundários, variados e graves, são bem conhecidos de todos os médicos e incluem, entre outros:<sup>5</sup> a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, a supressão ou atraso do crescimento corporal, o aspecto cushingóide, as estrias cutâneas violáceas, a osteoporose, a hipertensão, a redução da tolerância à glicose e a diabetes, a redução da defesa contra as infecções, a ulceração péptica, as cataratas, o glaucoma, a psicose, a miopatia dos corticóides e a necrose asséptica do osso.

Parte destes efeitos secundários pode ser reduzida ou prevenida com uma adequada restrição da ingestão de hidratos de carbono, cuidado que deve ser aconselhado a todos os pais destas crianças, após explicação do seu racional.

Dentre todos assume particular importância na criança a paragem de crescimento, que não tem prevenção dietética ou de outra ordem e ocorre mesmo com doses muito baixas de corticosteróides (por ex. 3-5mg/dia de prednisolona ou equivalente, ou 0,4mg/Kg de peso/dia).

Apesar de tudo, existe uma grande variação individual na gravidade da supressão do crescimento e na dose mínima necessária para que tal aconteça<sup>6,7</sup> e sabemos que a administração em dias alternados pode reduzir muito este efeito adverso.<sup>8,9</sup> Infelizmente, esta forma de administração é pouco eficaz para as formas de doença activa e gra-

### Quadro III. Indicações para a utilização de corticosteróides em doentes com AIJ

#### AIJ Sistémica

- Febre resistente aos AINEs
- Pericardite significativa
- Poliartrite resistente à restante terapêutica (incluindo AINEs + MTX + etanercept ou anakinra)

#### Formas Poliarticulares

- Poliartrite activa resistente a AINEs + MTX + Etanercept

#### Formas Oligoarticulares e/ou

#### Espondiloartropatias

- Uveítes, aguda ou crónica, resistente à terapêutica local
- Doença inflamatória crónica do intestino (inflamação intestinal)

#### Qualquer forma de AIJ, quando 1 a 3 articulações activas são responsáveis pelas queixas ou limitações do doente

- Via intra-articular (sinovectomia química com hexacetonido de triancinolona)\*

\*só após cuidadosa exclusão de artrite infecciosa, particularmente nos casos de monoartrite.

ve em que os corticóides têm indicação.

O tratamento do nanismo cortisonico com hormona de crescimento (GH) só deve ser considerado se a dose de corticóide utilizada for inferior a 0,35mg/Kg de peso/dia de prednisolona ou equivalente, pois com doses desta ordem ou superiores a GH é ineficaz.

O deflazacort é o corticosteróide que tem menor efeito cushingóide, menor efeito glicocorticóide e também menor efeito supressor do crescimento,<sup>10</sup> tendo como razões para a sua utilização menos generalizada o facto de nunca ter sido calculada adequadamente a sua equivalência de dose com a prednisolona, nem ter sido estudado o seu perfil de segurança com a eventual dose equivalente.

#### Metotrexato

Actualmente o metotrexato (MTX) devido à sua elevada e rápida eficácia, associada a uma boa tolerabilidade a longo prazo, é considerado o medicamento de escolha («gold standard») para o tratamento da AIJ resistente aos AINEs, qualquer que seja a forma da doença.<sup>11,12</sup>

O MTX revela-se útil para o tratamento da maior

parte dos casos de AIJ, quer para a artrite em si, cuja remissão pode ser induzida por este fármaco,<sup>13</sup> quer para algumas manifestações extra-articulares, tal como a uveíte crónica resistente à terapêutica tópica com corticosteróides.

Antes do início desta terapêutica deve ser fornecida aos pais dos doentes informação verbal e escrita sobre os potenciais efeitos adversos do fármaco e forma de os prevenir, que inclui a administração, por via oral, de 10mg semanais de ácido fólico, em toma única também, com o mínimo de 48h de intervalo em relação à dose semanal de MTX. Este tipo de informação é particularmente importante se nos lembrarmos que este fármaco foi inicialmente produzido para tratar leucoses, em doses 20 a 40 vezes superiores às que se utilizam para tratar as AIJ, reflectindo a bula do medicamento os efeitos secundários, potencialmente muito graves, que surgem com as doses altas utilizadas nessa patologia.

Como medidas preventivas da iatrogenia, antes do início do MTX devemos assegurar-nos de que o doente está vacinado contra as hepatites A e B e que não sofre de tuberculose (prova de Mantoux e radiografia de torax são importantes). Desta forma poderemos evitar efeitos secundários graves e a eventual suspensão do fármaco devido a estas comorbilidades preveníveis.

Mesmo na dose de 10mg/m<sup>2</sup>/semana cerca de 2/3<sup>14</sup> dos doentes tratados melhoram significativamente, o que deixa alguma margem de manobra para aqueles casos em que, devido à toxicidade do fármaco, a dose de 15mg/m<sup>2</sup>/semana não pode ser mantida.

Entre as vantagens do MTX encontra-se a alta taxa de respondedores, com doses semanais relativamente baixas, da ordem dos 15mg/m<sup>2</sup> de superfície corporal/semana. Esta dose, actualmente considerada a mais eficaz,<sup>14</sup> pode ser administrada por via oral e, em caso de ineficácia após 3 meses de tratamento, deve ser alterada para a via parentérica (sub-cutânea ou intra-muscular) que revelará melhoria significativa em 60% dos doentes resistentes à administração por via oral.<sup>14</sup>

Habitualmente, os resultados terapêuticos são obtidos nos primeiros 3 meses de administração do fármaco, mas ocasionalmente ele será eficaz após algum tempo mais. Após 6 meses de administração do MTX nas doses acima indicadas, e após passagem da administração oral para parentérica, se a AIJ mantiver níveis de actividade considerados inaceitáveis será a altura de considerar

outras alternativas terapêuticas, nomeadamente os agentes biológicos (anti-TNF $\alpha$ , abatacept ou anakinra).

Os efeitos adversos mais frequentes são a «mucosite» (atrofia das mucosas da boca, acompanhada ou não de queilose e aftas orais) e as náuseas e/ou vómitos. Embora se trate de efeitos adversos pouco graves, eles são comuns, atingindo perto de 10% dos doentes e podem levar a incumprimento da terapêutica. A mucosite é eficazmente prevenida com a suplementação de folatos e as náuseas poderão exigir terapêutica anti-emética, nos casos mais graves. A administração do fármaco às sextas-feiras ou sábados ao deitar pode minimizar as náuseas.

A toxicidade hepática, outrora muito temida, é rara em crianças, sendo o seu risco agravado principalmente pela ingestão de bebidas alcoólicas (rara ou inexistente antes da adolescência), pelas hepatites virais (em parte preveníveis), pela obesidade, pela malnutrição e pela diabetes mellitus. A biopsia hepática de rotina *não* deve ser praticada nos doentes com AIJ a tomar cronicamente MTX.

A pneumonite e a fibrose intersticial foram descritas muito raramente em crianças com AIJ a tomar MTX,<sup>15</sup> mas constituem efeitos adversos graves e temíveis. A aceleração da nodulose reumatóide, embora muito menos comum que na AR do adulto, foi descrita em doentes com AIJ submetidos a esta terapêutica.<sup>16</sup>

*Na hierarquização dos tratamentos das AIJs o MTX deve ser iniciado quando os AINEs não conseguem controlar adequadamente a doença e antes de se considerar a utilização de corticosteróides ou de agentes biológicos.* A excepção a esta regra será o tratamento das manifestações extra-articulares da AIJ sistémica, no qual os corticosteróides poderão desempenhar um papel, enquanto o MTX não actua adequadamente.

*Outras terapêuticas modificadoras da doença («Disease Modifying Agents in Rheumatic Diseases» ou DMARDs) incluindo medicamentos imunossuppressores*

Muitos outros fármacos têm vindo a ser utilizados com a finalidade de controlar a actividade da doença ou induzir remissão clínica nas AIJs. Alguns serão mencionados apenas para informação histórica, pois pouco se usam actualmente. Estão neste caso os *sais de ouro* e a *D-penicilamina*, actualmente praticamente afastados do plano terapêu-

tico dos doentes com AIJs, devido à falta de demonstração de eficácia destes fármacos e aos seus frequentes, e potencialmente graves, efeitos adversos na criança.

A *hidroxicloroquina* é também pouco eficaz, particularmente quando usada isoladamente, o que leva a que não seja uma opção credível nos tempos que correm.

A *ciclosporina* tem a sua aplicação potencial na AIJ, associada ao MTX,<sup>17</sup> onde aumenta a eficácia nos doentes seleccionados por serem resistentes ao MTX. Trata-se de um fármaco com muitos efeitos adversos, que deve ser administrado na dose de 3 a 5mg/Kg/dia, repartida em duas tomas. O seu papel terapêutico indiscutível será no síndrome de activação macrofágica,<sup>18</sup> complicação rara mas muito grave da AIJ sistémica.

A *sulfassalazina* deve ser utilizada predominantemente em casos de espondiloartropatias juvenis com poliartrite periférica, de preferência em associação ao MTX. A dose máxima será de 2g/dia, ou de 50mg/Kg/dia, dependendo do peso da criança, administrada em duas tomas diárias. *A sulfassalazina não deve ser administrada nunca a doentes com AIJ sistémica* por poder provocar efeitos adversos muito graves (hepatite tóxica e síndrome de activação macrofágica) nestes doentes. Também não deve ser administrada a crianças com hipersensibilidade conhecida às sulfamidas ou aos salicilatos, com diminuição da função renal ou hepática, ou que sofram de porfíria ou carência de glicose-6-fosfato desidrogenase.

A *azatioprina* pode ser útil no tratamento de poliartrite extensas resistentes ao MTX, podendo ser administrada em associação a este, mas é cada vez menos utilizada desde o advento dos agentes biológicos. Foi também uma alternativa terapêutica para o tratamento da amiloidose secundária à AIJ.

O *clorambucil*, agente alquilante, nas doses de 0,2mg/Kg/dia (1 mês de indução) e de 0,1mg/Kg/dia (como manutenção) é considerado a terapêutica mais eficaz para a amiloidose secundária à AIJ.<sup>19</sup> O seu uso contudo é limitado a esta situação clínica, que tem letalidade de 100% 15 anos após o diagnóstico nos doentes não tratados com clorambucil (e sobrevivência de 68% nos tratados), devido à sua significativa toxicidade (esterilidade e aumento do risco de neoplasias a longo prazo).

A *imunoglobulina humana endovenosa em altas doses* (IgHumE-V) foi utilizada para tratar as manifestações extra-articulares da AIJ sistémica<sup>20</sup> e a AIJ com poliartrite resistente ao MTX.<sup>21</sup> O seu

elevado custo e a inconsistência dos resultados, em estudos randomizados, levaram a que a sua utilização actual seja cada vez menor.

A *leflunomida* é outra alternativa terapêutica que pode ser utilizada se houver falência do MTX; no único estudo que compara a eficácia destes dois fármacos no tratamento da AIJ<sup>22</sup> ambos obtêm bons resultados, embora a comparação revele vantagem significativa do MTX.

### Agentes biológicos

Os agentes biológicos, usados no tratamento das artrites crónicas e outras doenças em cuja patogenia desempenha um papel importante a perpetuação de fenómenos inflamatórios, começaram a ser utilizados em reumatologia para tratar a AR do adulto.<sup>23-27</sup> Trata-se de produtos desenvolvidos por via biotecnológica de elevada complexidade, a partir de conhecimentos básicos da fisiopatologia da inflamação em geral e das alterações que levam à sua perpetuação nestas doenças reumáticas crónicas.

O único agente biológico actualmente aprovado pela EMEA para o tratamento das AIJs é o *etanercept*, uma proteína de fusão do receptor solúvel p75 do TNF $\alpha$ , que tem efeito terapêutico rápido e potente em doentes com AIJ poliarticular resistentes à terapêutica com doses eficazes de MTX.<sup>4,28</sup> O etanercept é administrado, por via subcutânea, na dose mínima de 0,8mg/kg uma vez por semana, na dose máxima de 50mg/semana, devendo ser mantidas as terapêuticas prévias, com MTX e AINEs, que o doente esteja a fazer antes.

O *infliximab*,<sup>29</sup> outro fármaco com acção anti-TNF $\alpha$ , que é um anticorpo anti-TNF $\alpha$ , mostrou eficácia semelhante ao etanercept nos doentes com formas poliarticulares de AIJ, mas não tem ainda a aprovação da EMEA para uso pediátrico.

Estudos prévios<sup>30</sup> mostraram que o etanercept é menos eficaz quando utilizado para tratar doentes com AIJ sistémica que nos restantes casos de AIJ poliarticular. Nos doentes com AIJ sistémica estudos abertos têm demonstrado que a terapêutica com Anakinra (um antagonista do receptor da IL-1) administrado na dose de 2mg/kg/dia (dose máxima de 100 mg/dia) por via subcutânea, é muito eficaz no tratamento da AIJ sistémica, particularmente quando as manifestações sistémicas são preponderantes.<sup>31</sup>

Outros estudos com o antagonista do receptor da IL-6, tocilizumab, têm também revelado resultados muito promissores na AIJ sistémica.<sup>32</sup>

O abatacept é um novo agente biológico que ac-

tua bloqueando a activação das células T por inibição da co-estimulação, ao ligar-se aos receptores CD80 e CD86 presentes nas células apresentadoras de antigénio, o que inibe a co-estimulação mediada pela ligação ao receptor CD28 da célula T. Este fármaco, com eficácia já comprovada para o tratamento da AR do adulto,<sup>33</sup> foi também estudado nas AIJs,<sup>34</sup> com bons resultados, aguardando aprovação desta indicação terapêutica. Numa comunicação livre deste congresso é salientado o facto de o Abatacept ter eficácia prolongada, que se mantém até um ano após a sua suspensão, em doentes com AIJs oligoarticulares estendidas ou poliarticulares.<sup>35</sup>

Com o advento da disponibilidade dos agentes biológicos para tratamento das AIJ o principal objectivo da terapêutica é, actualmente, o de obter a remissão clínica da doença e permitir uma vida normal à criança ou adolescente afectados. Claro que este objectivo nem sempre é alcançável, mas podemos dizer que a probabilidade de tal ser conseguido aumentou bastante desde que temos disponíveis estes fármacos, cuja utilização deve ser criteriosa e muito cuidadosa, como fácil se torna de perceber ao ler os «Consensos para Início e Manutenção da terapêutica biológica na AIJ»,<sup>36</sup> do Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

Além de alterações de ordem terapêutica propriamente ditas, os agentes biológicos, pelo seu elevado custo e potencial risco de toxicidade, vieram acelerar significativamente uma evolução já em marcha na forma de avaliar a evolução da doença e a eficácia da terapêutica em jovens com AIJs.

Esta evolução levou à necessidade de criar instrumentos objectivos de definição de melhoria na AIJ, através de trabalho conjunto do PRINTO – *Pediatric Rheumatology International Trials Organization* (a nível Europeu) e do PRCSG – *Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group* (a nível do *American College of Rheumatology*).<sup>37</sup>

Mas para que esta definição de melhoria pudessem ser aplicável de uma forma generalizada, com incorporação da opinião dos doentes adolescentes, ou dos seus pais quando estes fossem mais jovens, tornou-se indispensável a utilização de ferramentas de avaliação da capacidade funcional, bem como de escalas visuais analógicas para a dor e para a avaliação global da doença pelos doentes ou pelos pais, que fossem as mesmas em todos os países do Mundo – tal veio a ser efectuado também ao nível do PRINTO para todos os países europeus

(em 28 línguas diferentes, numa primeira abordagem) no qual se incluiu a versão portuguesa<sup>38</sup> destes instrumentos de avaliação.

São estes consensos nacionais, nos quais participaram os Reumatologistas e os Pediatras que no nosso País mais se têm dedicado ao estudo e tratamento de crianças com doenças reumáticas, que se encontram abaixo indicados e serão alvo de uma outra comunicação neste Congresso.

### **Crítérios da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2007) para Início de Terapêutica Biológica**

Doença activa (5 ou mais articulações com artrite activa) e refractária à terapêutica convencional.

Definição de Falência à terapêutica – doença activa refractária à terapêutica convencional, considerando principal factor da definição a ausência de resposta a uma dose mínima de MTX de 15 mg/m<sup>2</sup>/semana por via SC ou IM durante 3 a 6 meses.

No caso de toxicidade ou de contra-indicação impeditivas da utilização do MTX na dose mínima de 15 mg/m<sup>2</sup>/semana pode considerar-se, por opinião do especialista, a introdução de terapêutica biológica como primeira opção, ou de outro DMARD convencional em monoterapia ou em combinação com o MTX.

### **Monitorização dos Doentes sob Terapêutica Biológica**

Os doentes devem ser avaliados com uma frequência mínima trimestral. Da avaliação deve constar um conjunto de variáveis que permitam determinar a eficácia do tratamento:<sup>37</sup>

1. Avaliação global pelo doente/pais (Escala Visual Analógica de 0-10)
2. Avaliação global pelo médico (Escala Visual Analógica de 0-10)
3. *Child Health Assessment Questionnaire* (CHAQ, utilizado na sua versão portuguesa)<sup>38</sup>
4. Número de articulações activas (articulações tumefactas, excluindo tumefacção óssea, ou com limitação da mobilidade associada a dor, calor ou ambos)
5. Número de articulações com limitação da mobilidade
6. Velocidade de Sedimentação

### **Crítérios para Manutenção em Terapêutica Biológica**

Considera-se critério de resposta a melhoria de

pelo menos 30% em 3 destas 6 variáveis, sem agravamento superior a 30% em mais do que uma das restantes variáveis, em duas avaliações separadas por 3 meses,<sup>37</sup> tendo como base de comparação a avaliação efectuada antes do início do agente biológico.

#### **Actuação se Não Responder**

Se não ocorrer melhoria em 2 avaliações sucessivas, de acordo com opinião do especialista, suspender o fármaco biológico e considerar outras alternativas terapêuticas.

#### **Antes do Início da Terapêutica Biológica deve ser Efectuado um Rastreio de Tuberculose por:**

1. História clínica; 2- Radiografia do tórax; 3- Prova tuberculínica com 2U RT23
  - a) Se induração <5mm deve ser repetida no antebraço oposto 7 a 10 dias depois. É considerada negativa se o segundo teste também apresentar induração <5 mm.
  - b) Se induração ≥5mm é considerada positiva, independentemente da data da vacinação com BCG.

Se a história clínica, radiografia do tórax ou a prova tuberculínica forem positivas a criança deve ser referenciada a uma consulta especializada em tuberculose para orientação diagnóstica e terapêutica.

A terapêutica biológica pode ser iniciada 1 mês após o início da terapêutica de tuberculose latente.

#### **Contra-indicações Absolutas para Início de Terapêutica Biológica em Doentes com AIJ**

- Existência de infecção activa, nomeadamente tuberculose activa
- Insuficiência cardíaca III/IV
- Doenças desmielinizantes
- Gravidez
- História recente (<5 anos) de neoplasia
- Vacinas vivas – não devem ser administradas durante o tratamento com agentes biológicos e idealmente a sua administração deve ser efectuada até três meses antes do início do biológico

#### **Critérios para Suspensão Temporária ou para Adiar o Início da Terapêutica Biológica:**

- Infecção de novo
- Cirurgia *major* programada

Claro que, pelas razões anteriormente indicadas, os agentes biológicos, embora muito eficazes, devem ser iniciados com precaução em doentes

com AIJ, devendo a sua prescrição ser da responsabilidade de reumatologista pediátrico com particular experiência no tratamento da AIJ, seguindo os consensos do Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia, acima indicados. Estes doentes devem ser seguidos cuidadosamente, devendo a continuidade da prescrição e dispensa do agente biológico ser condicionada à adesão estrita a este plano de avaliação continuada.

#### **Transplante autólogo de medula óssea**

O transplante autólogo de medula óssea foi iniciado, na era «pré-agentes biológicos», como método experimental (agressivo, caro e com muitos efeitos adversos) de tratar doenças auto-imunes graves que não respondiam às terapêuticas convencionais.

A última revisão desta abordagem terapêutica,<sup>39</sup> quase em desespero de causa, colectou todos os casos de AIJ tratados desta forma no espaço europeu, tendo revelado que, um ano após a intervenção, 53% (18/34) dos doentes estavam em remissão e 21% (7/34) tinham sido resistentes à terapêutica. Não são resultados particularmente brilhantes, atendendo à morbidade e ao custo desta intervenção, mesmo levando em consideração que seriam casos particularmente graves de AIJ. Contudo, a mortalidade de 15% (5/34) aos 12 meses é o resultado que mais nos leva a refrear muito o entusiasmo relativo a esta abordagem terapêutica.

#### **Terapêutica com Agentes Físicos e Terapêutica Ocupacional**

A terapêutica com agentes físicos e a terapêutica ocupacional têm por objectivos contribuir para reduzir a dor articular, manter ou recuperar a função articular e prevenir as deformações articulares e a incapacidade daí resultante.

Deve-se sempre levar em consideração que a criança deve ser integrada no seu ambiente (familiar, social, escolar) motivo pelo qual, salvo em casos excepcionalmente graves e pontuais, estas técnicas devem ser ensinadas ao doente e/ou aos pais de forma a poderem ser efectuadas no domicílio, sem que contribuam para aumentar o absentismo escolar, que pode existir já pela actividade da doença, e pelas necessidades de efectuar consultas médicas e exames complementares de diagnóstico com alguma regularidade.

Um período de descanso à tarde, após o regres-

so da escola, pode ser útil. Contudo, a maior parte das crianças procederão à limitação da sua actividade física, de acordo com as suas limitações. Exercícios físicos regulares, tais como andar de triciclo ou de bicicleta, devem ser encorajados.

Um plano de exercícios, para fazer no domicílio, adequado ao tipo de envolvimento articular da criança, deve ser ensinado aos pais. A ANDAI, a Associação Nacional de Doentes com Artrites Infantis e juvenis, tem um guia para pais<sup>40</sup> que é distribuído gratuitamente aos seus sócios, no qual vem descrito um plano geral de exercícios, donde podem ser seleccionados os mais adequados para cada caso concreto.

A natação, ou a hidrocinesiterapia (dependendo da gravidade do envolvimento articular) são actividades a privilegiar.

Por vezes pode ser útil a aplicação de calor, ou de frio, às articulações inflamadas, mas estas técnicas devem interferir o menos possível com a rotina diária (às vezes pesada) da criança.

A utilização de talas para prevenir ou corrigir deformações articulares, nomeadamente ao nível das mãos e punhos, e joelhos (particularmente quando a criança surge já com flexo desta articulação) pode ser muito útil. É bom sublinhar que estas talas devem ter um aspecto apelativo e ser confortáveis, pois de outra forma serão apenas mais um objecto para guardar fora da vista dos pais.

### Terapêutica Cirúrgica

A cirurgia ortopédica pode desempenhar um papel importante nos estadios intermédios das AIJ, através da correcção das deformações e contracturas articulares, como os flexos dos joelhos, por vezes irreductíveis doutra forma.

A sinovectomia cirúrgica<sup>41</sup> é cada vez menos utilizada, sendo muitas vezes vantajosamente substituída pela sinovectomia artroscópica<sup>42</sup> ou pela sinovectomia química com hexacetonido de triancinolona.

No adulto jovem, em que podem haver lesões articulares limitativas, ao nível dos joelhos,<sup>43</sup> das ancas, dos ombros ou dos cotovelos, por exemplo, as próteses articulares constituem uma solução que pode contribuir para melhorar significativamente a qualidade de vida e a integração social e profissional dos doentes.

A cirurgia oftalmológica, ao resolver os problemas devidos às principais complicações da uveíte crónica – queratite em banda, cataratas e glaucoma – pode ser de importância fundamental na pre-

servação ou recuperação da acuidade visual nas crianças ou adolescentes com AIJ oligoarticular com anticorpos antinucleares presentes no soro e uveíte crónica..

### Referências:

1. Ruperto N, Garcia-Munitis P, Villa et al. The PRINTO/PRES international web-site for families of children with rheumatic diseases : [www.pediatric-rheumatology.printo.it](http://www.pediatric-rheumatology.printo.it) . Ann Rheum Dis 2005; 64:1101-1106.
2. Ruperto N, Nikishina I, Pachanov ED et al: «A randomized, double-blind clinical trial of two doses of meloxicam compared with naproxen in children with juvenile idiopathic arthritis». Arthritis Rheum. 2005; 52:563-572.
3. Verbsky JW, White AJ. Effective use of recombinant IL1-ra anakinra in the therapy of resistant systemic onset JRA». J. Rheumatol. 2004; 31:2071-2075.
4. Lovell DJ, Reiff A, Jones OY et al. Long-term safety and efficacy of etanercept in children with polyarticular-course juvenile rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2003; 48:218-226.
5. Melo Gomes JA. Problems related to systemic glucocorticoid therapy in children. J Rheumatol 1993; 20 (Suppl.37): 35-39.
6. Ansell BM, Bywaters EGL. Growth in Still's disease. Ann Rheum Dis 1956; 15:295-319.
7. Sturge RA, Beardwell C, Hartog M et al. Cortisol and growth hormone secretion in relation to linear growth: patient's with Still's disease in different therapeutic regimens. BMJ. 1970; 3:547-551.
8. Harter JG, Reddy WG, Thorn GW. Studies on an intermittent corticosteroid dosage regimen. N Engl J Med 1963; 269:591-596.
9. Soyka LF Treatment of nephritic syndrome in childhood. Am J Dis Child 1967; 113: 693-701.
10. Balsan, Stern D, Bourdeau A et al. Effects of long-term maintenance therapy with a new glucocorticoid, deflazacort, on mineral metabolism and statural growth. Calcif Tissue Int 1987; 40:303-309.
11. Giannini EH. Methotrexate: vital new information about a middle aged drug. J Rheumatol 2002; 29:2031-2033.
12. Ramanan A, Whitworth P, Baildam EM et al. Use of methotrexate in juvenile idiopathic arthritis. Arch Dis Child 2003; 88:197-200.
13. Gottlieb BS, Keenan GF, Lu T et al. Discontinuation of methotrexate treatment in juvenile rheumatoid arthritis. Pediatrics 1997; 100:994-997.
14. Ruperto N, Murray K, Gerloni V et al. A randomized trial of methotrexate in medium versus higher doses in children with juvenile idiopathic arthritis who failed a standard dose. Arthritis Rheum 2004; 50:2191-2204.
15. Cron RQ, Sherry DD, Wallace CA. Methotrexate-induced hypersensitivity pneumonitis in a child with juvenile rheumatoid arthritis. J Pediatr 1998; 132:901-902.
16. Muzzafer MA, Schneider R, Cameron BJ et al. Accele-

- rated nodulosis during methotrexate therapy for juvenile rheumatoid arthritis. *J.Pediatr* 1996; 128:698-700.
17. Ravelli A, Moretti C, Temporini F et al. Combination therapy with methotrexate and cyclosporine A in juvenile idiopathic arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20:569-572.
  18. Ravelli A, Viola S, De Benedetti F et al. Dramatic efficacy of cyclosporine A in macrophage activation syndrome. *Clin Exp Rheumatol* 2001; 19:108.
  19. Ansell BM, Eghtedari A, Bywaters EG. Chlorambucil in the management of juvenile chronic polyarthritis complicated by amyloidosis. *Ann Rheum Dis* 1971; 30:331.
  20. Silverman ED, Cawkwell GD, Lovell DJ et al. Intravenous immunoglobulin in the treatment of systemic juvenile rheumatoid arthritis: a randomized placebo-controlled study. *Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group. J Rheumatol* 1994; 21:2353-2358.
  21. Giannini EH, Lovell DJ, Silverman ED et al. Intravenous immunoglobulin in the treatment of polyarticular juvenile rheumatoid arthritis: a phase I/II study. *Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group. J Rheumatol* 1996; 23:919-924.
  22. Silverman E, Mouy R, Spiegel M et al. Leflunomide or methotrexate for juvenile rheumatoid arthritis. *New Engl J Med* 2005; 352:1655-1666.
  23. Maini R, St Clair EW, Breedveld F et al. Infliximab (chimeric anti-tumour necrosis factor alpha monoclonal antibody) versus placebo in rheumatoid arthritis patients receiving concomitant methotrexate: a randomised phase III trial. *ATTRACT Study Group. Lancet* 1999; 354: 1932-1939.
  24. Weinblatt ME, Kremer JM, Bankhurst AD et al. A trial of etanercept, a recombinant tumor necrosis factor receptor:Fc fusion protein, in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate. *N Engl J Med* 1999; 340: 253-259.
  25. Bresnihan B. Effects of anakinra on clinical and radiological outcomes in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2002; 61 (Suppl 2): ii 74-77.
  26. Weinblatt ME, Keystone EC, Furst DE et al. Adalimumab, a fully human anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody, for the treatment of rheumatoid arthritis in patients taking concomitant methotrexate: The ARMADA trial. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 35-45.
  27. Edwards JC, Szczepanski L, Szechinski J et al. Efficacy of B cell-targeted therapy with rituximab in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2004; 350: 2572-2581.
  28. Gerloni V, Pontikaki I, Gattinara et al. Treatment of juvenile idiopathic arthritis (JIA) with etanercept: short, medium and long-term results. *Arthritis Rheum.* 2002; 46(Suppl.):S482.
  29. Lahdenne P, Vahasalo P, Honkanen V. Infliximab or etanercept in the treatment of children with refractory juvenile idiopathic arthritis: an open label study. *Ann Rheum Dis* 2003; 62:245-247.
  30. Quartier P, Taupin P, Bourdeaut F et al. Efficacy of etanercept for the treatment of juvenile idiopathic arthritis according to the onset type. *Arthritis Rheum* 2003; 48:1093-1101.
  31. Verbsky JW, White AJ. Effective use of the recombinant IL1-ra anakinra in therapy of resistant systemic onset juvenile rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2004; 31:2071-2075.
  32. Yokota S, Miyamae T, Imagawa T et al. Therapeutic efficacy of humanized recombinant anti-interleukin-6 receptor antibody in children with systemic-onset juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2005; 52:618-625.
  33. Kremer JM, Dougados M, Emery P et al. Treatment of rheumatoid arthritis with the selective costimulation modulator abatacept: twelve-month results of a phase iib, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2005; 52:2263-2271.
  34. Ruperto N, Gianini EH, Prieur AM et al. Efficacy and safety of Abatacept, a co-stimulation modulator, in children and adolescents with active juvenile idiopathic arthritis: Results of a double-blind withdrawal phase. *Ann Reum Dis* 2007; (Suppl): 87- OP0116.
  35. Melo Gomes JA. Seguimento clínico de 12 meses após suspensão súbita de estudo clínico multicêntrico e multinacional com Abatacept na Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) poliarticular – Dados de 8 doentes portugueses. *Comunicação livre do XIV Congresso Português de Reumatologia. Vilamoura, 2-5 Abril/2008.*
  36. Santos MJ, Fonseca JE, Canhão H et al. Consensos para início de terapêutica biológica na artrite idiopática juvenil. *Acta Reumatol Port* 2007; 32:43-47.
  37. Giannini EH, Ruperto N, Ravelli A, Lovell DJ, Felson DT, Martini A. Preliminary definition of improvement in juvenile arthritis. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1202-1209.
  38. JA Melo Gomes, N Ruperto, H Canhão et al. The portuguese version of the childhood health assessment questionnaire (CHAQ) and the child assessment questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol* 2001;19 (Suppl 23):S126-S130.
  39. Kleer IM, Brinkman DMC, Ferster A et al. Autologous stem cell transplantation for refractory juvenile idiopathic arthritis: analysis of clinical effects, mortality, and transplant related morbidity. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:1318-1326.
  40. Melo Gomes JA, Salgado M, Vieira MJ, Freitas S, Pereira MC, Freire J. Doenças reumáticas da criança e do adolescente – GUIA PARA PAIS. Edição ANDAI, Out/2000.
  41. Rydholm U, Elborgh R, Ranstam J et al. Synovectomy of the knee in juvenile chronic arthritis. A retrospective consecutive follow-up study. *J Bone Joint Surg. (Br.).* 1986; 68:223-228.
  42. Hafner R, Pieper M. Arthroscopic synovectomy of the knee joint in chronic juvenile arthritis. *Z Rheumatol* 1995; 54:165-170.
  43. Parvizi J, Lajam CM, Trousdale RT et al. Total knee arthroplasty in young patients with juvenile rheuma-

toid arthritis. *J Bone Joint Surg (Am.)*. 2003; 85:1090-1094.

#### MR4.3 – RECOMENDAÇÕES DE TERAPÊUTICA BIOLÓGICA DA SPR

Dr.<sup>a</sup> Maria José Vieira, Pediatra.  
Hospital de Vila Nova de Famalicão.  
Pelo Grupo de Trabalho de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

#### MR5 – Lúpus Eritematoso Sistémico

##### MR5.1 – LÚPUS NEUROPSIQUIÁTRICO – NEUROPSYCHIATRIC LUPUS

Yehuda Shoenfeld  
Department of Medicine 'B' & Center for Autoimmune Diseases,  
Sheba Medical Center, Incumbent of the Laura Schwarz-Kipp Chair for Research of Autoimmune Diseases, Sackler Faculty of Medicine, Tel-Aviv University, Israel.

Central Nervous System involvement in Systemic Lupus Erythematosus (**CNS-SLE**) is very common and ranges between 20% – 70% of the patients. The CNS involvement is listed in the ARA criteria for SLE diagnosis.

CNS-SLE is associated with more than 20 different autoantibodies.<sup>1</sup> Yet, remarkable among them are the **anti-P-ribosomal antibodies** (anti-PR).<sup>2</sup> These autoantibodies directed mainly against the carboxy 22 amino acids of the PO, P1 P2 ribosomal phosphoproteins. They are capable of penetrating lived cells and inducing apoptotic changes as well as leading to inhibition of specific cytokine secretion.<sup>3-5</sup> The titer of the autoantibodies correlates with disease activity, kidney involvement and hepatitis.<sup>6-8</sup>

Anti-PR were first reported to associate and correlate with CNS-SLE and especially **psychosis** in 1987.<sup>9</sup> Subsequent analyses could only partially repeat Bonfa's conclusions.<sup>2-3</sup> The contradictory results may stem from technical discrepancies,<sup>2-3</sup> multiplicity of autoantibodies causing CNS-SLE,<sup>1,10</sup> and differences in the time of drawing the blood in relation to the time when the patient had the CNS involvement.

We employed affinity purified anti-PR on a PR column and injected them directly into the brain ventricles of Balb/c mice. Irrelevant Igs were em-

ployed as controls. The analyses entailed a variety of neurological tests known to evaluate cognitive impairment, anxiety states, depressive conditions and motor competence of the mice.

Mice injected with anti-PR clearly expressed **depressive behavior**, characterized mainly by floating pattern rather than swimming in an enforced swimming test. This floating pattern could be reversed by a specific therapy with monoclonal anti-idiotypic antibody to anti-PR,<sup>11</sup> by IVIG as well as Fluoxetine (Prozac) an anti-depression drug. No response was achieved with anti-psychotic drug. The control mice were not affected in their behavior following the injection of the irrelevant Ig.<sup>12</sup>

The human purified anti-P-R, were shown to bind to CNS structures consisting with the **smell apparatus** (i.e. amygdale, hippocampus and other parts of the limbic systems).

Smell defects characterize bulbectomized (cutting the olfactory nerves) depressive mice,<sup>13</sup> as well as depressive women.<sup>14</sup> Such depression can be overcome by exposing mice and humans to citrus fragrance.<sup>15</sup>

Our studies show for the first time the active induction of a psychiatric condition (i.e. depression) with a specific autoantibody, i.e. **anti-PR**<sup>16</sup> Furthermore the results allude to a novel mechanism to explain the induction of CNS-SLE depression (i.e. involvement of the smell apparatus).

These data may pave the road to a novel approach to depression in CNS-SLE and its therapy as well as in other CNS conditions.<sup>12,17,18</sup>

#### References

1. Gisele Zandman-Goddard, Joab Chapman, Yehuda Shoenfeld. Explosion of autoantibodies involved in neuropsychiatric. SLE and antiphospholipid syndrome. (Submitted to Seminars in Arthritis and Rheumatism, 2006).
2. Eber T, Chapman J, Shoenfeld Y. Anti-ribosomal P-protein and its role in psychiatric manifestations of systemic lupus erythematosus: myth or reality? *Lupus* 2005; 14: 571-575.
3. Gerli R, Caponi L. Anti-ribosomal P protein antibodies. *Autoimmunity* 2005; 38: 85-92.
4. Sun KJ et al. Monoclonal ribosomal P autoantibody inhibits the expression and release of IL-12, TNF-alpha and iNOS in activated RAW macrophage cell line. *J Autoimmun* 2005; 24: 135-143.
5. Nagai T, Arinuma Y, Yanagida T, Yamamoto K, Hirohata S. Anti-ribosomal P protein antibody in human systemic lupus erythematosus up-regulates the expression of proinflammatory cytokines by human peripheral blood monocytes. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 847-855.
6. Karassa FB et al. Accuracy of anti-ribosomal P protein

- antibody testing for the diagnosis of neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: and international meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 312-24.
7. do Nascimento AP, Viana Vdos S, Testagrossa Lde A, Leon EP, Borda EF, Barros Rt, Bonfa E. Antibodies to ribosomal P proteins: a potential serologic marker for lupus membranous glomerulonephritis. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 1568-1572.
  8. Takeda I et al. Anti-ribosomal P antibodies are associated with nephritis, vascular thrombosis and lymphocytopenia in patients with systemic lupus erythematosus. *Fukushima J Med Sci* 2005; 51: 11-18.
  9. Bonfa E, Golombek SJ, Kaufman LD et al. Association between lupus psychosis and anti-ribosomal P protein antibodies. *New Engl J Med* 1987; 317: 265-271.
  10. Showman O, Gilburd B, Barzilai O et al. Evaluation of the BioPlex 2200 ANA screen: analysis of 510 healthy subjects: incidence of natural/predictive autoantibodies. *Ann NY Acad Sci* 2005; 1050: 380-388.
  11. Zhang W, Reichlin M. Production and characterization of a human monoclonal anti-idiotypic to anti-ribosomal P antibodies. *Clin Immunol* 2005; 114: 130-136.
  12. Katzav A, Solodov I, Brodsky O et al. Induction of autoimmune depression in mice by anti-ribosomal P antibodies via the limbic system. *Arthritis Rheum* 2007; 56: 938-948.
  13. Zueger M, Urani A, Chourbaji S et al. Olfactory bulbectomy in mice induces alterations in exploratory behavior. *Neurosci Lett*. 2005; 374: 142-6.
  14. Satoh S, Morita N, Matsuzaki I et al. Relationship between odor perception and depression in the Japanese elderly. *Psychiatry Clin Neurosci* 1996; 50: 2781-2785.
  15. Komori T, Fujiwara R, Tanida M, Nomura J, Yokoyama MM. Effects of citrus fragrance on immune function and depressive states. *Neuroimmunomodulation* 1995; 2: 174-180.
  16. Yoshio T et al. Antiribosomal P protein antibodies in cerebrospinal fluid are associated with neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2005; 32: 334-339.
  17. Zivadinov R, Zorzon M, Monti Bragadin L, Pagliarito G, Cazzato G. Olfactory loss in multiple sclerosis. *Neurol Sci*, 1999; 168: 127-30.
  18. Shoenfeld Y. To smell autoimmunity: Anti-P-Ribosomal autoantibodies, depression, and the olfactory system. *J Autoimmunity* 28: 165-169, 2007.

### **MR5.2 – DEPLEÇÃO DE CÉLULAS B NO TRATAMENTO DO LES – THE USE OF B CELL DEPLETION IN THE TREATMENT OF SLE**

David Isenberg

Centre for Rheumatology Research, Division of Medicine UCL. Londres, Reino Unido.

In the 1950s the chances of surviving SLE was only 50%. In 2008 the fifteen year survival is around 85% thanks to introduction of now standard im-

munosuppressive drugs, renal dialysis and renal transplantation. However, this figure still means that the lupus patient diagnosed aged 20 has a 1 in 7 chance of not surviving beyond 35 and lupus of course continues to cause considerable morbidity as well as mortality.

We live, however, in an exciting age moving from serendipity (many of the drugs we use to treat lupus were given to patients on a very ad hoc basis) to 'sense'. By 'sense' I mean that we have now identified key molecules which are clearly critical to the pathogenesis of the disease and the increasing use of biologic agents to target and block these molecules offers substantial hope for improved treatment for our patients.

Foremost amongst the new biological treatments has been the use of B-cell depletion utilising Rituximab that blocks the CD20 molecule in B-lymphocytes. Although introduced for the treatment of non-Hodgkin's lymphoma, many centres have now reported open studies indicated great utility in this approach. Of the first fifty patients with lupus refractory to conventional therapies that we have treated (with a duration of follow up after treatment of approximately 40 months), we have observed a median time to repopulation of approximately 6 months and significant clinical improvement has been seen in around 80% of these patients. Indeed 47% of them have suffered no further flares. Using the BILAG disease activity index we have demonstrated that B-cell depletion (achieved by a combination of Rituximab 1 g, Cyclophosphamide 750 mg and Methylprednisolone 125-250 mg x 2, two weeks apart) has the capacity to improve lupus clinical features in all organs and systems. We have shown that it is possible to re-treat patients successfully and that anti-dsDNA antibody levels will often be lowered (though usually not normalised) and we are now attempting to identify prognostic markers of patient outcome. Although the results of double blind control trials are awaited it seems highly likely that this approach will prove a major advance in the treatment of lupus.

### **MR5.3 – TERAPÊUTICA ACTUAL DA GLOMERULONEFRITE LÚPICA**

Gomes da Costa

Serviço de Nefrologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

O envolvimento renal do Lúpus Eritematoso Sistémico

mico é uma situação médica em que, com as terapêuticas imunossupressoras actualmente disponíveis, se consegue quase sempre induzir remissão. A excepção é quando o envolvimento renal aparece no contexto de exacerbação da doença com envolvimento multisistémico em que o prognóstico da situação depende muitas vezes do envolvimento de outros órgãos e das complicações infecciosas da terapêutica.

Se na maioria dos doentes é possível induzir remissão da doença renal, existe ainda uma percentagem de doentes que não respondem à terapêutica e para os quais não existem ainda alternativas terapêuticas bem definidas. Outras decisões importantes, para as quais não existem estudos nem análise na maioria das séries, são a da interrupção ou manutenção da medicação imunossupressora uma vez induzida a remissão e o benefício a longo prazo das medidas de protecção renal para o risco associado à hiperfiltração resultante das sequelas da doença renal.

## MR6 – Aspectos Cirúrgicos das Doenças Reumáticas

### MR6.1 – CIRURGIA DA MÃO

Mota da Costa

Unidade de Cirurgia do Punho e Mão – Departamento de Ortopedia e Traumatologia  
Hospital CUF Descobertas – Lisboa – Portugal

Os objectivos do tratamento das deformações do punho e mão reumatóide são os de proporcionar ao doente uma mão funcional para as suas actividades diárias, para isso a correcção deve partir no sentido proximal distal e ser realizada de forma a que com cada intervenção o doente sinta sempre que houve alguma melhoria para a sua função e para a diminuição da dor.

Como o doente reumático vai, normalmente, necessitar de múltiplas correcções cirúrgicas deve-se proceder ao máximo de procedimentos cirúrgicos em cada operação, devendo as intervenções sobre o membro inferior preceder as do membro superior.

Apresentação dos mecanismos de destruição provocados pelo *pannus* reumatóide ao nível dos tendões, ligamentos, articulações e ossos do punho e da mão.

O envolvimento tendinoso ao nível do punho leva muitas vezes a roturas tendinosas dos exten-

sores dos dedos, a tenossinovectomia pode prevenir estas roturas, mas nos casos mais graves há necessidade de proceder a transferências tendinosas para reabilitar a mobilidade dos dedos.

O efeito destabilizador das articulações do punho levam a instabilidade rádio-cubital, rádio-cárpica e médio-cárpica com lapso cárpico. O seu tratamento vai desde a sinovectomia articular, associada muitas vezes a excisão da cabeça do cúbito até à artrodes, passando pelas modernas técnicas de artroplastia.

Ao nível das metacarpofalângicas, a destruição ligamentos colaterais e a destabilização da musculatura intrínseca levam ao desvio cubital dos dedos, os quais muitas vezes não são passíveis de correcção só por reconstrução dos tecidos moles, precisando em muitas situações da realização de artroplastias para corrigir não só a deformação como substituir as articulações lesadas e luxadas.

Já ao nível das interfalângicas proximais as deformações em colo de cisne e botoeira, são deformações graves que necessitam de ser corrigidas previamente ou ao mesmo tempo que se corrige a parte osteo-articular com artroplastia de substituição articular ou mesmo com artrodes, no caso de as metacarpofalângicas estarem a funcionar bem.

Ao nível do polegar é a trapézio-metacarpiana quem muitas vezes se encontra destruída e condiciona posteriormente a conhecida deformação em zigue-zague do polegar, em botoeira ou em colo de cisne. A sua correcção muitas vezes depende da estabilização com artrodes ou artroplastia da T-M e de artrodes da metacarpofalângica e/ou da interfalângica.

### MR6.2 – NEUROCIRURGIA

João Melancia

Serviço de Neurocirurgia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

#### 1. Introdução:

- a. *Artrite reumatóide*
- b. *Espondilite anquilosante*
- c. *Osteoporose*

#### 2. Breve revisão teórica

- a. Etiopatogenia e fisiopatologia das formas de envolvimento da coluna vertebral
- b. Imagiologia

#### 3. Artrite reumatóide e Espondilite anquilosante: terapêutica cirúrgica

- a. Estratégia de abordagem terapêutica-cirúrgica
- b. Indicações e opções cirúrgicas:

- i. Coluna cervical alta
- ii. Coluna cervical sub-axial
- iii. Coluna torácica e lombar

#### 4. Fractura osteoporótica vertebral:

- a. Terapêutica cirúrgica – Cifoplastia

### MR6.3 – ORTOPEDIA

Doutor Jacinto Monteiro

Serviço de Ortopedia do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Os limites da terapêutica conservadora das doenças osteo-articulares, seja ela farmacológica, fisioterápica ou outra, colocam a perspectiva cirúrgica como alternativa necessária para a melhoria do doente.

A cirurgia ortopédica não se esgota contudo na artroplastia, embora a sua indicação seja cada vez mais alargada e abrangente quer a patologias quer a grupos etários mais extremos, numa tentativa de melhoria da qualidade de vida dos doentes em todas as suas vertentes, fundamentalmente em consequência dos desenvolvimentos de novos biomateriais, da melhoria das técnicas cirúrgicas e da menor agressividade das mesmas.

No entanto, a cirurgia conservadora não substitutiva tem vindo a ganhar também mais indicações sobretudo em doentes mais jovens com patologia da cartilagem, desalinhamentos de eixo ou conflitos mecânicos.

Daí a necessidade do doente com patologia osteo-articular seja ela de carácter mecânico, inflamatório ou outro dever ser abordado de uma forma multidisciplinar e integrada com óbvios e reconhecidos ganhos em saúde.

### MR7 – Interface com a Clínica Geral/Medicina Familiar

#### MR7.1 – OSTEOPOROSE NUMA CONSULTA DE CLÍNICA GERAL – ARTICULAÇÃO COM A ESPECIALIDADE

Tânia Pires Silva

Médica de Família na USF Tornada, Caldas da Rainha.

A osteoporose é uma perturbação do esqueleto caracterizada por uma resistência óssea diminuída que predispõe para um risco elevado de fractura e sendo esta a principal consequência clínica da osteoporose, está associada a dor crónica, diminuição da qualidade de vida, morbidade e mortali-

dade significativas.

Sendo o Médico de Família um interlocutor privilegiado na prevenção e diagnóstico da osteoporose, é imprescindível a identificação precoce dos casos que necessitam uma abordagem diferenciada para permitir a referenciação atempada e a partilha de cuidados.

#### MR7.2 – PREVALÊNCIA DE DOENÇA REUMÁTICA NUMA USF

Nuno Sousa

Médico de Família na Unidade de Saúde Familiar do Dafundo

A Unidade de Saúde Familiar do Dafundo (USFD) é constituída por 8 médicos, 7 enfermeiros e 6 administrativos e presta cuidados de saúde a 13500 utentes.

O sistema informático da USFD reporta 1.734 registos de patologias do aparelho músculo-esquelético (capítulo «L» da ICPC-2) inseridas nas listas de problemas dos utentes.

Faz-se uma análise descritiva dos utentes com patologia reumática, contemplando os seguintes aspectos:

1. patologias associadas;
2. consumo de consultas médicas e de enfermagem;
3. referenciações para reumatologia e ortopedia;
4. ausências ao trabalho;
5. prescrição de medicamentos;
6. utilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

#### MR7.3 – ARTICULAÇÃO MGF/REUMATOLOGIA: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DOS HUC.

Luís Inês

Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

O doente com queixas reumáticas deve, em regra, recorrer em primeiro lugar ao seu Médico de Família. Alguns destes doentes necessitam de referenciação e observação prioritárias por Reumatologista.

O Serviço de Reumatologia dos HUC desenvolveu um inquérito específico para referenciação de doentes à Consulta. Este questiona acerca de parâmetros clínicos e complementares essenciais

para a identificação dos casos prioritários. Dos 1.000 pedidos de 1ª Consulta recebidos em 2007, com base na informação contida no inquérito de referenciação, 56% foram considerados prioritários. Por análise do diagnóstico após observação em 1ª Consulta, conclui-se que 93% dos doentes com patologia reumática grave foram correctamente classificados como prioritários.

## MR8 – A Reumatologia Para Além da Articulação – I

### MR8.1 – PELE

Américo Figueiredo

Serviço de Dermatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Embora a divisão da Medicina em especialidades de acordo com os diferentes órgãos ou sistemas envolvidos seja conveniente e organizativo, não deixa de ser também artificial. Os diferentes sistemas interagem e muitas doenças são de interface ou interdisciplinares, quer pelas suas características patológicas mas também pela sua expressão clínica. Sendo a pele facilmente acessível quer à observação física quer à exploração patológica, através de biopsias ou de outros procedimentos como a imunofluorescência, a Reumatologia pode ter de recorrer frequentemente a apoio de dermatologistas, com especial preparação em dermatopatologia e na clínica de doenças com expressão concomitante dermatológica e reumatológica. Apesar das especialidades médicas mostrarem tendência para o se focarem no seu órgão de estudo, a Dermatologia devido à sua antiguidade como especialidade, à sua inter-disciplinaridade própria e mesmo a uma cultura tradicional, tem uma visão multidisciplinar dos doentes. O grupo das doenças auto-imunes inflamatórias crónicas até às chamadas doenças do tecido conjuntivo são os melhores exemplos dessas doenças de interface, onde quer as manifestações reumatológicas, quer as dermatológicas, podem representar frequentemente as características clínicas proeminentes. Elas têm em comum: lesão tecidual inflamatória; tendência para a cronicidade com exacerbações agudas; resposta a altas doses de corticosteróides sistémicos e/ou agentes imunossupressores. Nestas incluem-se: o lúpus eritematoso; a dermatomiosite; a esclerodermia; a doença mista do tecido conjuntivo e as vasculites. A sua heterogeneidade dá lugar a

um vasto leque de quadros clínicos. As lesões cutâneas são importantes marcadores, porque existem correlações específicas entre o quadro clínico, os perfis de auto-anticorpos, o comportamento biológico da doença e o prognóstico. Nalgumas destas, as lesões cutâneas, pelas suas características clínicas podem ser um marcador de diagnóstico (por exemplo no lúpus eritematoso crónico ou discóide, do lúpus sistémico e da dermatomiosite). Em outras as características clínicas marcam o prognóstico (como o lúpus eritematoso sub-agudo e a morfeia). O envolvimento articular pode também ser encontrado em doenças dermatológicas «primárias» tal como a psoríase; algumas infecções podem produzir manifestações cutâneas e articulares, incluindo um número de doenças virussais relativamente comuns, mas também a borreliose de Lyme e o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. A pele é também um dos principais alvos de toxicidade de um grande número de fármacos, particularmente de alguns que são utilizados no tratamento de doenças reumáticas.

Por outro lado, a imunossupressão terapêutica destes doentes está a aumentar, de forma importante, o risco de cancro cutâneo não-melanoma.

### MR8.2 – OLHO

Gil Forte

Serviço de Oftalmologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Lisboa.

### MR8.3 – TIRÓIDE E DOENÇAS REUMÁTICAS

Davide Carvalho

Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Departamento de Medicina. Faculdade de Medicina do Porto, Hospital S. João, Porto.

A tiróide pode ser afectada por doenças autoimunes (DAT) que são algumas das suas mais frequentes patologias: a **tiroidite linfocítica auto-imune** (TA) é a principal causa de hipotiroidismo, em zonas não iodo-carentes, em qualquer grupo etário, sendo no entanto uma doença característica das mulheres pós-menopáusicas; a **doença de Graves** (DG) é a causa mais frequente de hipertiroidismo, sendo mais frequente nas mulheres jovens. As doenças auto-imunes são um grupo complexo de diversas doenças caracterizadas por perda da auto-tolerância e afectando cerca de 5% da população. As doenças autoimunes são multifactoriais, causa-

das por uma interacção de factores genéticos e ambientais. Partilham um certo número de características que sugerem vias ou mecanismos etiológicos comuns. A existência de DAT em doentes com doenças auto-imunes sistémicas com frequentes manifestações articulares, tais como o lúpus eritematoso sistémico (LES), síndrome Sjogren (SS) ou artrite reumatóide (AR) tem sido frequentemente reconhecida. Num estudo de 168 doentes com DAT 58 (35%) tinham anticorpos antinucleares (ANA). Destes, 10% tinham anticorpos antiRo, 12% anti-dsDNA e 12% anticorpos anticardiolipina. Tal parece confirmar o mecanismo patogénico comum. A pesquisa do factor genético subjacente levou ao estudo de famílias com múltiplas doenças auto-imunes, entre as quais AR, LES, diabetes mellitus tipo 1 (DM1), Esclerose múltipla, DAT, AR juvenil, doença inflamatória intestinal, psoríase e SS. O polimorfismo SNP (rs2476601) na tirosina fosfatase intracelular (PTPN22) confere o risco para 4 fenótipos autoimunes separados nestas famílias: DM1, AR, LES e TA. A EM não se associava a este SNP. A associação de polimorfismo PTPN22 com a DG foi também descrita. Uma meta-análise recente de 29 estudos, confirmou que o alelo PTPN22 C1885T confere susceptibilidade para AR, LES, DG e DM1 e artrite juvenil idiopática, que constituiriam um subgrupo destas doenças auto-imunes.

Sob o ponto de vista clínico, estes dados sugerem a necessidade de ser feita uma avaliação cuidadosa da função tiroideia nos doentes com estas patologias. O diagnóstico da TA é feita pela demonstração da presença de anticorpos antitiroideos antiperoxidase ou antimicrosossomais. A doença tem 2 formas: atrófica e com bócio. Diferem na extensão da infiltração linfocítica, fibrose hiperplasia das células foliculares mas não na sua fisiopatologia. Factores humorais e celulares podem contribuir para a lesão da tiróide e para o hipotiroidismo. As células T citotóxicas podem directamente destruir as células tiroi-

deias. Para além disso 90% dos doentes com TA têm concentrações elevadas de autoanticorpos anti-tiroglobulina, anti-peroxidase ou para o transportador Na/I. Estes anticorpos têm pouca ou nenhuma actividade funcional. Muitos têm também anticorpos bloqueadores da acção da TSH no receptor da TSH ou são citotóxicos (quadro 1). Os títulos de anticorpos antiperoxidase estão presentes em 5% dos adultos e em 15% das mulheres idosas. A frequência de hipotiroidismo subclínico é semelhante, e a do hipotiroidismo clínico varia de 0,1 a 2%. O doseamento de TSH e T4 livre permite estabelecer o diagnóstico. Permitem também diagnosticar a tirotoxicose por doença de Graves que será confirmada pelo doseamento dos TRABs (anticorpo anti receptor da TSH).

#### Referências:

- Pyne D, et al. Autoimmune thyroid disease in systemic lúpus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 70-72.
- Perez B, et al. Autoimmune thyroid disease in primary Sjogren's syndrome. *Am J Med* 1995; 99: 480-4.
- Shiroky JB, et al. Thyroid dysfunction in rheumatoid arthritis: a controlled prospective survey. *Ann Rheum Dis* 1993; 52: 454-456.
- Tektonidou MG, et al. Presence of systemic autoimmune disorders in patients with auto-immune thyroid diseases. *Ann Rheum Dis* 2004; 63: 1159-1161.
- Criswell LA, et al. Analysis of families in the multiple autoimmune disease genetics consortium (MADGC) collection; the PTPN22 620W allele associates with multiple autoimmune phenotypes. *Am J Hum Genetics* 2005; 76: 563-571.
- Smith D et al. Replication of an association between the lymphoid tyrosine phosphatase locus (LYP/PTPN22) with type 1 diabetes, and evidence for its role as a general autoimmunity locus. *Diabetes* 2004; 53: 3020-3023.
- Velaga MR et al. The codon 620 tryptophan allele of the lymphoid tyrosine phosphatase (LYP) gene is a major determinant of Grave's disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89: 5862-2865.
- Lee YH. The PTPN22 C1858T functional polymorphism and autoimmune diseases – a meta-analysis. *Rheumato-*

**Quadro I. Prevalência estimada de anticorpos antitiroideos (%)**

	<b>Atc Anti-R TSHR</b>	<b>ATc Anti-Tg</b>	<b>Atc Anti-TPO</b>
População geral	0	5-20	8-27
Doença de Graves	80-95	50-70	50-80
Tiroidite auto-imune	10-20	80-90	90-100
Familiares de doentes TA	0	30-50	30-50
Diabetes Tipo I	0	30-40	30-40
Mulheres grávidas	0	Cerca de 14	Cerca de 14

logy 2007; 46:49-56.

Mariotti S et al. Antithyroid peroxidase autoantibodies in thyroid diseases. *J Clin Endocrinol Metab* 1990;71:661-669.  
 Nordyke RA, et al. The superiority of antimicrobial over antithyroglobulin antibodies for detecting Hashimoto's thyroiditis. *Arch Intern Med* 1993;153: 862-865.  
 Bogner U et al. Thyroid cytotoxic antibodies in atrophic and goitrous autoimmune thyroiditis. *Eur J Endocrinol* 1995;132:69-74.

## MR9 – A Reumatologia Para Além da Articulação – II

### MR9.1 – FÍGADO

Rui Marques dos Santos

Serviço de Medicina III, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

O fígado, um dos mais importantes órgãos do corpo humano, tem com as doenças reumáticas uma relação complexa, obscura, mal compreendida, frequentemente ignorada e por vezes de tipo passional. Após as observações iniciais de incompatibilidade entre a disfunção hepática de hiperbilirrubunemia e sintomas articulares, com tentativas terapêuticas da patologia articular com indução de lesão hepatocitária, identificaram-se hepatopatias como causa de sintomas articulares. O reconhecimento de toxicidade hepática pelos medicamentos usados na terapêutica das doenças reumáticas acentuou o antagonismo, criando desconfiança e obrigando a vigilância. Confirmou-se assim que as alterações das provas de função hepática podem ser uma manifestação das doenças reumáticas, particularmente quando são sistémicas e auto-imunes. A sua descrição, as relações entre o vírus da hepatite C e as doenças reumáticas, e uma referência ao problema da hepatotoxicidade constituem o objecto da apresentação.

### MR9.2 – A REUMATOLOGIA E O CORAÇÃO

Paulo Nicola

Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

«It has often been said that the way to live a long life is to acquire rheumatism».

Com esta frase Sydney Cobb iniciou o seu estudo, publicado em 1953 no *New England Journal of Medicine*, demonstrando a existência de excesso de mortalidade em doentes com artrite reumatói-

de e contradizendo esta crença popular.

Desde cedo se compreendeu que as doenças cardíacas são dos principais contribuintes para este excesso de mortalidade.

No entanto, desde os estudos anatomo-patológicos descrevendo uma frequência de lesões vasculares, valvulares e miocárdicas superior à esperada, até ao modelo actual, que compreende o processo aterosclerótico como inflamatório, várias décadas de investigação decorreram.

Que reflexos teve este progresso na saúde dos doentes com artrite reumatóide? Serão os regimes terapêuticos actuais capazes de evitar este excesso de mortalidade? Será sentido monitorizar parâmetros inflamatórios em doentes assintomáticos? Como se deve considerar o risco cardiovascular em doentes com artrite reumatóide? E relativamente a outras doenças reumáticas?

Estas questões serão contextualizadas e discutidas nesta apresentação, tendo em conta resultados pertinentes da investigação e das recomendações clínicas nesta área.

### MR9.3 – RIM

Dr. Fernando Abreu

Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

O Rim pode ser afectado em patologias sistémicas que usualmente são motivo de seguimento em Reumatologia mas pode igualmente ser causa de patologia músculo-esquelética, a denominada osteodistrofia renal da Doença Renal Crónica (DRC). Por outro lado o Rim pode também sofrer as consequências dos fármacos utilizados no controlo das patologias osteoarticulares.

Sendo o principal órgão depurativo do organismo, o Rim é extremamente vascularizado, a sua circulação sanguínea é característica e constitui parte integrante do seu parênquima. Por este motivo é afectado nas doenças sistémicas em que há lesão inflamatória da parede vascular mediada por auto-anticorpos ou por complexos imunes, como por exemplo nas vasculites ou no lúpus eritematoso sistémico. As vasculites mediadas por ANCA's manifestam-se por glomerulonefrite rapidamente progressiva (GNRP) e habitualmente têm boa resposta à imunossupressão com corticoterapia e ciclofosfamida sendo por vezes necessário associar plasmáfereze. A nefrite lúpica pode ter múltiplas apresentações variando desde a hematuria e/ou proteinúria ligeira e assintomática até ao síndro-

me nefrótico ou à GNRP. A biopsia renal para além de excluir outras complicações renais, confirma o diagnóstico e estadia a doença (Classificação da Sociedade Internacional de Nefrologia, 2004) o que tem implicações prognósticas e terapêuticas. Actualmente o seu tratamento baseia-se na corticoterapia associada ou não a ciclofosfamida ou micofenolato de mofetil. Existem outras nefropatias em contexto de patologias sistémicas nomeadamente glomerulonefrite membranosa e amiloidose na artrite reumatóide, glomerulonefrite mesangial proliferativa e microangiopatia trombótica na esclerodermia assim como nefrite tubulointerstitial crónica no Síndrome de Sjogren, na sarcoidose e na hiperuricemia crónica associada ou não a artrite gotosa.

Na DRC há alteração da regulação da homeostasia do cálcio e do fósforo o que determina o desenvolvimento do hiperparatiroidismo secundário com consequentes patologia óssea (osteíte fibrosa) e calcificações dos tecidos moles nomeadamente vasculares, o que tem significativo impacto na morbilidade destes doentes. O tratamento está preconizado desde a fase pré-dialítica e inclui intervenções dietéticas, quelantes do fósforo assim como vitamina D (ou análogos) e calcimiméticos. Em casos particulares (hiperparatiroidismo terciário) a paratiroidectomia pode estar indicada. Alguns doentes em diálise podem desenvolver outras complicações músculo-esqueléticas, nomeadamente doença óssea adinâmica, osteomalácia ou amiloidose da diálise por deposição de beta-2 microglobulina.

Os fármacos utilizados no controlo de patologias osteoarticulares podem ter efeitos adversos não desprezíveis a nível renal. É conhecida a associação dos AINE's com a insuficiência renal aguda, particularmente em doentes com hipovolemia real (desidratação nomeadamente secundária a diuréticos) e/ou efectiva (por exemplo na insuficiência cardíaca). Estes fármacos podem também originar nefrite intersticial alérgica ou síndrome nefrótico por lesões mínimas. Os sais de ouro podem igualmente cursar com síndrome nefrótico por glomerulonefrite membranosa. O uso continuado de analgésicos pode originar a nefropatia dos analgésicos, uma doença tubulointerstitial crónica que corresponde à DRC secundária a fármacos de maior prevalência, estimando-se ser responsável por cerca de 5 a 20% dos doentes em terapêutica substitutiva da função renal nos países desenvolvidos.

Por último deve-se ter sempre em consideração que nos doentes com insuficiência renal pode ser

necessário adaptar a posologia dos fármacos, de forma a minimizar os seus efeitos adversos, ou pode mesmo estar contraindicada a sua utilização caso haja grave deterioração da função renal.

DIA 4 DE ABRIL DE 2008

## MR10 – Osteoporose

### MR10.1 – CONSEGUIREMOS BATER AS TERAPÊUTICAS ACTUAIS? NOVOS ALVOS TERAPÊUTICOS. – CAN WE BEAT THE CURRENT THERAPIES? NEW THERAPEUTIC TARGETS.

Tim Spector

Twin Research & Genetic Epidemiology Unit, St. Thomas' Hospital and Kings College. Londres, Reino Unido.

We currently have good treatments for the prevention of osteoporotic fractures available to us. The market is led by the bisphosphonates which can be given weekly, three monthly or yearly by oral or IV route. All these drugs reduce spine fractures by 30-50% but only three of them also reduce non-vertebral fractures by around 20-35%. They work mainly by reducing osteoclast activity and binding and reducing bone turnover.

SERMs also affect osteoclasts but have a weaker effect on BMD and have not been shown to affect non vert fractures. Strontium Ranelate acts in a different way and mildly affects bone formation and resorption and has a similar fracture benefit to the best bisphosphonates. PTH injections are anabolic-increasing osteoblasts and has a stronger protective effect on vertebral fractures but not elsewhere.

The problems with current treatments are primarily poor compliance, due to side effects (e.g GI problems with Alendronate), possible long term detrimental effects due to suppression of bone turnover and the fact that patients often need to be on drug for 20 years, as well as the costs of injection therapies.

New drugs such as RankL inhibitors and better SERMs will also have a role as well as using our current drugs in combination or in series over different time periods.

### MR10.2 – RECOMENDAÇÕES DA SPR PARA O DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA DA OSTEOPOROSE

Viviana Tavares

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

A osteoporose (OP) e as fracturas que lhe estão associadas representam um grave problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência, às consequências médicas que acarretam, à diminuição da qualidade de vida e aos custos económicos e sociais que comportam.

A correcta abordagem da OP deve ter como principal objectivo a redução das fracturas através, não só da manutenção da resistência óssea, fomentando a obtenção de um bom pico de massa óssea e prevenindo a perda óssea acelerada, mas também reduzindo ou eliminando os factores que contribuem para o aumento da frequência das quedas nos idosos. A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas (SPODOM), elaborou um conjunto de recomendações para a abordagem da OP que visam atingir esses objectivos através de práticas clínicas validadas que permitam uma utilização eficaz dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis.

Nestas recomendações, que utilizam a definição operativa de OP da OMS, baseada na quantificação da densidade mineral óssea (DMO) avaliada por absorciometria radiológica de dupla energia (DEXA), são definidos os critérios para realização desta técnica que, por ser um método de baixa sensibilidade, deve ser utilizada apenas para identificar o indivíduo em risco e não para rastreio populacional indiscriminado.

O objectivo da avaliação clínica na OP é, não só determinar a existência de baixa massa óssea, como identificar os indivíduos com elevado risco fracturário, pelo que é necessário averiguar e valorizar os factores de risco mais importantes e independentes da massa óssea (em particular, idade superior a 65 anos, fractura de fragilidade prévia, história de fractura da anca nos progenitores, terapêutica corticóide sistémica prévia, menopausa precoce ou hipogonadismo).

A prevenção da OP visa a obtenção de um bom pico de massa óssea e deve ser feita através da identificação e correcção precoce dos factores de risco modificáveis, principalmente dos que se relacionam com o estilo de vida (hábitos alimentares e actividade física). A avaliação e a correcção de factores de risco para as quedas e outros traumatismos mínimos é fundamental para a prevenção de fracturas de fragilidade.

No que respeita à terapêutica farmacológica da osteoporose existem hoje fármacos que, para além de aumentarem a DMO, permitem reduzir signifi-

cativamente o risco de fractura. Os fármacos aprovados para a terapêutica da OP são os bifosfonatos, o ranelato de estrôncio, o raloxifeno, a calcitonina, os suplementos de cálcio e de vitamina D e a teriparatida. A escolha do fármaco a utilizar em cada caso deve ser baseada nas características e risco fracturário do doente e no perfil do fármaco, tentando obter a melhor relação custo-benefício.

### MR10.3 – NOVO CONCEITO DE RISCO DE FRACTURA DA OMS

José Carlos Romeu

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

A morbidade, e mesmo mortalidade, associadas à fractura osteoporótica e o aumento da sua incidência pelo envelhecimento da população e «estilos de vida» nos países ocidentais e nos de «economias emergentes» do oriente e do sul da América, com os decorrentes custos sócio-económicos, obrigam a que se coloque a osteoporose como um dos alvos prioritários das políticas das autoridades de saúde nacionais e supranacionais.

A par de medidas aplicáveis à generalidade da população no sentido de promover um osso saudável resistente à fractura e da prevenção das quedas e suas consequências, as intervenções tendo como alvo aqueles com risco aumentado de fractura, e que podem incluir a intervenção farmacológica, devem considerar, em termos de ganhos em saúde, a optimização da relação custo-eficiência das mesmas.

Num tempo em que, conhecidos os factores de risco de osteoporose, é possível identificar aqueles com riscos acrescidos de fractura, e num tempo em que estão disponíveis terapêuticas eficazes na prevenção das fracturas osteoporóticas (vertebrais e não-vertebrais, incluindo as do fémur proximal), torna-se necessário que se defina claramente «quem tratar», para que não se deixe de tratar quem precisa e não se «trate» quem não precisa.

Na classificação operacional da OMS,<sup>1</sup> traduzindo a correlação de um dos componentes da fragilidade óssea, a mensurável quantidade óssea, com o risco de fractura subjacente ao conceito de osteoporose,<sup>2,3</sup> esta define-se por uma densidade mineral óssea (DMO) igual ou superior a 2,5 desvios-padrão (DP) abaixo da DMO de uma população adulta jovem ( $score-T \leq -2,5$ ), sendo classificada como estabelecida ou grave se acompanha-

da de fractura osteoporótica. Esta classificação permite classificar como osteoporóticas cerca de 16% das mulheres pós-menopáusicas (quando medida por densitometria radiológica de dupla energia – DEXA – a nível do fémur proximal), um número próximo do risco «para o resto da vida» de fractura da anca numa mulher de 50 anos.

Contudo, não existe um limiar (*cut-off*) de DMO que separe com precisão quem vai fracturar de quem não sofrerá fractura, uma vez que o risco de fractura aumenta de forma contínua com a diminuição da DMO e os factores implicados na ocorrência da fractura são múltiplos e independentes. Assim, um valor de DMO com  $score-T \leq -2,5$  (osteoporose) traduz um risco elevado de fractura mas não a obrigatoriedade dessa ocorrência, tal como um valor normal de DMO traduz um menor risco mas não garante a não ocorrência de fractura. Globalmente, a maioria das fracturas ocorrem, porque também em maioria, em «não osteoporóticos» ( $score-T > -2,5$ ), traduzindo a baixa sensibilidade da DMO para detectar aqueles com risco de fractura.<sup>4,5,6</sup>

Reflectindo esta realidade, em que o limiar da DMO que classifica, de acordo com os critérios da OMS, um indivíduo como osteoporótico não deve constituir-se em limiar para a decisão terapêutica, as *guidelines* de referência para o tratamento da osteoporose estabelecem que a terapêutica farmacológica deve ser considerada em função de vários factores de risco independentes para fractura, onde se incluem, entre outros e para além da DMO, a idade, a presença de fracturas de fragilidade prévias, a história familiar de fractura osteoporótica e a terapêutica com glicocorticóides,<sup>7</sup> permitindo assim que aqueles com factores de risco de fractura osteoporótica, apesar de uma DMO «não osteoporótica» ( $score-T > -2,5$ ), possam ser alvo de uma intervenção terapêutica eficaz na redução do risco de fractura. Esta abordagem é tanto mais adequada dadas, para além da evidência da eficácia da terapêutica em ensaios incluindo doentes seleccionados por apresentarem fracturas prévias (sem DMO como critério de inclusão ou incluindo doentes com  $score-T > -2,5$ ), as observações que sugerem a eficácia do tratamento em doentes com  $score-T$  superiores a  $-2,5$ .<sup>8,9,10</sup>

O risco relativo (RR), que conceptualmente se refere à associação independente entre 2 variáveis (no caso, entre a variável factor de risco (FR) de fractura e a variável acontecimento fractura), embora importante na definição dos factores de ris-

co, e das suas magnitudes relativas, para o acontecimento, é de pouca utilidade na prática clínica, nomeadamente no que se refere à decisão de intervenção clínica, porque, apresentando o risco como relativo (o risco de fractura comparado com o mesmo numa população do mesmo sexo e raça que não apresenta o FR), não engloba a informação sobre a dimensão absoluta do risco do acontecimento. Adicionalmente, paradigma da problemática da aplicação do conceito de risco relativo na decisão terapêutica, podendo mesmo contribuir para a tornar pouco intuitiva, é o facto de, para uma dada DMO, o RR de fractura diminuir com a idade, uma vez que mais indivíduos tem osteoporose, quando o risco absoluto de fractura, mesmo ajustado para a DMO, aumenta com a idade.<sup>11</sup>

Disto decorre a necessidade de se criar um novo conceito de risco de fractura que, aplicável à prática clínica, permita avaliar de forma mais real o risco e, desse modo, também contribua para a decisão sobre a intervenção terapêutica.

O novo conceito de risco de fractura da OMS preconiza a expressão do risco de fractura em termos absolutos, a probabilidade de fractura num período de tempo sobreponível ao da utilização ou do efeito previsível das intervenções farmacológicas (10 anos), probabilidade de fractura essa determinada em função da idade, da esperança de vida e da presença de outros factores de risco.

De acordo com este novo conceito, a idade e a DMO, factores de risco de fractura independentes, assumem uma relevância marcada na avaliação da probabilidade de fractura. Assim, se a probabilidade de fractura da anca em um período de 10 anos aumenta, para a mesma idade, com a diminuição da DMO medido no colo do fémur (por exemplo, pelos 50 anos, de 0,2% na mulher com  $score-T=0$  para 1,8% na com  $score-T=-2,5$ , e pelos 80 anos, de 0,8% na mulher com  $score-T=0$  para 11,3% na com  $score-T=-2,5$ ), a probabilidade de fractura para um mesmo período de tempo aumenta igualmente de forma significativa, para a mesma DMO, com a idade (por exemplo, para um  $score-T=-2,5$ , de 1,8% na mulher com 50 anos para 11,3% na com 80 anos, com uma redução, efeito da diminuição da esperança de vida, para 9,5% aos 85 anos).<sup>12</sup>

Adicionalmente, outros factores de risco para a fractura osteoporótica, desde que independentes da idade e da DMO, validados em múltiplas populações, ajustados para a idade, sexo e tipo (local) de fractura, e intuitivos e de fácil avaliação na prática clínica, podem otimizar a determinação da probabi-

lidade de fractura em termos absolutos de acordo com este novo conceito de risco de fractura. Incluem-se nestes factores de risco, a fractura de fragilidade prévia, a história familiar de fractura da anca, o tabagismo, o uso de glicocorticóides, a osteoporose secundária e o consumo excessivo de álcool.

Desde modo, considerando a probabilidade de fractura em determinado período de tempo dependente de cada um dos factores de risco, poder-se-á processar uma integração dos mesmos para a determinação individual da probabilidade de fractura naquele mesmo período em função da idade, DMO e presença ou ausência de outros factores de risco.

A elaboração de um algoritmo de determinação da probabilidade de fractura em função dos diferentes factores de risco, que obrigatoriamente deverá integrar as interações de cada um deles no risco determinado pelo(s) outro(s), poderá criar um instrumento com maior sensibilidade, sem redução da sua especificidade, na avaliação individual do risco de fractura. Para tal torna-se necessário que esse instrumento, para além de validado nas populações a aplicar, seja, pela sua racionalidade, intuitivamente utilizável na prática clínica.

Este mesmo instrumento de avaliação individual de probabilidade de fractura obrigará, consequentemente, à definição do nível de probabilidade de fractura a partir do qual a intervenção, leia-se tratamento farmacológico, é custo-efectiva. A complexidade desta questão resulta das múltiplas variáveis implicadas nessa definição, desde as prioridades nas políticas de saúde, sobretudo dependentes de argumentos económicos, às metodologias de avaliação da relação custo-eficiência das intervenções. Avaliações do tipo «custo por ano de vida ganho» ou «custo por fractura evitada», dados os diferentes tipos de fracturas osteoporóticas, com diferentes morbilidade, custo de tratamento e mortalidade, não parecem adequadas para se constituírem, em exclusividade e para a globalidade das fracturas, um modelo fidedigno de avaliação. Será preferível a avaliação do «custo por ano de vida ajustado pela qualidade» (*quality-adjusted life-year*, QALY), combinando os anos de vida perdidos com a qualidade de vida, que poderá permitir a comparação entre diferentes entidades patológicas e o estabelecimento das prioridades das políticas de saúde.

Este novo conceito de risco de fractura, com a sua potencial aplicação à prática clínica, permitirá uma maior racionalidade da resposta à questão «Osteoporose: Quem tratar?».

#### Referências:

1. World Health Organization Study Group. Assessment of Fracture Risk and its Application to Screening for Postmenopausal Osteoporosis. Geneve, Switzerland: WHO; 1994
2. Consensus development conference: diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. *Am J Med* 1993; 94:464:650.
3. National Institutes for Health. Consensus Development Panel on Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA* 2001; 285:785-795.
4. Schuit SC, van der Klift M, Weel AE et al. Fracture incidence and association with bone mineral density in elderly men and women: the Rotterdam Study. *Bone* 2004; 34: 195-202.
5. Siris ES, Miller PD, Barret-Connor E et al. Identification and fractures outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women. *JAMA* 2001; 286:2815-2822.
6. Siris ES, Chen Y-T, Abbott TA et al. Bone mineral density thresholds for pharmacological intervention to prevent fractures. *Arch Intern Med.* 2004; 164:1108-1112.
7. Sociedade Portuguesa de Reumatologia e Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas. Recomendações para o diagnóstico e terapêutica da osteoporose. *Acta Reumatol Port.* 2007; 32: 49-59.
8. Quandt SA, Thompson DE, Schneidner DL, Nevitt MC, Black DM. Effect of alendronate on vertebral fracture risk in women with bone mineral density T scores of -1.6 to -2.5 at the femoral neck: the Fracture Intervention Trial. *Mayo Clin Proc* 2005; 80: 343-349.
9. Roux C, Reginster J-Y, Fechtenbaum J et al. Vertebral fracture reduction with strontium ranelate in women with postmenopausal osteoporosis is independent of baseline risk factors. *J Bone Miner Res.* 2006; 21: 536-542.
10. Kanis JA, Johnell O, Black DM et al. Effect of raloxifene on the risk of new vertebral fracture in postmenopausal women with osteopenia or osteoporosis: reanalysis of the Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation Trial. *Bone* 2003; 33: 293-300.
11. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Jonsson B, Dawson A, Dere W. Risk of hip fracture in Sweden according to relative risk: An analysis applied to the population of Sweden. *Osteoporos Int* 2000; 11:120-127.
12. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Dawson A, De Laet C, Jonsson B. Ten years probabilities of osteoporotic fractures according to BMD and diagnosis thresholds. *Osteoporos Int* 2001; 12:989-995.

## MR11 – Artrite Reumatóide

### MR11.1 – TRATAR HOJE A AR: OS FINS JUSTIFICAM OS MEIOS? A VISÃO DO REUMATOLOGISTA

Jaime C. Branco

Serviço de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa.

**MR11.2 – TRATAR HOJE A AR: OS FINS JUSTIFICAM OS MEIOS? PERSPECTIVA DE CUSTO-EFECTIVIDADE.**

Vasco Maria  
Presidente do INFARMED.

**MR11.3 – TERAPÊUTICA PERSONALIZADA DA AR – TAILORING RA TREATMENT**

Paul Peter Tak  
Division of Clinical Immunology and Rheumatology.  
Academic Medical Center, University of Amsterdam.  
Amesterdão, Holanda.

**MR12 – RISCO CARDIOVASCULAR DAS DOENÇAS REUMÁTICAS****MR12.1 – ATEROSCLEROSE E INFLAMAÇÃO**

José Manuel Silva  
Serviço de Medicina II, Hospitais da Universidade de  
Coimbra, Coimbra.

**MR12.2 – ABORDAGEM DAS DISLIPIDEMIAS NO DOENTE REUMÁTICO**

Víctor Gil, MD  
Serviço de Cardiologia do Hospital Fernando Fonseca.  
Núcleo de Investigação e Educação Médica do  
Hospital Fernando Fonseca. Faculdade de Medicina  
da Universidade de Lisboa

A doença aterotrombótica é responsável pela maior parte das mortes nos países desenvolvidos. Os valores elevados de colesterol total e da lipoproteína de baixa densidade associada ao colesterol (LDL) são os principais factores responsáveis pelo desenvolvimento da aterosclerose. Numerosos estudos epidemiológicos estabeleceram a relação entre os valores de LDL e o risco de eventos cardiovasculares subsequentes e os ensaios de fármacos hipolipemiantes mostraram inversamente um maior grau de redução do risco quanto mais baixos os valores de LDL atingidos. As normas de orientação clínica geradas pelas principais organizações científicas internacionais clarificaram os alvos terapêuticos a atingir, os quais são tanto mais exigentes quanto maior o risco subjacente. Assim, no topo superior desse risco encontram-se os doentes com doença coronária conhecida ou com doença coronária-equivalente (outra doença vascular ou diabetes) para os quais são recomendados

valores especialmente baixos de LDL de acordo com a demonstração de paragem ou regressão da aterosclerose em doentes de alto risco quando esses valores são atingidos.

A relação entre inflamação, imunidade e aterosclerose tem vindo a ser clarificada e marcadores inflamatórios sistémicos como a PCR têm vindo a ser demonstrados como possuindo peso prognóstico equivalente ou mesmo superior ao do próprio colesterol quanto futuros eventos cardiovasculares. Alguns algoritmos de decisão sugerem mesmo que se adopte uma estratégia terapêutica mais agressiva quando esses marcadores estejam presentes.

É sabido que doenças inflamatórias crónicas como as doenças reumáticas, de que o paradigma é a artrite reumatóide, se associam a um risco cardiovascular aumentado. Os mecanismos subjacentes a este facto encontram-se sob a mira de activa investigação actual mas é especulável que a activação sistémica da inflamação promova o desenvolvimento da aterosclerose. Seriam, assim, diferentes faces duma mesma moeda em que o denominador comum seria a inflamação. Nesta perspectiva, possuindo estes doentes um risco cardiovascular mais elevado, poderá fazer sentido colocá-los, à semelhança de outros grupos de alto risco, num patamar que poderá beneficiar de estratégias mais agressivas de tratamento hipolipemiente, propondo para eles alvos terapêuticos semelhantes aos definidos para esses grupos.

**MR12.3 – HTA**

Dr. Vítor Ramalinho  
Serviço de Medicina I, Hospital de Santa Maria,  
Lisboa.

**MR13 – LMERT – Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho****MR13.1 – LMERT – QUAL O PAPEL DO MÉDICO DO TRABALHO.**

Maria Fátima Lopes  
Médica do Trabalho; Secretária da Assembleia Geral da  
Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho

As lesões músculo-esqueléticas relacionadas (ou ligadas) ao trabalho-LMERT, incluem um vasto

grupo de patologias, que podem ser definidas como síndromes de dor crónica, localizadas a uma ou mais regiões do corpo, afectando muito frequentemente a região cervical e os membros superiores, ocorrendo no contexto de desenvolvimento de uma dada actividade profissional.

Nas últimas décadas do século XX, as LMERT adquiriram um importância considerável nos EUA, na Europa e também no resto do mundo. Na Europa, no ano de 1995, um estudo piloto da Eurostat identificou as LMERT entre as dez doenças mais prevalentes de origem profissional.

Entre nós, o aparecimento de casos de lesões músculo-esqueléticas é frequente na prestação de cuidados de saúde em Clínica Geral/Medicina Familiar, sendo, no entanto, pouco frequente o estabelecimento de relação etiológica com os factores de natureza profissional e colocando questões relacionadas com a capacidade/incapacidade, quer temporária, quer absoluta para o trabalho.

O médico do trabalho é, no entanto, frequentemente o primeiro (e por vezes o único observador) da ocorrência de efeitos nocivos dos factores de risco ligados ao trabalho sobre as estruturas músculo-esqueléticas.

É também o médico do trabalho que reúne melhores condições para perceber precocemente a relação entre factores de risco profissionais e o aparecimento de queixas relacionadas com o trabalho, em trabalhadores expostos.

A vigilância de saúde dos trabalhadores realiza-se no âmbito da Medicina do Trabalho, como processo de obtenção, análise e interpretação de dados, permite a caracterização do estado de saúde individual de saúde e do grupo de indivíduos, o estabelecimento da relação com a exposição a factores de risco profissionais, permitindo perspectivar/programar a prevenção dos efeitos adversos do trabalho sobre o indivíduo exposto ou pelo menos diminuir esse risco.

O diagnóstico precoce e a adopção de outras medidas de prevenção são indispensáveis para travar a evolução das LMERT e prevenir o aparecimento de novos casos.

Os trabalhadores afectados devem beneficiar o mais rapidamente possível de tratamento adequado (prevenção secundária) e serem afastados (temporariamente ou permanentemente) dos factores profissionais de risco, de modo a permitir uma boa recuperação dos seu estado de saúde. Em muitos casos, existem ou permanecem limitações que vão condicionar processos de recolocação temporária

ou permanente, ou mesmo, em casos limites, a necessidade de reconversão profissional.

Este aumento da prevalência das LMERT, exige um incremento da abordagem multidisciplinar, integrada, das diferentes áreas específicas de intervenção, médicas e não médicas, de modo a implementar medidas úteis e atempadas de aplicação de programas de prevenção, de diagnóstico e tratamento adequados.

### **MR13.2 – LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO (LMERT) – A VISÃO DO REUMATOLOGISTA**

Luís Miranda

Instituto Português de Reumatologia

Numa sociedade em permanente transformação assistimos nas últimas décadas ao surgimento de numerosas situações de doenças músculo-esqueléticas que na sua génese está uma situação laboral.

Embora possa parecer um dado resultante dum tecido laboral mais tecnológico e portanto de surgimento recente, tal não é verdade. As LMERT foram descritas já no Século XVIII por Ramazini, o pai da Medicina do Trabalho, e o que assistimos nos dias de hoje é, por um lado, a um maior número de tarefas e profissões que podem desencadear as LMERT, por outro a uma maior visibilidade e impacto no tecido produtivo das empresas.

Os quadros clínicos que chegam ao Reumatologista são diversos, embora na sua maioria possam ser incluídos nos reumatismos abarticulares e nos síndromes canaliculares

Ao Reumatologista depara-se, muitas vezes, um quadro cujo diagnóstico é eminentemente clínico mas que deve ser igualmente da situação laboral. Ou seja, apesar dum correcto diagnóstico, as medidas terapêuticas terão uma grande probabilidade de falhar se não for feito um diagnóstico em termos de situação laboral (e das actividades de lazer). Os exames complementares de diagnóstico não assumem, ao contrário de outras patologias, um cariz tão fundamental; contudo, o papel da ecografia de partes moles e da eletromiografia não pode ser desprezado, quando ajustado às suspeitas clínicas.

Os objectivos da terapêutica das LMERT incluem:

- a) alívio da dor;
- b) redução da incapacidade.

Duma forma geral, pode afirmar-se que a inter-

venção terapêutica deve incluir:

- a) correcção dos factores causais identificados;
- b) utilização de fármacos;
- c) reabilitação precoce.

A intervenção farmacológica inclui o recurso a analgésicos, AINE por via sistémica ou transdérmica e/ou a utilização de infiltrações locais com corticosteróides associados ou não a anestésicos locais.

A ligação estreita ao Médico do trabalho tem obrigatoriamente de ser estabelecida e em conjunto com este desenhada uma estratégia que permita a correcção dos factores causais laborais. Um ponto importante será não rotular de causada pela profissão uma suspeita apenas, dadas as implicações que tal afirmação, quando pouco fundamentada, tem para os doentes. Em Portugal, a perspectiva de doença laboral tem erradamente um cariz de reforma a curto prazo, por parte dos doentes e uma incomodidade por parte dos empregadores que são de todo indesejáveis. Contudo, cabe ao Médico do Trabalho, mas igualmente ao Reumatologista (ou outro especialista), o envio para as entidades responsáveis do processo de um doente que se determine com algum grau de certeza que o quadro clínico tenha uma causa laboral. Tal não ocorre e as estatísticas nacionais não repercutem de forma clara a verdadeira dimensão do problema.

A verdadeira dimensão do impacto destas patologias em consulta de Reumatologia está ainda por determinar, mas grande número destas patologias na consulta de especialidade terão certamente um componente laboral.

### MR13.3 – LMERT- PAPEL DO ERGONOMISTA NA PREVENÇÃO

Maria Filomena Carnide,  
Faculdade de Motricidade Humana, Universidade  
Técnica de Lisboa

As lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) constituem, actualmente, um problema mundial, quer do ponto de vista da saúde, quer social e económico. São observadas tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos e nos mais diversos sectores de actividade. Por esta razão, as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, têm constituído objecto de diversas investigações e debates, particularmente no que respeita às possibilidades de prevenção

deste tipo de problema.

Em Portugal escasseiam dados sobre a prevalência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho. Porém, isto não nos permite concluir que, no nosso país, o problema não possa assumir as mesmas tendências evolutivas referidas nos restantes países.

É possível constatar que as medidas adoptadas para a prevenção destes problemas não têm alcançado o sucesso esperado. Uma das possíveis razões para tal insucesso deve-se ao facto daquelas incidirem apenas sobre um aspecto particular do problema, concentrando-se em factores particulares, isolados, ignorando o problema básico, ou seja, a concepção do sistema de trabalho. A abordagem ergonómica pode assumir, assim, um contributo para a melhoria da saúde músculo-esquelética no trabalho.

A gama de métodos disponíveis para a avaliação da exposição aos factores de risco varia desde os métodos de julgamentos subjectivos até medidas directas quantitativas. À medida que evoluímos nesta escala, o nível de exactidão da análise, bem como de qualidade dos resultados aumenta. Quer se trate de factores físicos (exposição mecânica), quer de factores psicossociais relacionados com o trabalho, não existe um método perfeito para identificar e medir factores de risco. A decisão sobre os métodos a adoptar deve ser tomada com base no contexto de trabalho e na actividade a estudar, do nível de exactidão e precisão pretendida, do nível de qualidade exigida dos resultados, dos custos e dos recursos disponíveis.

O carácter multifactorial destas patologias, conduziram-nos à definição de uma abordagem metodológica estratificada, que representa um compromisso entre as várias abordagens apresentadas na literatura específica, a saber:

1. um primeiro nível – **despiste**, onde é efectuada uma análise qualitativa dos principais factores de risco presentes em todas as situações de trabalho, a partir de métodos observacionais de fácil e rápida aplicação no terreno (*checklists*), e na análise das taxas de lesões músculo-esqueléticas, a partir dos métodos de julgamentos subjectivos (questionários de sintomas) e das bases de dados de vigilância da saúde. Neste nível, os resultados obtidos serão, por um lado, um cenário do risco global presente nas várias situações analisadas, permitindo estabelecer prioridades de análises mais detalhadas e, por outro, o cálculo de taxas de prevalência e/ou incidência de lesões

músculo-esqueléticas associadas.

2. um segundo nível – **análise sistemática de situações** identificadas como **problemáticas**, em resultado da análise dos dados do nível 1, igualmente qualitativa, com recurso a métodos de observação sistemática mais precisos, de aplicação directa ou retrospectiva, de análise dos factores de risco, e meios de diagnósticos de sintomas e lesões músculo-esqueléticas igualmente mais precisos (anamnésicos e exames clínicos). Em resultado, obtém-se um melhor conhecimento dos factores de risco que estão na origem do desenvolvimento e/ou agravamento de determinadas lesões músculo-esqueléticas, facilitando a tomada de decisão relativamente às medidas de transformação do trabalho.

3. um terceiro nível – **quantificação da exposição** de um conjunto de situações, que pela natureza dos riscos presentes, da especificidade das situações e das soluções a tomar, requerem o recurso à aplicação de medidas directas, englobando um número restrito de tarefas ou operações e a participação de especialistas.

Estes níveis de análise sucedem-se no espaço e no tempo, não devendo ser ultrapassados ou reorganizados. É nossa convicção de que tal abordagem integrada de avaliação da exposição constitui o caminho correcto para a prevenção, a partir de uma compreensão global e integradora do trabalho desenvolvido e portanto, a via de transformação do trabalho eficaz

## MR14 – Reumatologia, Psiquiatria e Neurociências

### MR14.1 – MANUAL DO SONO PARA REUMATOLOGISTAS

António Atalaia

Hospital Inglês, Lisboa.

#### 1. Reumatologia e Sono

- a. Encruzilhada
- b. Doenças reumatológicas que incluem queixas de sono
- c. Doentes reumatológicos com queixas de sono

#### 2. Reumatologia e Sono

- a. As doenças reumáticas podem coexistir com doenças de sono
- b. A dor inflamatória induz alterações do sono
- c. As terapêuticas (eg, CE) podem perturbar o sono

d. Algumas doenças reumáticas podem ter manifestações características na esfera do sono

#### 3. Sono e Reumatologia

- a. Alterações de sono podem induzir dor músculo-esquelética

#### 4. Reumatologia e Sono

- a. Fibromialgia (alpha EEG *sleep*, alpha delta *sleep*, K-alpha *sleep*)
- b. Lúpus Eritematoso Disseminado
- c. Artrite Reumatóide
- d. Síndrome de Sjogren – forma primária

#### 5. Reumatologia e Sono

- a. Doentes reumatológicos com queixas de sono
- b. Distúrbio Respiratório do Sono Nocturno -
- c. Sonolência Diurna Excessiva
- d. Insónia inicial e intermédia
- e. Roncopatia
- f. Apneias / Sufocação Nocturna
- g. Dormir agitado
- h. Os arousals SDB podem facilitar a expressão de Parassónias
- i. Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono no Adulto. Critérios ISCD2 (*International Classification of Sleep Disorders*): A+B+D ou C+D

a. A

(1) Doente queixa-se de episódios em que adormece involuntariamente de dia, refere sonolência diurna, sono não reparador, cansaço ou insónia

(2) O doente acorda de noite sufocado, com falta de ar

(3) A(o) parceira(o) de cama refere roncopatia intensa, paragens respiratórias ou ambas

b. B

(1) A PSG mostra

(a) 5 ou mais apneias/hipopneias por hora

(b) Evidência de esforço respiratório durante parte ou a totalidade da duração das apneias/hipopneias

OU

c. C

(1) A PSG mostra

(a) 15 ou mais apneias/hipopneias por hora

(b) evidência de esforço respiratório durante parte ou a totalidade da duração das apneias/hipopneias

d. D

(1) A doença não é melhor explicada por outra entidade de sono, médica ou neurológica ou pelo uso/abuso de medicamentos ou substâncias.

## 6. Reumatologia e Sono

- a. Doentes reumatológicos com queixa de sono
- b. Síndrome de Pernas Inquietas

### a. Critérios ISCD2 (*International Classification of Sleep Disorders*)

- (1) O paciente refere a necessidade de mexer as pernas, habitualmente acompanhada de sensação desconfortável nas pernas
- (2) A necessidade de mexer as pernas ou a sensação de desconforto começam ou pioram durante os períodos de inactividade ou repouso, quando o paciente se encontra sentado ou deitado
- (3) A necessidade de mexer as pernas ou a sensação de desconforto começam ou pioram no fim do dia ou durante a noite
- (4) A condição não é melhor explicada por outra doença de sono, médica, neurológica ou psiquiátrica, nem pelo uso/abuso de medicamentos ou substâncias.

### c. Movimentos Periódicos do Sono

- (a) Insónia
- (b) Cansaço matinal
- (c) Cefaleias matinais
- (d) Irritabilidade
- (e) Dificuldade de concentração

### d. Em doenças reumatológicas encontramos maioritariamente formas secundárias destas síndromes

## 7. Reumatologia e Sono

- a. Doentes Reumatológicos com Outras Doenças
  - a. Insónia associada a doença médica
  - b. Insónia associada a doença mental
  - c. Insónia associada a abuso crónico de hipnóticos ou outras substâncias
  - d. Higiene de Sono Inadequada

### Referências:

1. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders- Diagnostic and Coding Manual. Second Edition ed. Westchester, IL 60154, USA: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
2. Benca RM, Ancoli-Israel S, Moldofsky H. Special considerations in insomnia diagnosis and management: depressed, elderly, and chronic pain populations. *J Clin Psychiatry* 2004; 65 Suppl 8:26-35.
3. Buchwald D, Sullivan JL, Leddy S, Komaroff, AL. "Chronic Epstein-Barr virus infection" syndrome and polymyalgia rheumatica. *J Rheumatol* 1988; 15:479-482.
4. C-ote KA, Moldofsky H. Sleep, daytime symptoms, and cognitive performance in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997; 24:2014-20.
5. Iaboni A, Ibanez D, Gladman DD, Urowitz MB, Moldofsky H. Fatigue in systemic lupus erythematosus: contributions of disordered sleep, sleepiness, and depression. *J Rheumatol* 2006; 33:2453-7245.
6. MacFarlane JG, Shahal B, Mously C, Moldofsky H. Periodic K-alpha sleep EEG activity and periodic limb movements during sleep: comparisons of clinical features and sleep parameters. *Sleep*. 1996; 19:200-204.
7. May KP, West SG, Baker MR, Everett DW. Sleep apnea in male patients with the fibromyalgia syndrome. *Am J Med* 1993; 94:505-508.
8. Moldofsky H. Fibromyalgia, sleep disorder and chronic fatigue syndrome. *Ciba Found Symp*. 1993; 173:262-271; discussion 272-279.
9. Rheumatic pain modulation syndrome: the interrelationships between sleep, central nervous system serotonin, and pain. *Adv Neurol* 1982; 33:51-57.
10. Sleep and pain. *Sleep Med Rev* 2001; 5:385-396.
11. Moldofsky H, Lue FA. The relationship of alpha and delta EEG frequencies to pain and mood in 'fibrositis' patients treated with chlorpromazine and L-tryptophan. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1980; 50:71-80.
12. Moldofsky H, Lue FA, Smythe HA. Alpha EEG sleep and morning symptoms in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1983; 10:373-379.
13. Moldofsky H, Scarisbrick P. Induction of neurasthenic musculoskeletal pain syndrome by selective sleep stage deprivation. *Psychosom Med* 1976; 38:35-44.
14. Moldofsky H, Scarisbrick P, England R, Smythe H. Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with "fibrositis syndrome" and healthy subjects. *Psychosom Med*. 1975; 37:341-351.
15. Moldofsky H K. Disordered sleep in fibromyalgia and related myofascial facial pain conditions. *Dent Clin North Am* 2001; 45:701-713.
16. Roizenblatt S, Moldofsky H, Benedito-Silva AA, Tufik S. Alpha sleep characteristics in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2001; 44:222-230.
17. Terzano MG, Parrino L, Sherieri A et al. Atlas, rules, and recording techniques for the scoring of cyclic alternating pattern (CAP) in human sleep. *Sleep Med*. 2001; 2:537-553.
18. Walker J, Gordon, T, Lester S et al. Increased severity of lower urinary tract symptoms and daytime somnolence in primary Sjogren's syndrome. *J Rheumatol*. 2003; 30:2406-2412.
19. Whelton CL, Salit I, Moldofsky H. Sleep, Epstein-Barr virus infection, musculoskeletal pain, and depressive symptoms in chronic fatigue syndrome. *J Rheumatol*. 1992; 19:939-943.
20. White KP, Speechley M, Harth, M, Ostbye T. The London Fibromyalgia Epidemiology Study: comparing the demographic and clinical characteristics in 100 random community cases of fibromyalgia versus controls. *J Rheumatol*. 1999; 26:1577-1585.
21. Wolfe, F, Aarflot, T, Bruusgaard, D et al.. Fibromyalgia and disability. Report of the Moss International Working Group on medico-legal aspects of chronic widespread musculoskeletal pain complaints and fibromyalgia. *Scand J Rheumatol*. 1995; 24:112-118.

**MR14.2 – PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO À REUMATOLOGIA**

Lúcia Monteiro

Unidade de Psiquiatria do IPO Lisboa

A Psiquiatria de Ligação é a subespecialidade da Psiquiatria que estuda e trata os problemas psicológicos e os síndromes psiquiátricos presentes em doentes com outras doenças somáticas; a adaptação psicológica à doença reumática é condicionada por *stressores* major como a dor crónica, a incapacidade funcional, a deformidade, o absentismo e mais custos sociofamiliares e económicos. Ao longo do processo crónico da doença, são frequentes as reacções disfuncionais de adaptação e as descompensações psiquiátricas, sobretudo depressivas. Por seu lado, a depressão vai condicionar no doente reumático, percepções desfavoráveis do controlo, da autoeficácia e do autoconceito, bem como atitudes negativas de *coping* que tendem a agravar a qualidade de vida e a evolução global da doença.

Apesar da elevada prevalência de psicopatologia associada à doença reumática crónica (cerca de 30%) e do seu impacto desfavorável na qualidade de vida do doente, a sua identificação e o tratamento eficaz pelos médicos assistentes é bastante deficiente.

Nesta apresentação, salientamos alguns factores psicossociais e síndromes psiquiátricos comuns em doenças reumáticas crónicas como a artrite reumatóide, a osteoartrose, a fibromialgia e a lombalgia comum; focamos as situações e sintomas de risco que permitem ao médico de família e/ou reumatologista um melhor *screening* da patologia psiquiátrica concomitante e clarificam-se os critérios de referenciação para consulta de Psiquiatria.

Numa perspectiva biopsicossocial e com o objectivo de proporcionar ao doente reumático um tratamento multidisciplinar integrado, serão abordadas várias formas de referenciação à consulta de Psiquiatria e os modelos possíveis de Psiquiatria de Ligação nas actuais Unidades de Reumatologia.

**MR14.3 – PSICONEUROIMUNOLOGIA EM REUMATOLOGIA**

Rui Mota-Cardoso

Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do Porto

**3 Hipóteses:**

1. O sistema imunitário pode *sentir* estímulos que não são reconhecidos pelos sistemas nervoso central e periférico (bactérias, tumores, vírus,

antigénios) e que, sem ele, passariam despercebidos. O reconhecimento de tais estímulos não cognitivos pelos imunócitos é convertido em informação, sob a forma de hormonas peptídeas, linfoquinas e monoquinas, as quais, através do sistema neuroendócrino, provocam alterações fisiológicas» (Blalock, 1989).

2. «Reciprocamente, o reconhecimento pelos sistemas nervoso central e periférico de estímulos cognitivos pode resultar numa informação hormonal idêntica, transmitida aos (e reconhecida pelos) receptores hormonais dos imunócitos, pelo que uma alteração imunológica pode ocorrer» (Blalock, 1989).
3. Os circuitos neuronais do *stress* são essencialmente os mesmos, seja a fonte do *stress* interna ou externa, fisiológica ou psicológica. A estimulação da resposta imunitária inata quer aos agentes infecciosos quer aos agentes *stressantes* activa os mesmos circuitos imunocerebrais. Estes evoluíram da defesa mediata contra os agentes infecciosos e da dorlência para mais tarde cooptarem a resposta mediata de fuga-luta ao *stress* (Maier, 1998).

**3 Processos:**

1. Inflamação.
2. Resposta Imunitária.
3. Estados Emocionais.

**3 Mediadores:**

1. Citoquinas pró-inflamatórias.
2. Substância P.
3. Noradrenalina.

**2 Patologias:**

1. Dor crónica.
2. Doenças Inflamatória crónica.

**MR15 – Ginecologia e Obstetrícia – Gravidez e Doenças Reumáticas****MR15.1 – LÚPUS E GRAVIDEZ.**

Luísa Pargana,\* Susana Capela\*\*

\* Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, Lisboa

\*\* Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

A gravidez em mulheres com Lúpus Eritematoso

Sistémico é uma situação de risco, associada a uma incidência aumentada de complicações materno-fetais, pelo que a vigilância durante esse período deve decorrer em centro terciário e por equipa multidisciplinar.

É frequente ocorrer aumento de actividade da doença durante a gestação sendo que na maioria dos casos esta é de reduzida gravidade e de fácil controlo.

A gravidez em mulheres com LES tem menor taxa de complicações quando a doença está em fase de remissão (há mais de 6 meses). Pelo contrário, a presença de síndrome antifosfolipidico ou de nefrite lupica associam-se a graves complicações maternas e fetais.

Os autores avaliam a evolução materna e o desempenho obstétrico das gestações vigiadas na Unidade de Medicina Materno-Fetal do HSM, a partir de uma análise retrospectiva dos processos de consulta e internamento de grávidas com LES vigiadas nesta Unidade, entre os anos 1989 e 2007.

Apresentam o Protocolo de seguimento destas grávidas na Unidade.

No âmbito do LES abordam-se aspectos relacionados com a Fertilidade e a Contraceção.

#### MR15.2 – ESCLEROSE SISTÉMICA E GRAVIDEZ

Miguel Tuna,\* Luísa Pargana,\* Mónica Centeno,\*\* Luísa Pinto,\* Paula Gonçalves,\* Cláudia Araújo,\* Conceição Cardoso,\* Catarina Resende,\*\* Susana Capela,\*\* Ana Rodrigues,\*\* Aurora Marques\*\*  
Consulta de Medicina Materno-Fetal, Hospital de Santa Maria:

\*Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução

\*\* Serviço de Reumatologia.

A gravidez na Esclerose Sistémica (ES) pode ocorrer sem qualquer complicação, com boa evolução materno-fetal.

A ES é uma doença sistémica, com um largo espectro clínico e com graus variáveis de envolvimento de órgãos.

Questões relacionadas com o impacto da doença na gravidez, interações da gravidez na doença e a sua influência no desenvolvimento fetal não estão claramente definidas.

Considera-se fundamental a avaliação em consulta pré-concepcional com discussão dos potenciais problemas e a vigilância em consultas de alto risco obstétrico por uma equipa multidisciplinar.

Grávidas com ES tipo difuso tem pior prognóstico (maior risco de complicações cardio-pulmonares e renais) sendo aconselhável não engravidarem até estabilização da doença.

Conclui-se que, embora a gravidez possa ser considerada, esta tem de ser bem planeada, devendo no seu decurso existir uma monitorização extremamente cuidadosa, particularmente para a crise renal.

Os autores descrevem alguns casos clínicos com diferentes evoluções materno-fetais e seguidamente apresentam o Protocolo de seguimento destas grávidas na Unidade.

#### MR15.3 – FÁRMACOS EM REUMATOLOGIA.

##### SUAS IMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ.

Luísa Pinto,\* Luísa Pargana,\* Mónica Centeno,\* Miguel Tuna,\* Paula Gonçalves,\* Cláudia Araújo,\* Conceição Cardoso,\* Ana Rodrigues,\* Susana Capela,\*\* Catarina Resende,\*\* Aurora Marques\*\*

Consulta de Medicina Materno-Fetal, Hospital de Santa Maria:

\*Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução;

\*\*Serviço de Reumatologia.

As doenças reumatológicas apresentam uma elevada prevalência nas mulheres em idade fértil. Assim, torna-se fundamental que os reumatologistas tenham ideias claras relativamente às potenciais complicações decorrentes da utilização dos fármacos prescritos neste contexto, neste grupo de mulheres.

Relativamente aos fármacos com risco teratogénico, é da maior importância que quando necessária a sua utilização, a mulher seja devidamente informada e orientada para uma consulta de planeamento familiar, de forma a evitar a necessidade de uma interrupção médica de gravidez, com todas as consequências que esta acarreta, em termos físicos e psicológicos.

No entanto, no decurso da gestação, alguns destes fármacos poderão e deverão ser utilizados, desde que se tenham conhecimentos actualizados acerca dos problemas inerentes a cada grupo farmacológico. Deste modo conseguir-se-à o controlo da doença de base, minorando os efeitos fetais secundários à sua utilização. Nesta intervenção abordaremos os principais problemas obstétricos relacionados com os vários grupos farmacológi-

cos utilizados em Reumatologia.

Focaremos ainda a eventual esterilidade resultante da utilização de alguns destes fármacos em mulheres com desejo de fertilidade futura.

DIA 5 DE ABRIL DE 2008

## **MR16 – O Futuro da Reumatologia – As Bases de Dados da SPR**

### **MR16.1 – AS BASES DE DADOS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA.**

João Eurico Fonseca

Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa.

A variabilidade da evolução das doenças e da resposta às terapêuticas criou dificuldades históricas na definição dos padrões clínicos típicos de cada uma das entidades nosológicas e também na precisão das melhores opções terapêuticas. Estes problemas foram obviados pelo desenho de estudos epidemiológicos e de ensaios clínicos envolvendo um grande número de doentes que permitiram «normalizar» a variabilidade. A área das doenças Reumáticas conheceu, nos últimos anos, um enorme desenvolvimento das opções terapêuticas disponíveis, em grande medida resultantes da aplicação da biotecnologia à génese de novos medicamentos. Apesar de introdução destes novos fármacos ter obedecido ao tradicional desenho dos ensaios clínicos, a maioria das novas indicações e dos principais efeitos adversos dependeram de observações realizadas já após a introdução dos fármacos no mercado. Embora algumas contribuições para este edifício de conhecimento sobre as novas terapêuticas na reumatologia tenham tido alguns contributos da Reumatologia Portuguesa, através de séries de casos e de registos transversais de colaboração nacional, a verdade é que a qualidade da informação colhida desta forma é muito limitada. A única forma de elevar o padrão da informação colhida e de permitir simultaneamente uma melhoria da qualidade da prática clínica, é através da criação de bases de dados nacionais, com funcionalidades de processo clínico electrónico. Os reumatologistas portugueses deram esse passo em frente ao terem apostado numa estrutura profissionalizada, envolvendo um epidemiologista e dois informáticos, que permitiu criar uma base de dados de doentes com artrite reumatóide

sob terapêutica biológica (BioRePortAR) e está a criar uma base de dados de doentes com espondilartropatias sob terapêutica biológica (BioRePortEA) e um registo nacional de doentes com artrite reumatóide (ReAR).

### **MR16.2 – CONSENSOS SOBRE O METOTREXATO.**

L. Costa, M. Bogas, A. F. Mourão, P. Machado, M. J. Santos, J. E. Fonseca, J. A. P. Silva, H. Canhão

O metotrexato (MTX) é um dos fármacos mais utilizados actualmente no tratamento das doenças reumáticas inflamatórias. No entanto, surgem frequentemente dúvidas no seu manuseamento, para as quais não é fácil encontrar respostas na literatura.

Com o objectivo de estabelecer recomendações internacionais para o uso do metotrexato, foi criado um grupo multinacional com a participação de reumatologistas de 17 países, incluindo Portugal, denominado «3e initiative in rheumatology» (3e – experience, experts, exchange). Este grupo elaborou 10 questões para as quais foi feita uma pesquisa sistemática da literatura e que serão a base para a elaboração das recomendações internacionais. Cada país tinha a possibilidade de acrescentar mais alguma questão que gostasse de responder e Portugal seleccionou mais 3 questões, que foram distribuídas por 3 internos que fizeram a revisão sistemática da literatura. Numa reunião aberta a todos os reumatologistas nacionais todas as questões foram discutidas para a elaboração de recomendações nacionais para o uso do metotrexato tendo sido elaboradas 13 recomendações nacionais.

O grupo internacional, numa última reunião, discutirá as 17 versões que resultaram das reuniões dos vários países e redigirá as recomendações finais internacionais.

### **MR16.3 – BASE DE DADOS IBERO-AMERICANA DE DOENTES COM ESPONDILOARTROPATIAS.**

Eduardo Collantes Estévez

Serviço de Reumatologia, Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, Espanha.



**ENCONTROS COM  
O ESPECIALISTA**

## ENCONTROS COM O ESPECIALISTA

DIA 2 DE ABRIL DE 2008

**ECE1 - ERROS COMUNS EM REUMATOLOGIA**

José Canas da Silva, Ana Cordeiro  
Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta,  
Almada

DIA 3 DE ABRIL DE 2008

**ECE2 - COMO UTILIZAR ADEQUADAMENTE OS EXAMES LABORATORIAIS EM REUMATOLOGIA**

Paulo Coelho, Manuela Parente  
Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

Os exames laboratoriais têm um papel importante na avaliação complementar das doenças reumáticas, principalmente das que têm envolvimento sistémico. Além da sua participação no diagnóstico diferencial, alguns destes exames laboratoriais são importantes no seguimento e na detecção de iatrogenia ligada ao tratamento das doenças osteo-articulares.

Nestes «encontros com o especialista» iremos abordar a utilização dos exames laboratoriais em reumatologia numa perspectiva da abordagem da medicina geral e familiar como «primeira linha» da avaliação do doente reumatológico.

- Hemograma: As doenças reumáticas inflamatórias acompanham-se muitas vezes de uma **Anemia Inflamatória**
    - Normocítica normocrómica
    - Hb 9-10 gr/dl
    - ↓Ferro, N ↓ Transferrina, N ↑ Ferritina
- |                    | Ferro | Transferrina | Ferritina |
|--------------------|-------|--------------|-----------|
| • An. Inflamatória | ↓     | N↓           | N↑        |
| • An. Ferropénica  | ↓     | ↑            | ↓         |

A anemia que acompanha os síndromes inflamatórios é muitas vezes **multifactorial**:

Perdas sanguíneas; Déficit nutricional; Infecções; Anemia hemolítica auto-imune; Hemodiluição; Supressão por fármacos.

– **Leucocitose com Neutrofilia**, pode acompanhar: Quadro infeccioso; Doença de Still; Vasculites; Cor-

ticoterapia.

– **Leucopénia**: Causa iatrogénica (+); Doença Reumática (LES – leucopénia com linfopénia), Síndrome Felty (leucopénia com neutropénia).

– **Trombocitose** faz parte do síndrome inflamatório.

– **Trombocitopénia**: Causa iatrogénica; Auto-imune (anti-corpos antiplaquetários no LES, SAF).

• **Proteínas de fase aguda** - São substâncias proteicas de síntese hepática induzidas por:

**Inflamação**; Necrose tecidual.

São numerosas e de origem diversa: Factores de coagulação, fibrinogénico; Factores do complemento; Haptoglobina; **PCR e VS**

**Velocidade de Sedimentação**

- De fácil execução e baixo custo
- Varia com o hematócrito e com a idade
- Em Reumatologia utilizada para monitorização da terapêutica na AR (alguns doentes) e PMR/ACG
- Não tão eficaz para a monitorização do LES e Espondilartropatias

Factores que aumentam a VS: Idade; Gravidez; Anemia; Gamapatia; Infecções; Neoplasias; DI e sistémicas; Hipercolesterolemia

Factores que diminuem a VS: Poliglobulia; Drepanocitose; Esferocitose; Microcitose; Leucocitose; Crioglobulinemia; Hipofibrinogenemia; Corticoterapia

**Proteína –C-Reactiva**

- Utilizada sensivelmente nas mesmas condições que a VS
- Mais sensível às mudanças terapêuticas
- Mais dispendiosa e de execução técnica mais delicada
- Interessa o título (pedir sempre «doseada»)
- No LES a positividade pode indicar Infecção ou serosite

**Electroforese de Proteínas**

- Permite diferenciar as proteínas pelo seu peso molecular
- Muito útil para rastrear uma hiperγglobulinemia

mono ou policlonal

- **Síndrome inflamatório agudo**
  - Hipoalbuminemia ligeira
  - ↑ α2-globulinas (por vezes ↑ α1-globulinas)
- **Síndrome inflamatório crónico**
  - Hiperglobulinemia policlonal

Doença	Calcemia	Fosforemia	Fosf.Alcalina	Calciúria 24 Horas
Osteoporose	N	N	N	N↑
Osteomalácia	N↓	↓	↑	↓
Hiperparatiroidismo	↑	↓	↑	↑
Osteodistrofia renal	↓	↑	↑	↓
Metástases ósseas	N↑	N↑	↑	↑
Doença de Paget	N	N	↑	↑
Hipoparatiroidismo	↓	↑	N	N↓

### Auto-anticorpos

#### FACTORES REUMATÓIDES

- Definição: Imunoglobulinas, normalmente da classe IGM contra o fragmento Fc das IGG
- Presentes em pelo menos 75-80% dos casos de AR, nalguma fase da doença
- No início podem ser negativos
- Permite dividir nosologicamente em Poliartrites sero+ (pior prognóstico) e sero-
- Único marcador serológico que faz parte dos critérios do ACR para o diagnóstico da Artrite Reumatóide

**Não é** um marcador específico, aparecendo também em: Infecções (endocardite); Hipergamaglobulinemias; Outras doenças auto-imunes; Na população idosa saudável (>20% em >65 anos!); RA Test + sensível - >1/80; Waaler-Rose + específico da AR.

Considerações importantes:

- Verificar sempre o título - títulos baixos provavelmente não têm significado.
- Factores Reumatóides positivos, não é igual a AR
- Factores Reumatóides negativos não excluem AR
- Outros marcadores com interesse: anticorpos anti-ccp (mais específicos para AR)

**Anticorpos Antinucleares (ANA):** Presentes no LES (90-95% dos casos) e noutras conectivites; Infecções crónicas (malária, parasitas, vírus); D. malignas; D. hematológicas; D. hepática crónica e pulmonares; Induzidos por drogas

Considerações importantes:

- Presentes igualmente em pessoas saudáveis:
- Positivo em mulheres do que em homens
  - com a idade (20 a 25% em > 60 anos)
  - em familiares de doentes com d. auto-imunes
- Interessa sempre o título (sem significado se <1/80)
- O tipo de padrão pode ser importante para su-

gestão de diagnóstico

**Ácido úrico:** Considera-se que o valor de ácido úrico no sangue se encontra elevado quando é superior a 7 mg no sexo masculino e 5 mg no sexo feminino. Deve-se corrigir a hiperuricémia quando existe quadro clínico de gota, valores superiores a 9 mg ou cristalúria.

**Metabolismo fosfocálcico:** A avaliação básica do metabolismo fosfocálcico inclui doseamento de cálcio sérico e urinário, fósforo e fosfatase alcalina sérica.

Podemos ainda considerar outras causas de hipercalcemia isolada: hipertiroidismo, doença de Addison, sarcoidose, tuberculose, imobilização prolongada ou utilização de fármacos como as tiazidas ou lítio. Como outras causas de hipocalcemia a excluir: hipotiroidismo e pseudo-hipotiroidismo, hipoalbuminemia. Ainda como outras causas de hipofosforemia: perdas intestinais e tubulopatias.

### ECE3 – COMO IDENTIFICAR PRECOCEMENTE UMA ARTRITE

José Pinto, José Miguel Bernardes

Serviço de Reumatologia do Hospital de São João, Porto

### ECE4 – COMO IDENTIFICAR PRECOCEMENTE UMA ESPONDILOARTROPATIA

Helena Santos,\* Fátima Godinho\*\*

\*Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

\*\*Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada

A Espondilite Anquilosante (EA) é uma doença reumática inflamatória crónica, que atinge sobretudo adultos em idade jovem, condicionando um impacto importante na vida destes doentes.

A doença é frequentemente diagnosticada vá-

rios anos após o início dos sintomas, existindo um atraso diagnóstico médio de 8-10 anos. Para este atraso contribui o aparecimento tardio da sacroileíte radiográfica, que constitui um pré-requisito para estabelecer o diagnóstico.

É importante reconhecer que a fase inicial de inflamação da coluna vertebral - Espondiloartropatia axial - e o estado mais tardio já com alterações radiológicas típicas - Espondilite anquilosante - fazem parte de uma mesma doença em diferentes fases de evolução.

Definir uma Espondiloartropatia axial sem critérios definidos de sacroileíte (EA pré-radiológica) é no entanto muito difícil e altamente baseada na experiência clínica do médico.

A importância do diagnóstico precoce prende-se com vários aspectos: o impacto psicológico e funcional é substancial desde os estadios iniciais da doença; evita custos desnecessários em exames complementares; permite começar o tratamento adequado precocemente sabendo-se que, nomeadamente os fármacos antagonistas do TNF $\alpha$ , são mais eficazes nos estádios mais precoces da doença; a evolução é mais favorável.

Vários autores têm tentado estabelecer critérios e algoritmos diagnósticos baseados em aspectos clínicos, parâmetros analíticos e critérios radiológicos, alguns com recurso à RMN; no entanto, no fulcro do diagnóstico precoce de uma Espondiloartropatia axial está o reconhecimento do sintoma geralmente mais relevante, a lombalgia inflamatória.

Pretende-se nesta sessão destacar a importância do diagnóstico precoce e os aspectos mais relevantes para efectuar esse diagnóstico. Apresentam-se alguns casos clínicos em que se pretende que sejam colocados em prática essas noções.

#### **ECE5 – COMO IDENTIFICAR PRECOCAMENTE UMA DOENÇA REUMÁTICA SISTÉMICA**

Luís Inês,<sup>\*</sup> Cândida Silva<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.

<sup>\*\*</sup>Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

As Doenças Reumáticas Sistémicas (DRS) constituem um grupo de patologias inflamatórias e autoimunes, que podem afectar qualquer órgão ou sistema e são potencialmente muito graves.

No final desta sessão, os participantes devem ser capazes de:

1. Enunciar o conceito geral de DRS;
2. Enunciar a importância da identificação precoce das DRS;
3. Identificar manifestações clínicas sugestivas de DRS;
4. Estabelecer estratégia de avaliação diagnóstica do doente com suspeita clínica de DRS;
5. Avaliar o significado clínico da positividade dos anticorpos anti-nucleares;
6. Avaliar o significado clínico do fenómeno de Raynaud;
7. Definir o papel do Médico de Família na monitorização do doente portador de DRS.

DIA 4 DE ABRIL DE 2008

#### **ECE6 – ABORDAGEM CLÍNICA DA GOTA**

Armando Malcata,<sup>\*</sup> Margarida Oliveira<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

<sup>\*\*</sup>Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar da Cova da Beira, Covilhã.

A gota é uma artropatia metabólica comum, cuja prevalência se estima em cerca de 1%. A incidência aumenta com a idade e atinge o pico máximo entre a 4<sup>a</sup> e a 6<sup>a</sup> década de vida nos homens. No sexo feminino a doença é rara antes da menopausa.

A hiperuricemia pode decorrer de um aumento de produção de ácido úrico, redução da sua excreção renal ou ambas. Pode ser idiopática, ou secundária a diversas condições patológicas ou medicamentosas.

Em termos clínicos a hiperuricemia significa risco acrescido dum indivíduo vir a sofrer de gota ou litíase renal.

O espectro clínico da gota inclui, após um período, em geral de longa duração, de hiperuricemia assintomática, o surgimento da artrite gotosa, no início monoarticular aguda, como compromisso preferencial pelas articulações distais dos membros, auto-limitada, recorrente e com intervalos intercríticos assintomáticos. Posteriormente, pode evoluir para uma fase de crises oligo ou mesmo poliarticulares, mais frequentes, mais duradouras e, porventura, com intervalos já não perfeitamente assintomáticos. O surgimento de tofos e de lesões destrutivas, tipificam a gota tofácea crónica e, no rim, a deposição dos cristais de monourato na medula renal, condiciona o desenvolvimento de insuficiência renal crónica.

10 a 42% dos doentes com gota tem nefrolitíase. Elevada uricúria e pH urinário baixo são factores de risco para o seu desenvolvimento.

Distinta das anteriores, não dependendo de hiperuricemias mantidas, a nefropatia do ácido úrico caracteriza-se por uma uropatia obstrutiva aguda, por deposição maciça de cristais de ácido úrico nos túbulos renais levando a insuficiência renal aguda (surge mais em doentes desidratados e aquando de tratamentos citostáticos, determinando elevadíssima produção de ácido úrico).

O diagnóstico da gota baseia-se na clínica e na identificação de cristais, intra-articulares.

O tratamento compreende o da crise de gota aguda, e, quando esta se torna recorrente, a correcção do distúrbio metabólico subjacente, de forma a evitar novas crises, bem como a evolução para gota tofácea crónica e insuficiência renal. A abordagem correcta implica a identificação e possível correcção doutras alterações metabólicas eventualmente presentes, numa intervenção integrada de correcção de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis.

#### **ECE7 – QUANDO PEDIR E COMO INTERPRETAR UMA DENSITOMETRIA ÓSSEA**

Eugénia Simões,<sup>\*</sup> Viviana Tavares<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

<sup>\*\*</sup>Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada

Nesta sessão teórico-prática serão apresentadas algumas noções teóricas sobre densitometria óssea e as suas indicações na avaliação da osteoporose. Através da apresentação e discussão de casos clínicos pretende-se que os participantes conheçam as indicações para pedir uma densitometria óssea, saibam integrar o seu valor na avaliação de risco fracturário e na monitorização posterior da terapêutica.

#### **ECE8 – OS FALSOS DIAGNÓSTICOS DE FIBROMIALGIA NA CLÍNICA GERAL**

##### ***A Fibromialgia***

Fernando Saraiva

Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa

A fibromialgia (FM), pode ser definida como uma forma não articular e não inflamatória de reuma-

tismo, caracterizada por dores músculo-esqueléticas generalizadas e por múltiplos pontos dolorosos à palpação digital. Frequentemente associa-se a rigidez prolongada, fadiga, perturbações do sono e a distúrbio afectivo e, quando não concomitante com outras entidades clínicas, caracteriza-se pela normalidade do restante exame objectivo e dos exames complementares de rotina.

A etiopatogénese da FM é, basicamente, desconhecida. Pensa-se que da interacção de múltiplos processos, num terreno genético propício, resultará uma nocicepção perturbada, com as consequências hiperalgesia e alodinia crónicas.

Os objectivos do tratamento da FM são diminuir a dor, melhorar o sono e a condição física e promover a re-inserção laboral e nas actividades de lazer. A terapêutica deverá sempre incluir a informação do doente, geralmente também o tratamento medicamentoso, frequentemente a terapêutica fisioterápica e, ocasionalmente, também a terapêutica cognitivo-comportamental. É essencial considerar cada doente como uma unidade bio-psico-social, ou seja, como um ser único e distinto. Assim, só um tratamento individualizado, verdadeiramente feito à medida de cada um, poderá ser bem sucedido.

#### ***Os diagnósticos diferenciais da Fibromialgia***

Herberto Jesus

Unidade de Reumatologia, Centro Hospitalar do Funchal, Funchal, Madeira.

Na prática clínica a complexidade e a exuberância sintomática sentida pelo paciente, desencadeiam no técnico de saúde uma necessidade premente e visceral de diferenciar a Fibromialgia de outras patologias. A certeza do diagnóstico rotula o paciente «ad vitam» e determina uma actuação clínica precisa e duradoura.

A fibromialgia é um diagnóstico de exclusão, implicando um exercício estruturado de Diagnóstico Diferencial (DD).

A procura de pistas indica-nos o bom caminho; assim, a fibromialgia caracteriza-se pela ausência de parâmetros clínicos e séricos de inflamação, pela ausência de síndrome febril, pela ausência de lesão orgânica, por um bom estado geral num contexto bio-psico-social muito próprio.

A presença destas alterações (inflamação, febre, lesão orgânica) implica como causa outra patologia que não a fibromialgia.

Assim, o DD de fibromialgia inclui um caleidoscópio de patologias do foro músculo-esquelético, neurológico, psiquiátrico, endocrinológico e infecciológico.

No foro músculo-esquelético as patologias padrão para o DD são os síndromes de sobreposição (o síndrome de fadiga crónica, o síndrome da dor miofascial, o «stress pós-traumático») e os «reumatismos inflamatórios».

No foro neurológico as patologias padrão para o DD são a doença de Parkinson, as neuropatias periféricas, a miastenia *gravis* e as miopatias.

No foro psiquiátrico a patologia padrão para o DD é a depressão. Cerca de 1/4 dos pacientes com fibromialgia apresentam sintomas de depressão.

No foro endocrinológico a patologia padrão para o DD é o hipotiroidismo.

No foro infecciológico as patologias padrão para o DD são a infecção por *Borrelia burgdorferi*, *Eps-tein Barr*, *Citomegalvirus*, *Parvovirus* B19, VIH e o vírus da hepatite.

Nestas patologias o diagnóstico baseia-se na clínica e/ou em exames complementares.

A tentativa de rotular um paciente com o diagnóstico de fibromialgia, sem iniciar um processo de descoberta de outras patologias com aspectos clínicos semelhantes, pode implicar erros graves de diagnóstico e de prognóstico. Em Medicina a incerteza é sinónimo de erro. O diagnóstico correcto determina uma redução nítida de custos directos e indirectos e contribui para uma prestação de cuidados mais refinada e coerente, ou seja para uma melhor Qualidade em Medicina.

### ECE9 – EXERCÍCIO FÍSICO NAS DOENÇAS REUMÁTICAS – QUANDO E COMO?

Alves de Matos,<sup>\*</sup> Sérgio Alcino Azevedo<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup>Serviço de Reumatologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa

<sup>\*\*</sup>Serviço de Reumatologia, Hospital Conde de Bertiandos, Centro Hospitalar do Alto Minho, Ponte de Lima

A prática de exercício físico aeróbico regular de baixa e moderada intensidade propicia benefícios a curto e longo prazo aos doentes que sofrem de doenças reumáticas. Nestas incluem-se a gonartrose, a lombalgia comum, a espondilite anquilosante, a artrite reumatóide, a fibromialgia, a osteoporose e a propensão para as quedas.

Nestes doentes, o exercício melhora a condição

cardiovascular, aumenta a força muscular e a flexibilidade, mantém ou aumenta a densidade mineral óssea, diminui a ansiedade e a depressão, reduz a fadiga, melhora os níveis de actividade física e social, diminui a dor e deixa intacta ou reduz mesmo a actividade das doenças de base. Também diminui a dependência destes doentes de outros, promovendo assim a estima pessoal.

A maior causa de evicção do exercício é o medo de que o movimento e o esforço façam pior. Mas outras condicionantes existem que inibem os doentes de se exercitarem: a rigidez articular, a fadiga e a capacidade de mobilização.

A verdade é que o exercício regular não tem relação com o agravamento do dano estrutural articular, demonstrando bons níveis de segurança, e diminui a taxa de hospitalização e a incapacidade para o trabalho naqueles que o praticam, pelo que é vivamente aconselhado pelos especialistas. Para além do mais os doentes em boa forma física apresentam maior capacidade de recuperação após uma doença de outra natureza.

Andar, correr em superfícies regulares, executar exercícios em piscina ou dançar são formas seguras de fazer exercício livre, não supervisionado, para os doentes reumáticos. O ideal seria ter um técnico perto de cada doente, mas o ideal é o ideal, e a vida quotidiana não cabe nos ideais.

Só o desconhecimento e o medo atávico de que o movimento é deletério, podem explicar a mais que recomendada postura de que repousar é melhor que mexer quando existe uma lesão que não é nem traumática grave nem uma infecção ou uma neoplasia.

Aliás, as contraindicações para a prática do exercício físico são importantes mas pouco prevalentes e passageiras: infecções agudas, neoplasias com metastização óssea, enfartes agudos do miocárdio, anginas instáveis, anemias graves. Quando a maleita passar há que continuar a exercitar, a mexer, para manter um melhor prognóstico.

Tendo em conta que os médicos têm um papel importante no aconselhamento aos doentes, é primordial que existam acções de formação médica na área do exercício físico recomendado aos doentes reumáticos.



**COMUNICAÇÕES  
LIVRES**

## COMUNICAÇÕES LIVRES

**CL1 – CARACTERIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO CLÍNICA DE UMA POPULAÇÃO PORTUGUESA DE DOENTES COM POLIARTRITE COM MENOS DE 6 SEMANAS DE EVOLUÇÃO**Ana Filipa Mourão,<sup>1,2</sup> Helena Canhão,<sup>1,3</sup>Rita Moura,<sup>1</sup> Pamela Weinmann,<sup>1</sup>Patrícia Pereira,<sup>1</sup> Catarina Resende,<sup>3</sup>Susana Capela,<sup>3</sup> José Alberto Pereira da Silva,<sup>3</sup>Mário Viana Queiroz,<sup>3</sup> João Eurico Fonseca<sup>1,3</sup>

1. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa

3. Lisboa e Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa

**Objectivos:** Os doentes com artrite inicial apresentam considerável heterogeneidade clínica e prognóstica, podendo progredir para uma doença crónica inflamatória, como por exemplo a artrite reumatóide (AR), evoluir espontaneamente para a cura ou ainda a artrite constituir uma manifestação de outras doenças. O objectivo deste trabalho foi caracterizar a evolução clínica de uma população de doentes com poliartrite com menos de 6 semanas de evolução.

**Material e Métodos:** Recrutaram-se de forma consecutiva, doentes com o diagnóstico de poliartrite periférica com menos de 6 semanas de evolução, não medicados com corticosteróides ou fármacos modificadores de doença reumática observados na consulta de Reumatologia ou no serviço de urgência do Hospital de Santa Maria. Os doentes com artrite em fase muito inicial foram todos acompanhados prospectivamente durante o período do estudo de forma a estabelecer-se um diagnóstico clínico definitivo. Foi aplicado um protocolo (PMAR) que incluía dados demográficos e avaliação clínica, incluindo número de articulações tumefactas e dolorosas e escala visual analógica da actividade da doença, para cálculo do *Disease Activity Score* de 28 articulações (DAS28). Foi colhida uma amostra sanguínea, procedendo-se à determinação de alguns parâmetros laboratoriais, nomeadamente, a velocidade de sedimentação (VS), factor reumatóide (FR), anticorpos anti-péptido citrulinado (Ac anti-CCP).

**Resultados:** 37 doentes, 69,6% do sexo feminino,

idade média de 47,6±17,7anos. O diagnóstico foi estabelecido após cerca de 3 meses de seguimento. 20 doentes (54,1%), 80% do sexo feminino, evoluíram para quadro clínico compatível com AR. 5 apresentaram artrite autolimitada, 3 artrite gotosa, 2 oligoartrites sem diagnóstico definitivo e 1 LES, artrite psoriática, mieloma múltiplo, polimialgia reumática, artrite associada ao HIV, artrite paraneoplásica e poliartrite indiferenciada. O valor médio de DAS28 inicial era 5,6±1,7. No grupo de doentes que vieram a desenvolver AR o valor de DAS28 foi 6±1,7 e no grupo com outros diagnósticos foi 5±1,5, p=0.07. Dos 20 doentes reumatóides, 19 foram avaliados para FR e 15 para ac-anti-CCP. 9 apresentavam FR no soro e 6 ac-anti-CCP. Não foi detectado FR ou ac-anti-CCP nos doentes que não evoluíram para AR. Os doentes com AR foram medicados com prednisona (5-10 mg) e metotrexato (MTX) (dose até 20mg/semana). Ao fim de 3 meses de uma dose estável de MTX o DAS28 médio era 3,1±1,7 e apenas 3 doentes mantiveram DAS28 superior a 3,2, tendo sido medicados com terapêutica combinada MTX 20mg/semana, sulfasalazina (SLZ) e hidroxiquina (HQ) com redução do DAS28 abaixo de 3,2.

**Conclusões:** Cerca de metade dos doentes com uma poliartrite em fase muito inicial evoluíram para AR. O sexo feminino, a presença de FR e de ac-anti-CCP foram factores preditivos de evolução para AR. A terapêutica agressiva com MTX numa fase muito inicial da AR permitiu o controle da doença em 85% dos casos e a associação com SLZ e HQ permitiu o controle da doença nos restantes doentes. Trabalho suportado por Bolsa SPR/Scheering-Plough 2005

**CL2 – ALTERAÇÕES MICROVASCULARES NO SÍNDROMA DE SJÖGREN**F Barcelos,<sup>1</sup> P Clemente-Coelho,<sup>1</sup> M Parente,<sup>1</sup>S Cortes,<sup>1</sup> J Vaz Patto,<sup>1</sup> A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** O Síndrome de Sjögren Primário (SSp) é uma doença crónica caracterizada por infiltrado

linfocítico das glândulas exócrinas, originando queixas secas e outras características de envolvimento periepitelial, além de manifestações extra-epiteliais mais graves. À semelhança do que acontece em outras doenças reumáticas, o fenómeno de Raynaud (FR) é comum no SSp, sugerindo a presença de anomalias microvasculares. A capilaroscopia é um instrumento útil para avaliar o grau de alterações microvasculares.

**Material e Métodos:** Pretende-se avaliar o grau de anomalias microvasculares do leito ungueal e a sua correlação com características clínicas e laboratoriais de SSp. Foram avaliados trinta e quatro pacientes do sexo feminino que preenchiam os critérios do European-American Consensus Group para SSp. Foi realizada capilaroscopia com estereomicroscópio de 10 a 100 ampliações. Os pacientes foram classificados como: A) capilaroscopia normal; B) anomalias ligeiras (dilatação, tortuosidade, diminuição ligeira da densidade capilar, plexos subpapilares anormalmente visíveis); e C) anomalias importantes (hemorragias, megacapilares, áreas avasculares). Avaliámos a função das glândulas lacrimais e salivares com o teste de Schirmer e sialometria não-estimulada, respectivamente. As características clínicas e laboratoriais foram avaliadas através dos processos clínicos. A análise estatística foi realizada com o SPSS v.13.0, e os testes utilizados foram o Qui-quadrado e Kruskal-Wallis, com  $p < 0,05$ .

**Resultados:** A idade média era de 54,4 anos  $\pm$  12,5 (26-77) e a duração média de 11,6 anos  $\pm$  8,7 (1-38). A avaliação capilaroscópica revelou: A) Normal: 6 pacientes (17,4%); B) Ligeira: 11 pacientes (32,47%); C) Importante: 17 pacientes (50%). As anomalias capilaroscópicas encontradas foram: a) tortuosidade: 31 pacientes (91,2%), incluindo 9 (25,7%) com capilares em novelo e em trevo; dilatação: 31 pacientes (91,2%); hemorragias: 15 pacientes (44,1%); diminuição da densidade capilar: 4 pacientes (11,8%); plexo subpapilar: 1 paciente (2,9%); megacapilares: 3 pacientes (8,8%) e áreas avasculares: 1 paciente (2,9%). O FR estava presente em 16 pacientes (47,1%), mas não se correlacionou com a presença ou gravidade das anomalias capilaroscópicas. A função lacrimal e salivar estava diminuída em quase todos os pacientes, como esperado, mas sem correlação com a gravidade das alterações capilaroscópicas. Globalmente, não encontramos nenhuma correlação entre o padrão capilaroscópico e os aspectos clínicos ou laboratoriais. É de referir ainda que nenhum dos pacientes com megacapilares ou áreas avasculares

apresentava manifestações de esclerodermia.

**Conclusões:** As anomalias microvasculares do leito ungueal são frequentes no SSp, incluindo alterações importantes como hemorragias. Apesar de no nosso estudo não parecer haver correlação entre a gravidade da doença e a presença de FR, as alterações capilaroscópicas no SSp provavelmente reflectem algum grau de microangiopatia. São necessários estudos prospectivos e com maior número de pacientes, para compreender totalmente o papel prognóstico a longo prazo dos padrões capilaroscópicos no SSp.

### CL3 - DESEMPENHO DE ALGORITMOS DE AVALIAÇÃO DO RISCO OSTEOPORÓTICO EM HOMENS

Pedro Machado,<sup>1</sup> Margarida Coutinho,<sup>1</sup> José A P da Silva<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Vários estudos têm validado diferentes algoritmos de avaliação do risco de osteoporose (OP) em mulheres. O seu objectivo é aumentar a eficácia da avaliação da densidade mineral óssea (DMO), identificando os indivíduos com maior risco de apresentarem baixa DMO. Muito poucos estudos foram realizados no sexo masculino, onde a OP é subestimada. Foi nosso objectivo avaliar o desempenho de 3 algoritmos de avaliação do risco de OP em homens com  $\geq 50$  anos e determinar o melhor *cut-off* para cada um deles.

**Material e Métodos:** Foram incluídos 202 indivíduos do sexo masculino com idade superior ou igual a 50 anos aleatoriamente seleccionados do registo eleitoral na nossa área de implantação. Seleccionaram-se 3 algoritmos simples de decisão para serem testados: o *Body Weight Criterion* (BWC), o *Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians* (OSTA) e uma versão modificada do OSTA (OST). Foram testados os valores de *cut-off* previamente validados em mulheres pós-menopáusicas. Para cada algoritmo foram testados 3 valores de *cut-off* adicionais. A sensibilidade (SE), especificidade (ES), valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e a área da curva *under the receiver operating characteristic* (AUROC) para a selecção de indivíduos do sexo masculino com OP de acordo com a DMO, foram calculadas para diferentes os diferentes *cut-offs*, em cada um dos algoritmos de decisão.

**Resultados:** As características da população em es-

	% seleccionada para DEXA	SE	ES	VPP	VPN	AUROC
OST<1	30.7	47.1	72.6	25.8	87.1	0.598
OST<2	40.6	61.8	63.7	25.6	89.2	0.627
OST<3	54.5	76.5	50.0	23.6	91.3	0.632
OST<4	70.3	85.3	32.7	20.4	91.7	0.590
OSTA<1	21.3	38.2	82.1	30.2	86.8	0.602
OSTA<2	36.1	55.9	67.9	26.0	88.4	0.619
OSTA<3	47.0	73.5	58.3	26.3	91.6	0.659
OSTA<4	60.4	76.5	42.9	21.3	90.0	0.597
BWC<65	13.4	26.5	89.3	33.3	85.7	0.579
BWC<70	26.7	47.1	77.4	29.6	87.8	0.622
BWC<75	44.6	73.5	61.3	27.8	92.0	0.674
BWC<80	67.3	82.4	35.7	20.6	90.9	0.590

Nota: *cut-offs* previamente validados em mulheres pós-menopáusicas - OST<2, OSTA<2 e BWC<70 Kg

tudo (média±desvio padrão) foram as seguintes: idade de 63.77±8.22 anos, altura de 167.84±8.78 cm, peso de 76.23±10.77 Kg, índice de massa corporal de 27.04±3.42 Kg/m<sup>2</sup>, T-score na coluna lombar de -1.10±1.40, no colo do fémur de -1.05±0.86 e no fémur total de 0.48±0.96. Segundo as categorias diagnósticas da Organização Mundial de Saúde, 32.2% (65/202) tinha uma DMO normal, 51.0% (103/202) osteopenia, e 16.8% (34/202) osteoporose. A média do OSTA foi de 2.52±2.88 e do OST de 2.18±2.59. A tabela mostra os valores de SE, ES, VPP, VPN e AUROC para os vários *cut-offs* e para cada algoritmo, de acordo com a capacidade de seleccionar para DMO os homens que realmente têm OP.

**Conclusões:** Este estudo sugere que o OST, OSTA e BWC são também úteis para avaliação do risco osteoporótico em indivíduos do sexo masculino com idade igual ou superior a 50 anos. Os resultados indicam contudo a necessidade de adoptar outros valores de *cut-off* na população masculina. Como *cut-offs* masculinos na nossa população propomos: «OST<3, OSTA<3 e BWC<75Kg».

#### CL4 – AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO COMO RISCO CARDIOVASCULAR NOS DOENTES SUBMETIDOS A TERAPÊUTICAS ANTI-TNF $\alpha$

Sandra Garcês,<sup>1</sup> Filipe Vinagre,<sup>1</sup> Raquel Roque,<sup>1</sup> Maria José Santos<sup>1</sup>, José Canas da Silva<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

**Objectivos:** O risco cardiovascular está aumenta-

do nas doenças reumáticas inflamatórias crónicas. O papel dos anti-TNF $\alpha$  no risco cardiovascular continua ainda em investigação. Objectivo: Caracterização do perfil lipídico de um grupo de doentes com artrite reumatóide (AR), artrite psoriática (AP) e espondilite anquilosante (EA), antes e após 12 meses de terapêutica com bloqueadores do TNF $\alpha$ . Analisar eventuais diferenças entre sexos e entre os diferentes anti-TNF $\alpha$  utilizados.

**Material e Métodos:** Este estudo incluiu 65 doentes sob terapêutica com anti-TNF $\alpha$  seguidos no nosso centro. A determinação do perfil lipídico e índice de massa corporal (IMC) foi feita no início e aos 12 meses de terapêutica. A cada visita foi avaliada a actividade da doença através do *Disease Activity score* (DAS 28) e do *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI). Foi ainda determinado o valor da velocidade de sedimentação eritrocitária e da proteína C reactiva.

**Resultados:** Dos 65 doentes (36 do sexo feminino, com idade média de 47,4 ± 13,3 anos), 30 com diagnóstico de AR, 29 com EA e 6 com AP, 44 estavam medicados com Infliximab, 19 com Etanercept e 2 com Adalimumab. Após um ano de terapêutica com anti-TNF $\alpha$  verificou-se redução dos parâmetros inflamatórios e do índice de actividade da doença, com aumento de colesterol total (p<0,0001) e de *Low Density Lipoproteins* (LDL) (p=0,02), não tendo ocorrido elevação significativa de *High Density Lipoproteins* (HDL) ou de triglicéridos. Houve um aumento do IMC (p=0,003), sem relação com a subida de colesterol total ou de triglicéridos. No grupo infliximab assistiu-se a um aumento de colesterol total (p<0,001) e de LDL (p=0,003), ao contrário do grupo etanercept em que se verificou uma melhoria do perfil lipídico, com aumento de HDL (p<0,05) e redução no índice aterogénico.

**Conclusões:** Após um ano de terapêutica anti-TNF $\alpha$  verificou-se um agravamento do perfil lipídico no grupo infliximab e uma melhoria no grupo etanercept. O bloqueio do TNF $\alpha$  é comum a ambos os fármacos, mas o bloqueio da Linfotóxina-a (LTa) é exclusivo do etanercept. Este diferente mecanismo de acção poderá explicar as diferenças encontradas. Há que avaliar as repercussões clínicas destas diferenças, o que poderá ter implicações na escolha do anti-TNF $\alpha$  nos doentes com maior risco cardiovascular.

### CL5 – DESENVOLVIMENTO DE UMA FERRAMENTA PARA ESTIMAR O CONSUMO ALIMENTAR DE CÁLCIO E DE VITAMINA D NO CONTEXTO CLÍNICO

Milton Severo,<sup>1</sup> Carla Lopes,<sup>1</sup> Raquel Lucas,<sup>1</sup> Henrique Barros<sup>1</sup>

1. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** Doses apropriadas de cálcio e vitamina D têm-se mostrado efectivas na prevenção e tratamento de osteoporose. No entanto, a quantificação do seu consumo alimentar no contexto clínico apresenta dificuldades práticas evidentes.

**Objectivos:** Desenvolver uma ferramenta para aferir o consumo alimentar de cálcio e vitamina D em Portugal, e avaliar a utilidade de variáveis não alimentares como sexo, idade e índice de massa corporal (IMC) como predictoras da ingestão destes nutrientes.

**Material:** 2488 participantes habitantes do Porto, com mais de 17 anos, foram seleccionados através aleatorização de dígitos telefónicos durante a constituição da coorte EpiPorto. Entrevistadores treinados aplicaram um questionário de frequência alimentar semi-quantitativo (QFA) com 86 itens foi usado para avaliar o consumo alimentar.

**Métodos:** Todos os alimentos que contribuíram pelo menos para 4,5% do consumo observado de ambos nutrientes e as variáveis não alimentares (sexo, idade e IMC) foram seleccionados para ferramenta. Usaram-se 5 modelos estatísticos para estimar o consumo de cálcio e de vitamina D (regressão linear generalizada, árvores de regressão, redes neurais, «support vector machines» e regressão multinomial), tendo sido escolhido o modelo que apresentou a maior concordância em termos de tercios em relação ao QFA. Para avaliar a concordância entre as estimativas do QFA e do modelo final utilizou-se o método de Bland-Altman.

**Resultados:** Os itens seleccionados para estimar o consumo alimentar de cálcio: leite (38%), queijo (12%) e iogurte (10%); para a vitamina D foram: peixe gordo (39%), enlatado (9%), peixe magro (7%), ovos (5%) e carne vermelha (5%). Depois de integrar os alimentos seleccionados nos modelos os homens apresentaram um consumo de cálcio maior que as mulheres (Beta=40.6 mg/dia,  $p<0,001$ ); e quanto menor a idade (Beta=-0.007 microg/day,  $p<0,001$ ) e quanto menor IMC (Beta=-0.015 microg/day,  $p<0,001$ ) maior o consumo alimentar de vitamina D.

A concordância foi de 83% e 82% respectivamente para o modelo linear generalizado.

Os gráficos de Bland-Altman mostraram que as médias das diferenças foram de 0.0 mg/dia (limites de concordância=[-220.67;220.77]) e 0.0 microg/dia (limites de concordância=[-1.03;1.05]), respectivamente para o cálcio e vitamina D.

**Conclusões:** Este estudo permitiu construir uma ferramenta para estimar o consumo alimentar de cálcio e de vitamina D, sob a forma de um *software* e de uma régua de cálculo circular, com utilidade no contexto clínico, em particular na prevenção e no tratamento clínico.

### CL6 – SEGUIMENTO CLÍNICO DE 12 MESES APÓS SUSPENSÃO SÚBITA DE ESTUDO CLÍNICO MULTICÊNTRICO E MULTINACIONAL COM ABATACEPT NA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) POLIARTICULAR – DADOS DE 8 DOENTES PORTUGUESES.

J. A. Melo Gomes<sup>1</sup>

1. Consulta externa de Reumatologia Infantil, do Adolescente e do Adulto jovem do Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

**Objectivos:** Este trabalho baseia-se no seguimento clínico de 12 meses, após suspensão súbita do fármaco, de 8 doentes com AIJ participantes no único centro português de estudo terapêutico de fase III com Abatacept, duplamente cego, multicêntrico e multinacional, concluído há cerca de 2 anos e cujos resultados já foram relatados previamente.

**Material e Métodos:** Trata-se de 7 doentes do sexo masculino e 1 do feminino, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, na data de interrupção do estudo. Todos os doentes tinham curso poliarticular, preenchendo os critérios de início de agentes biológicos da SPR, e todos estavam medicados com AINEs, corticosteróides em dose baixa (3 casos) e Metotrexato (MTX; 15mg/Kg/semana, nos 8 casos), terapêuticas que foram mantidas durante todas as fases do estudo.

**Resultados:** Três casos tiveram início sistémico, com evolução ulterior para poliartite, outros 3 tiveram início oligoarticular (AIJ-OE - Oligoarticular estendida) e os restantes 2 casos tiveram início de forma poliarticular, com factores reumatóides IgM negativos. Todos os doentes tinham resposta parcial à terapêutica com MTX. Após 12 meses de suspensão da terapêutica com Abatacept verificamos que 4 dos 8 doentes continuam em remissão completa, clínica e laboratorial, da AIJ: os 3 doentes

tes com AIJ-OE e um dos doentes com AIJ poliarticular. Os 3 doentes com AIJ sistémica continuam com doença activa e o mesmo acontece com 1 dos doentes com AIJ poliarticular.

**Conclusões:** O Abatacept parece ser capaz de induzir remissão prolongada em doentes com AIJ poliarticular, particularmente nos casos de início oligo ou poliarticular. O fármaco é menos eficaz nos casos de AIJ sistémica.

#### CL7 – ANÁLISE COMPARATIVA DOS PARÂMETROS QUANTITATIVOS DO OSSO OSTEOPORÓTICO – MODELO COMPUTACIONAL DE REMODELAÇÃO ÓSSEA VS RESULTADOS CLÍNICOS DE DEXA

Luis Santos,<sup>1,2</sup> José Carlos Romeu,<sup>3</sup>  
Helena Canhão,<sup>2,3</sup> Mário Viana Queiroz<sup>3</sup>  
Paulo Rui Fernandes,<sup>1</sup> João Eurico Fonseca<sup>2,3</sup>

1. IDMEC – Instituto de Engenharia Mecânica, IST
2. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
3. Serviço de Reumatologia e Doenças Ósseas Metabólicas, Hospital de Santa Maria

**Objectivos:** Este trabalho combina os resultados de um modelo computacional de remodelação óssea de adaptação interna com resultados da técnica *standard* de diagnóstico da osteoporose (OP), a DEXA. Assim, os objectivos assentam na validação do modelo computacional e na caracterização da sua componente biológica através da modelação matemática do parâmetro de custo metabólico  $k$  em função de diferentes níveis de densidade mineral óssea (DMO), quantificados pelo valor de *T-score*.

**Material e Métodos:** No modelo computacional, a lei de remodelação óssea é obtida admitindo que o osso se adapta, optimizando a sua rigidez com um mínimo de custo metabólico de formação de osso. Seleccionaram-se, numa base de dados de 5000 exames, 160 exames de mulheres caucasianas, pós-menopausadas, osteopénicas e com um padrão morfológico femoral normal, realizados com o aparelho Lunar® Prodigy Pro. A análise comparativa baseou-se em 3 regiões de interesse (ROI) do exame: trocânter, colo e Ward; seguindo 7 critérios baseados no conteúdo mineral ósseo (CMO) e razões de CMO definidas entre as 3 ROI. Foram utilizados critérios de erro de 10, 15 e 20%. Efectuou-se um estudo de correlação, com regressão linear e quadrática, entre o parâmetro  $k$  (custo metabólico) e o valor de *T-score*, seguindo um critério de CMO para

as 3 ROI, e o critério de triagem adicional que pretende padronizar a população. Este estudo conduziu à obtenção de uma relação matemática entre  $k$  e o *T-score* que foi verificada qualitativamente.

**Resultados:** Os resultados da comparação quantitativa permitiram validar o modelo computacional, tendo evidenciado uma elevada concordância entre os seus resultados e os resultados de DEXA; para os 7 critérios utilizados registaram-se percentagens de concordância na ordem dos 50% com destaque para os critérios: CMO do colo e CMO do colo/CMO de Ward, com valores de 85%. A análise do estudo de correlação entre  $k$  e o valor de *T-score*, permite constatar a existência de uma forte correlação negativa entre as 2 variáveis para as 3 ROI em estudo. Destacam-se os valores obtidos para a ROI do colo ( $R=0.81$ ), utilizando o critério de triagem adicional e regressão quadrática, com os quais foi obtida a relação matemática:  $T\text{-score} = 24.086k^2 - 16.601k + 0.0553$  (1). Esta relação representa a primeira aproximação ao objectivo de modelar matematicamente o parâmetro  $k$  em função de variáveis biológicas. A comparação qualitativa entre os resultados computacionais e os de DEXA, com base na relação obtida, demonstra uma concordância satisfatória nos perfis de distribuição de densidade. Este facto permite avaliar positivamente a capacidade do modelo computacional e de (1) na simulação da evolução osteoporótica.

**Conclusões:** Os resultados obtidos permitiram validar o modelo computacional na simulação da remodelação óssea, tornando evidente a possibilidade de o ajustar aos diferentes níveis de DMO e numa visão mais abrangente, ao doente, através da modelação matemática do parâmetro  $k$  em função de outras variáveis biológicas (idade, fractura prévia). A realização de estudos subsequentes permitirá avaliar as potencialidades do modelo computacional como ferramenta auxiliar na avaliação do risco fracturário.

#### CL8 – IMPACTO DO ENVOLVIMENTO RENAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM LES

Catia Duarte,<sup>1</sup> Luís Inês,<sup>1</sup> Pedro Abreu,<sup>1</sup>  
Filipe Vinagre,<sup>2</sup> Maria Jose Santos,<sup>2</sup>  
Maura Couto,<sup>1</sup> Claudia Vaz,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra
2. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta EPE, Almada

**Objectivos:** O envolvimento renal é o envolvimento

de órgão major mais frequente nos doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). Este trabalho tem como objectivo avaliar o impacto do envolvimento renal na qualidade de vida em doentes com LES.

**Material e Métodos:** Inclusão de doentes consecutivos cumprindo critérios de de classificação ACR para LES, seguidos em dois Centros de Reumatologia portugueses. O envolvimento renal foi confirmado por biópsia renal. Cada doente respondeu ao questionário SF-36 de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde. A pontuação para cada uma das subescalas do SF-36 foi quantificada. Efectuou-se a comparação entre os grupos de doentes com e sem nefrite lúpica, utilizando testes paramétricos e não paramétricos, conforme adequado. O nível de significância estatística considerado foi de 5%. A análise estatística foi efectuada utilizando o *software* SPSS.

**Resultados:** Foram incluídos 166 doentes, dos quais 64 (38,6%) apresentavam envolvimento renal. Entre os doentes com nefrite lúpica 58,4% apresentavam Glomerulonefrite Classe IV e 18,8% Glomerulonefrite Classe III. Os doentes sem envolvimento renal eram mais frequentemente mulheres (97,1% *vs* 84,7%,  $p < 0,05$ ). Os doentes com envolvimento renal apresentavam mais frequentemente um nível educacional mais elevado e eram mais novos ( $p < 0,05$ ). Os doentes com envolvimento renal apresentaram pontuações significativamente mais elevadas no *score* total e nos domínios da Função Física, Dor Corporal e Vitalidade ( $p < 0,05$ ) do SF-36 comparativamente aos indivíduos sem envolvimento renal.

**Conclusões:** Em doentes com LES, a qualidade de vida relacionada com a saúde não é mais baixa em doentes com nefrite lúpica em comparação com aqueles sem este tipo de envolvimento

#### CL9 – DOENÇA INDIFERENCIADA DO TECIDO CONJUNTIVO – ESTUDO DE UMA SÉRIE DE 101 DOENTES

D. Medeiros,<sup>1</sup> M. Sousa,<sup>1</sup> R. Figueiredo,<sup>1</sup> C. Miguel,<sup>1</sup> S. Cortes,<sup>1</sup> F. Barcelos,<sup>1</sup> Miranda,<sup>1</sup> Paulo Coelho,<sup>1</sup> C. Silva<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** A Doença Indiferenciada do Tecido Conjuntivo (DITC) é considerada um distúrbio de etiologia imune, cujas manifestações clínicas e analíticas evocam conectivite, não cumprindo critérios de classificação para doença do tecido conjuntivo (DTC). Vários estudos têm sido realizados com vis-

ta a esclarecer se se trata de uma entidade clínica distinta ou de uma forma pouco agressiva de DTC. É nosso objectivo caracterizar clínica e serologicamente, uma população de doentes com DITC.

**Material e Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo de uma série de 101 doentes, em seguimento na consulta externa. Os critérios de Mosca e tal para DITC foram utilizados: manifestações clínicas sugestivas de DTC e a presença de anticorpos anti-nucleares (ANA), não cumprindo critérios de classificação para DTC. Os doentes incluídos apresentavam uma duração da doença de pelo menos 1 ano. Os seguintes parâmetros foram analisados: características demográficas, manifestações clínicas, auto-anticorpos e terapêutica.

**Resultados:** Dos 101 doentes, 96% pertenciam ao sexo feminino, sendo a idade média de 52 anos (Min.23/Máx.77; DP 13,12). A duração média da doença foi de 6 anos (Min.1/Max.26). Sintomas articulares ocorreram em 97 % dos doentes, dos quais 54 % tinham e 46 % artrite. Cerca de 29% apresentou alterações hematológicas (leucopenia 17; anemia 12, trombocitopenia 5). S. seco ocorreu em 42% e alopecia em 14%. Lesões cutâneas foram detectadas em 28% (*rash* malar 7, *rash* discóide 2, fotosensibilidade 26, esclerodactilia 1, telangiectasia 2). O F. Raynaud ocorreu em 23%, aftas orais em 16%, febre 2%, e hipertensão arterial 21%. Alterações pulmonares ocorreram em 6% (fibrose intersticial 3, hipertensão pulmonar 1, serosite 2). ANA's ocorreram em 100% dos doentes, com anti-DNAs positiva em 4%, anti-SSA 12%, SSB 4%, anti-SCL70 2%, anti-centromero 2%, e anti-sm, anti-RNP em 1%. Cerca de 21% encontravam-se medicados com anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) isolados; 2% com glucocorticóides (GC) isolados; e 77% com associações de GC/ AINEs e imunomoduladores [58% GC+Hidroxicloroquina (HCQ); 19% GC+Metotrexato (MTX); 13% AINEs + HCQ; 5% AINEs +GC; 3% AINEs + MTX; 3% HCQ+MTX; 1% CT+AZA; 1% Ciclosp. + CT].

**Conclusões:** As sintomatologia encontrada foi sobretudo articular e s. seco, sendo o envolvimento orgânico raro. A terapêutica sintomática identificada associada ao quadro clínico ligeiro, revela um perfil benigno, conforme outros estudos publicados. Apenas o anti-SSA apresentou valores significativos, achado congruente com a literatura. Estudos actuais revelam que 75% das DITC não evoluem para DTC, após seguimento de 5 anos. Na nossa série, a duração média de doença foi de 6 anos, sem progressão para DTC.

**CL10 – PROGRESSÃO DE DANO NUMA POPULAÇÃO DE DOENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

F Vinagre,<sup>1</sup> MJ Santos,<sup>1</sup> P Nero,<sup>2,3</sup> F Barcelos,<sup>4</sup>  
 A Barcelos,<sup>5</sup> AM Rodrigues<sup>6</sup>, F Almeida,<sup>2</sup>  
 L Pinto,<sup>2</sup> R Barros,<sup>2</sup> C Silva,<sup>7</sup> L Miranda,<sup>7</sup>  
 S Capela,<sup>6</sup> R Figueira,<sup>6</sup> S Garcês,<sup>1</sup>  
 A Alves de Matos,<sup>2,3</sup> A Teixeira,<sup>7</sup> A Marques,<sup>6</sup>  
 MV Queiroz,<sup>6</sup> J Branco,<sup>2,3</sup> J Canas Silva<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta
2. Serviço de Reumatologia do CHLO - EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa
3. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa
4. Instituto Português de Reumatologia
5. Serviço de Reumatologia, Hospital Infante D Pedro
6. Serviço de Reumatologia, Hospital Santa Maria
7. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** Avaliar a progressão de lesões irreversíveis, ao longo dum período de dois anos, em doentes com Lupus Eritematoso Sistémico (LES) e estudar a sua relação com características demográficas, clínicas e imunológicas.

**Material e Métodos:** Estudo prospectivo, multicêntrico de doentes com diagnóstico de LES há mais de 6 meses para avaliação da progressão do dano ao longo de 2 anos. Dados demográficos, socio-económicos, clínicos, imunológicos e medicação foram registados na avaliação inicial e após 2 anos. O *Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index* (SLICC/ACR-DI) foi utilizado para determinação de lesão irreversível.

**Resultados:** Foram estudados 167 doentes, 94% do sexo feminino, com idade média de  $47 \pm 14,8$  anos e  $9 \pm 7,1$  anos de duração da doença. Na avaliação inicial 56 (33,5%) doentes apresentavam algum dano, sendo o valor médio do SLICC  $0,59 \pm 1$ . Após 2 anos houve progressão do dano em 43 (25,7%) doentes, aumentando o valor do médio do SLICC para  $0,98 \pm 1,3$ . Os domínios do SLICC em que houve mais progressão do dano foram o ocular, cardiovascular e musculo-esquelético. A ocorrência de novas lesões irreversíveis associou-se de forma estatisticamente significativa com idade mais avançada (OR 1,01; 95 CI 1,01 - 1,07;  $p=0,009$ ), nível de escolaridade mais baixo (OR 0,9; 95% CI 0,82 - 0,95;  $p=0,01$ ), presença de lesão renal (OR - 3,5; 95% CI 1,6 - 7,8;  $p=0,001$ ), hipertensão arterial (OR 7,6; 95% CI 3,4 - 17,4;  $p<0,0001$ ), corticoterapia (OR 2,8; 95% CI 1,2 - 6,9;  $p=0,01$ ) e existência de dano prévio (OR 1,4; 95% CI 1 - 1,9;  $p=0,02$ ).

**Conclusões:** Neste estudo as características demográficas, clínicas, comorbilidades e terapêutica associaram-se à progressão do dano. Será importante determinar o impacto do controlo de factores modificáveis como a hipertensão arterial e uso criterioso dos corticóides para reduzir a acumulação de dano nos doentes com LES.

**CL11 – CARACTERIZAÇÃO DA RESPOSTA FUNCIONAL DOS NEUTRÓFILOS EM DOENTES COM POLIARTRITE EM FASE INICIAL**

Pamela Weinmann,<sup>1</sup> Ana Catarina Ferreira,<sup>1</sup>  
 Patricia Perreira,<sup>1</sup> Rita Moura,<sup>1</sup> Ana Filipa Mourão,<sup>1</sup>  
 Joana Caetano-Lopes,<sup>1</sup> Ana Rita Cascão,<sup>1</sup>  
 Helena Canhão,<sup>1,2</sup> Mario Viana Queiroz,<sup>2</sup>  
 João Eurico Fonseca<sup>1,2</sup>

1. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
2. Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa

**Objectivos:** A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crónica caracterizada por lesão articular. Apesar de existirem diversos argumentos a favor da participação dos neutrófilos na fase inicial da AR, o papel exacto que desempenham é ainda controverso. Demonstrámos, num estudo anterior, uma perturbação da apoptose dos neutrófilos circulantes em doentes com AR inicial. O objectivo deste trabalho foi avaliar a resposta funcional dos neutrófilos circulantes em doentes com poliartrite inicial.

**Material e Métodos:** Os neutrófilos foram isolados do sangue periférico de doentes com poliartrite inicial (PA) (menos de 6 semanas após o início dos sintomas) antes de receber qualquer tratamento e 2-4 semanas após terem iniciado o tratamento com prednisona (5-10 mg). A capacidade de migração quimiotática foi analisada com 2 métodos: *underagarose-assay* e *boyden-chamber-assay*. O stress oxidativo com e sem estimulação com N-formyl-Met-Leu-Phe (fMLP) e com factor de necrose tumoral (TNF)-alfa foi medido através da produção de radicais de oxigénio (RO) utilizando DHR123 e analisada em citometria de fluxo. A activação, como resposta à estimulação com fMLP e TNF-alfa, foi detectada pelo aumento da expressão de CD11b na superfície celular e analisada em citometria de fluxo. A capacidade fagocitária foi avaliada pelo Phagotest® kit, com amostras de sangue periférico que foram in-

cubadas com *E. coli* marcadas com FITC, e depois analisada em citometria de fluxo.

**Resultados:** A migração quimiotática foi semelhante nos neutrófilos dos controlos saudáveis e dos doentes com PA antes e depois do tratamento. A produção constitutiva de RO foi maior nos neutrófilos do grupo de doentes do que nos controlos e a estimulação com TNF-alfa não induziu nenhum aumento significativo na produção de RO nos neutrófilos dos doentes. Pelo contrário, ocorreu um aumento significativo de RO dos neutrófilos de controlos após estimulação com TNF-alfa. A quantidade total de RO produzida após estimulação com TNF-alfa foi comparável entre doentes e controlos. Comparando a produção constitutiva de RO com a produção após estimulação com fMLP verificou-se um aumento significativo na produção de RO nos neutrófilos nos doentes e controlos, mas os valores absolutos de RO mantiveram-se em níveis semelhantes. A análise da activação dos neutrófilos não mostrou diferenças significativas entre doentes e controlos com os diferentes estímulos (fMLP e TNF-alfa). A capacidade fagocitária também não foi afectada nos doentes em comparação com os controlos.

**Conclusões:** As funções dos neutrófilos como a migração, a fagocitose e a capacidade de activação não mostraram diferenças significativas entre doentes e controlos saudáveis. Pelo contrário, a produção de RO pelos neutrófilos estava alterada nos doentes com e sem tratamento em comparação com os controlos. Este efeito pode ser causado pela fase inicial de um processo inflamatório, que gera um ambiente rico em citocinas pró-inflamatórias, o que induz a produção de radicais livres pelos neutrófilos circulantes.

#### CL12 – LESÃO ESTRUTURAL E REPERCUSSÃO FUNCIONAL DA ARTRITE REUMATÓIDE E OSTEOARTROSE DAS MÃOS – NEM SÓ DA ARTRITE VEM A INCAPACIDADE

Margarida Cruz<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar das Caldas da Rainha

**Objectivos:** O reconhecimento da incapacidade provocada pela artrite reumatóide (AR) tem levado a que actualmente os tratamentos almejem à remissão. Por outro lado, a artrose (OA) das mãos não tem beneficiado desta mentalidade. Mas se é fundamental na AR evitar o aparecimento de erosões articulares, também a OA das mãos, nodal ou

erosiva, pode causar erosões articulares, deformação e incapacidade. O objectivo deste estudo foi comparar o grau de incapacidade funcional associado a estas duas patologias.

**Material e Métodos:** Estudo transversal aplicado a 10 mulheres com AR e 10 mulheres com OA das mãos, durante a consulta, em que se aplicou o questionário funcional de Cochin para a incapacidade das mãos e se fizeram contagens de articulações dolorosas, tumefactas e deformadas, em 20 articulações das mãos. Registou-se o valor da dor nas mãos na última semana e da incapacidade actual considerada pelo médico em escalas visuais analógicas. Foram também comparadas as idades da menopausa, a escolaridade, a idade aquando do diagnóstico e o tempo de demora no estabelecimento do mesmo, nas duas patologias.

**Resultados:** A idade média das mulheres com AR era de 63,7 anos, a das com OA era de 60 anos. A média do grau de escolaridade era superior no grupo com OA - 6,2, para 3,9 no com AR. Apenas uma das mulheres com AR era menstruada, todas as mulheres com OA eram pós-menopáusicas. A idade média da menopausa das mulheres com AR foi de 43 anos, a das com OA foi superior: 52,8 anos. A idade média de início da patologia era semelhante: 51,2 anos no grupo da AR, 51,2 no grupo da OA. A demora no diagnóstico foi de 1,9 anos no grupo da AR (0,75 anos se excluirmos um caso de demora de 9 anos), 4,8 anos no da OA (1,4 anos, excluindo um caso de 28 anos de demora). As mulheres com OA tinham uma média ligeiramente superior de articulações dolorosas (6,9) à das com AR (6,3), e de tumefactas (2,1) relativamente ao grupo da AR (1,1). O número médio de articulações deformadas era superior no grupo da OA (9,8), em comparação com o da AR (5,8). O valor médio de dor nas mãos foi de 52,2 no grupo da AR e de 53,9 no grupo com OA. A incapacidade média foi de 22,8 nas mulheres com AR e 31,7 nas com OA. O índice médio de Cochin foi ligeiramente superior no grupo com AR (32 em 90), comparativamente com o grupo com OA (28,1).

**Conclusões:** A osteoartrose das mãos é uma patologia que pode ser tão ou mais responsável por dor, deformação e incapacidade a nível das mãos como a artrite reumatóide. Por conseguinte, o objectivo do tratamento desta particular manifestação de artrose, também muito mais frequente em mulheres, deveria passar a ser, à imagem da actual visão da AR, mais exigente e almejando à prevenção do aparecimento de erosões e deformação óssea.

### CL13 – A NOSSA EXPERIÊNCIA COM ARTROPLASTIA TOTAL DO TORNOZELO EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE

Paulo Amado,<sup>1</sup> Paula Valente, António Torres<sup>1</sup>  
1. Serviço Ortopedia Hospital S. Sebastião

**Objectivos:** As artroplastias do tornozelo têm tido, nos últimos tempos, uma evolução técnica significativa, com o aparecimento da terceira geração, que possibilitam uma melhor biomecânica e utilização principalmente em pacientes com destruição de várias articulações, como acontece na artrite reumatóide. As artroplastias do tornozelo só nos últimos tempos têm demonstrado bons resultados, com melhoria dos *scores* clínicos.

**Material e Métodos:** Desde Maio de 1999 a Dezembro de 2007 foram tratados com artroplastia total do tornozelo 10 doentes com artrite reumatóide avaliados pela colega especialista em Reumatologia que colabora com o nosso serviço de Ortopedia. O número total de pacientes com indicação para artroplastia do tornozelo foi de 67. Dos 10 pacientes operados 2 foram bilaterais, tendo um dos pacientes, actualmente 8 artroplastias, 2 tornozelos, 2 joelhos, 2 ancas, um cotovelo e um ombro, o que constitui caso único descrito a nível mundial com capacidade de marcha sem apoio externo. Dos 10 doentes, 8 são do sexo feminino. Já todos eram seguidos regularmente por Reumatologia, tendo sido sujeitos aos mais variados tratamentos conservadores. Só 4 tinha sido sujeitos a infiltrações intra articulares de corticoterapia, sem qualquer tratamento cirúrgico prévio. Dos 10 pacientes, 4 foram operados com próteses de 2ª geração Agility e 6 com próteses de 3ª geração Salto.

**Resultados:** Os doentes foram avaliados pelo *score* adaptado da AOFAS 70% bom, 20% pobre e 10% de maus resultados. Todos os doentes melhoraram com este tratamento, mesmo o doente que não teve alteração no *score* da AOFAS, no entanto este não veio a recuperar a marcha por meios próprios, necessitando de apoio externo por canadianas para a marcha, melhorando da sintomatologia dolorosa. 90% dos pacientes recuperaram com marcha aceitável sem necessidade de apoio externo. Os dois pacientes que foram operados a ambos os tornozelos, recuperaram a marcha sem necessidade de apoio externo, sem patologia dolorosa.

**Conclusões:** Considerando que a alternativa para estes pacientes, do ponto de vista cirúrgico, seria a artrodese que sendo unilateral ainda é tolerável, sendo bilateral não possibilitará uma marcha sem

apoiamento externo, o que é comum nos pacientes com artrite reumatóide, logo a artroplastia aqui tem importância marcada. Será objectivo do médico manter a função, pois o movimento é uma das necessidades do bem estar e saúde, constituindo a artrodese a impossibilidade de o manter.

### CL14 - AVALIAÇÃO PROSPECTIVA DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DO ZOLEDRONATO NO TRATAMENTO DA DOENÇA ÓSSEA DE PAGET

Elsa Sousa,<sup>1</sup> Ana Rodrigues,<sup>1</sup> Joana Caetano-Lopes,<sup>2</sup>  
Filipa Ramos,<sup>1</sup> Ricardo Figueira,<sup>1</sup> Susana Capela,<sup>1</sup>  
José Carlos Romeu,<sup>1</sup> Mário Viana Queiroz<sup>1</sup>

1. Hospital de Santa Maria  
2. Instituto de Medicina Molecular

**Objectivos:** Os bisfosfonatos de última geração, potentes inibidores da actividade osteoclástica, constituem os fármacos de escolha no tratamento da Doença Óssea de Paget (DOP). O zoledronato, o mais potente bisfosfonato disponível, é actualmente considerado o fármaco de primeira linha no tratamento da DOP. Este trabalho tem como objectivos avaliar prospectivamente a eficácia e segurança do zoledronato no tratamento de doentes com Doença Óssea de Paget.

**Material e Métodos:** Avaliação prospectiva semestral, com avaliação intermédia aos 3 meses, do efeito de uma única administração endovenosa de zoledronato, na dose 4 ou 5mg (7 doentes e 34 doentes, respectivamente). Foram registados parâmetros clínicos (dor óssea ou articular atribuídas à DOP), marcadores laboratoriais de formação e reabsorção óssea – fosfatase alcalina (ALP), fosfatase alcalina isoenzima óssea (bALP), propéptido N-terminal do procologénio tipo I (P1NP), telopeptido beta C terminal do colagénio tipo I (beta-crosslaps), razão de-soxipiridinolina livre/creatininúria (Dpd/creat), bem como cálcio e fósforo séricos e efeitos adversos atribuíveis à terapêutica. Considerados critérios de remissão bioquímica a normalização do nível da ALP e de indicação para retratamento o aumento do nível de ALP superior a 25% do limite superior ao normal (LSN) (no caso de normalização) ou do nadir atingido (no caso de não normalização).

**Resultados:** Foram avaliados 41 doentes (66% do sexo masculino), com uma média de idades de 66,8±9,1 anos e uma percentagem de envolvimento pagético (tabela de Howarth) de 15±11%. 68% dos doentes tinham sido previamente tratados com pamidronato numa dose cumulativa de

349,2±265,1mg. 71% estavam sintomáticos na avaliação inicial, sendo a dor óssea (60%) e a dor articular (46%) as queixas mais frequentes. A ALP inicial era de 354,0±284,6U/L (3,0±2,54 xLSN). O tempo médio de *follow-up* após terapêutica foi de 13,8±7,6 meses. Dos doentes que se encontravam sintomáticos, 64% referiram melhoria da dor; 75% aos 3 meses e 25% aos 6 meses. Verificou-se uma redução dos níveis de ALP de 73% aos 3 meses, de 79%, aos 6 meses e de 81% aos 12 meses (p

**Conclusões:** Este estudo confirma a eficácia do zoledronato com melhoria dos sintomas em 64% dos doentes e com redução dos parâmetros de actividade da doença, demonstrada por uma taxa de remissão bioquímica de 93% atingida aos 6 meses. Este efeito é mantido por períodos prolongados, sendo a taxa de retratamento de apenas 5% durante um *follow-up* médio de 14 meses. Os efeitos adversos registados foram ligeiros e transitórios.

#### CL15 – VALOR PREDITIVO PARA ABORTAMENTO DOS ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDO EM DOENTES COM LES: QUAIS OS MELHORES CRITÉRIOS DE POSITIVIDADE? ANÁLISE DE 234 GESTAÇÕES NA COORTE DE LÚPUS DE COIMBRA

Maura Couto,<sup>1</sup> Cátia Duarte,<sup>1</sup> Cláudia Vaz,<sup>1</sup> Marta Pereira,<sup>1</sup> Luís Inês,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Os anticorpos antifosfolípido (aFL) associam-se a abortamentos em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). No entanto, não estão definidos quais os critérios de positividade que melhor se correlacionam com o risco de abortamento. Foram propostos critérios laboratoriais preliminares em 1998 (Sapporo) e revistos em 2006 (Sydney). O objectivo deste trabalho é avaliar o risco de abortamento em doentes com LES e a sua correlação com a presença e níveis séricos de aFL.

**Material e Métodos:** Foram incluídas todas as doentes com LES que preenchem os Critérios de Classificação ACR, em seguimento na Coorte de Lúpus de Coimbra (Serviço de Reumatologia dos HUC). A história obstétrica foi obtida por inquérito às doentes. Os doseamentos séricos de Anticorpos antifosfolípido, incluindo anticardiolipinas e anti-Beta2-Glicoproteína-1 IgG e IgM e de Anticoagulante Lúpico (ACL) foram realizados durante o seguimento clínico. Os doentes foram classificados de acordo com o cumprimento dos critérios de po-

sitividade de aFL de Sapporo (1998) e de Sydney (2006). Foi analisado o valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN) para abortamento associado a cada um dos conjuntos de critérios serológicos. Foi também comparado o risco de abortamentos nas gravidezes ocorridas antes e após o diagnóstico de LES. Foi calculado o *Odds Ratio* (OR) e analisadas as diferenças entre grupos através do teste Chi-quadrado.

**Resultados:** Foram incluídas 149 mulheres (média de idade: actual=47,1 anos; à data do diagnóstico de LES=35,5 anos). Identificaram-se 234 gestações em 106 doentes. As restantes 43 doentes não tiveram gestações. 80% das gravidezes ocorreram antes do diagnóstico de LES. 14,2% das doentes com gravidezes prévias preenchiam os critérios laboratoriais de Sapporo e 10,4% os critérios de Sydney. Do total de gestações, 27,8 % terminaram em abortamento. A incidência de abortamento espontâneo foi de 23,5%, a de aborto espontâneo precoce (<10 semanas de gestação) foi de 18,4%, e a de morte fetal (>10 semanas de gestação) foi de 5,1%. Não houve diferenças significativas nestes eventos entre as gestações ocorridas antes e após o diagnóstico de LES. Verificou-se um aumento da incidência de abortamentos espontâneos tanto nas mulheres com aFL positivos segundo os critérios de Sapporo (p<0,001; OR=3,9), como naquelas cumprindo critérios de Sydney (p<0,05; OR=2,8). OVPP foi de 26,2% e 40,4% para os critérios de Sydney e de Sapporo, respectivamente. OVPN foi de 88,8% e 85,2% para os critérios Sydney e de Sapporo, respectivamente.

**Conclusões:** Confirma-se o aumento de risco de abortamento associado aos aFL em doentes com LES. O valor preditivo dos critérios laboratoriais definidos em Sapporo é superior ao dos critérios revistos em Sydney. Na ausência de aFL, a taxa de abortamento espontâneo nas doentes da Coorte de Lúpus de Coimbra foi similar à verificada na população obstétrica em geral.

#### CL16 – LIMAR E PERCEPÇÃO DE DOR NAS DOENÇAS REUMÁTICAS: ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS

Paulo Monteiro,<sup>1</sup> Paula Oliveira,<sup>2</sup> Margarida Coutinho,<sup>1</sup> Maria João Salvador,<sup>1</sup> Maria Emília Costa,<sup>2</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

**Objectivos:** Avaliar as diferenças entre grupos de doentes com Artrite reumatóide (AR), fibromialgia (FM) e osteoartrose (OA) no que se refere ao limiar e percepção de dor. Averiguar a existência de associações entre limiar e percepção de dor com estratégias passivas de coping e estado de saúde física e mental.

**Material e Métodos:** O recrutamento da amostra, constituída por 31 doentes com AR, 25 com FM e 30 com OA, ocorreu no Serviço de Reumatologia dos HUC, entre Maio e Dezembro de 2007. Os participantes foram sujeitos às seguintes medidas de avaliação: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Oliveira & Costa, 2005); Questionário de Formas de Lidar com a Dor (PCI; Kraaimaat & Evers, 2003; versão portuguesa: Oliveira & Costa, 2005), Questionário de Estado de Saúde (SF-36v.2; Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1997); percepção de dor definida através da aplicação da escala visual analógica da dor (0-100mm); avaliação do limiar da dor através da aplicação parametrizada de dolorímetro em 6 pontos não entesopáticos e não fibromiálgicos, com registo da força (Kg/cm<sup>2</sup>) que desperta dor e cálculo da média obtida para cada doente; O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) – versão 13.

**Resultados:** Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao limiar de dor e percepção de dor (EVA) ( $p < 0,001$ ). O grupo dos doentes com FM registou um nível de limiar de dor inferior e EVA superior ao grupo AR. Nos grupos AR e OA não se registaram diferenças significativas nos referidos parâmetros. Relativamente às correlações entre limiar de dor e variáveis psicossociais (*coping* e estado de saúde), estas foram identificadas apenas no grupo OA, sendo que nos restantes não foi encontrada significância estatística. Em relação à percepção de dor verificou-se que esta se correlaciona negativamente com o estado de saúde física nos 3 grupos estudados; se correlaciona negativamente com o estado de saúde mental nos grupos AR e FM, mas não no grupo OA; e, por fim, se correlaciona positivamente com estratégias passivas de coping nos grupos AR e FM ( $p < 0,05$ ), mas não no grupo OA.

**Conclusões:** Nos doentes com OA verificou-se associação entre menor limiar de dor e recurso a estratégias passivas de *coping*. Nestes, a EVA da dor não apresenta relação com o estado de saúde mental mas apenas com o estado de saúde físico contrariamente aos grupos AR e FM. A correlação entre limiar de dor e estratégias passivas de coping

indicam que a abordagem psicológica e a adopção de estratégias de coping poderão aumentar o limiar da dor.

#### CL17 – POLIMORFISMOS DO PROMOTOR DO GENE DO TNF-ALFA NAS POSIÇÕES -238 E -308 NA SUSCEPTIBILIDADE E GRAVIDADE DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

Elsa Sousa,<sup>1,2</sup> Joana Caetano-Lopes,<sup>1</sup>  
Fernando M Pimentel dos Santos,<sup>3,4</sup>  
Patrícia Pinto,<sup>5</sup> Ana Rodrigues,<sup>2,3</sup>  
Catarina Resende,<sup>1,2</sup> Ana Filipa Mourão,<sup>1,4</sup>  
Célia Ribeiro,<sup>4</sup> Teresa Laura Pinto,<sup>4</sup>  
Carlos M Rosa,<sup>2</sup> Helena Canhão,<sup>1,2</sup>  
Francisco Ventura,<sup>5</sup> Jaime Branco,<sup>3,4</sup>  
José A Pereira da Silva,<sup>2</sup> Mário Viana Queiroz,<sup>2</sup>  
João Eurico Fonseca<sup>1,2</sup>

1. Instituto de Medicina Molecular
2. Hospital de Santa Maria
3. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
4. Hospital Egas Moniz
5. Hospital de São João

**Objectivos:** O HLA-B27 é considerado o principal determinante genético da susceptibilidade e prognóstico na Espondilite Anquilosante (EA). A eficácia dos agentes anti-TNF-alfa no tratamento da EA, sustenta a hipótese de que polimorfismos na região do promotor do gene do TNF-alfa poderão ser relevantes na gravidade da doença. Este trabalho tem como objectivos avaliar a influência dos polimorfismos da região do promotor do TNF-alfa na susceptibilidade e prognóstico dos doentes com EA.

**Material e Métodos:** Foram avaliados 154 doentes que preenchiam os critérios de Nova York modificados de diagnóstico de EA. Nestes doentes foram registadas variáveis clínicas como o padrão de envolvimento, as manifestações extra-articulares, os valores da mobilidade axial e a terapêutica anti-TNF-alfa, bem como a velocidade de sedimentação (VS), a proteína C reactiva (PCR) e a tipagem HLA-B27. A actividade da doença, a capacidade funcional e a lesão estrutural foram determinadas através da aplicação das versões portuguesas do *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI), do *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* (BASFI) e do *Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index* (BASRI), respectivamente. Foram ainda determinados os níveis séricos de TNF-alfa e os polimorfismos da região do promotor do

gene do TNF-alfa nas posições -308 e -238 nos doentes e em 118 controlos saudáveis.

**Resultados:** Os 154 doentes avaliados (68% do sexo masculino) apresentavam uma idade média de  $43,2 \pm 12,0$  anos. A idade de início e a duração média da doença eram de  $24,1 \pm 9,7$  anos e  $19,0 \pm 11,5$  anos, respectivamente. 90% dos doentes eram HLA-B27 positivos e 43% encontravam-se sob terapêutica anti-TNFalfa.

9% dos doentes eram portadores do alelo A na posição -238 comparativamente a 18% dos controlos, sendo esta diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). A frequência dos alelos na posição -308 foi semelhante entre doentes e controlos.

Os doentes com o genótipo -308GG mostraram menor mobilidade lateral ( $10,3 \pm 6,8$ cm) comparativamente aos -308GA/AA ( $14,6 \pm 7,7$ cm) ( $p < 0,05$ ). Verificaram-se ainda valores no limiar do significado estatístico ( $p = 0,059$ ) no que se refere ao número de episódios de uveíte (-308GG:  $4,8 \pm 4,1$  e -308GA/AA:  $1,9 \pm 1,6$ ). O genótipo -238GA/AA associou-se a valores de VS mais elevados ( $38,1 \pm 24,2$ mm/1ªh) comparativamente ao -238GG ( $19,3 \pm 14,3$ mm/1ªh) ( $p < 0,05$ ). Não detectámos outras correlações significativas entre os genótipos nas posições -308 e -238 e as restantes variáveis clínicas, laboratoriais e terapêutica anti-TNF-alfa.

**Conclusões:** Este estudo sugere que o alelo A na posição -238 poderá estar associado a uma diminuição da susceptibilidade à EA e que polimorfismos do promotor do gene do TNF-alfa nas posições -238 e -308 poderão influenciar o prognóstico dos doentes com EA.

#### CL18 – QUALIDADE DE VIDA NO LES E AR: ESTUDO COMPARATIVO DE 749 DOENTES

C Duarte,<sup>1</sup> L Inês,<sup>1</sup> P Abreu,<sup>1</sup> M Couto,<sup>1</sup> C Vaz,<sup>1</sup> S Pedro,<sup>2</sup> E Benito,<sup>2</sup> A Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra
2. BioEPI

**Objectivos:** O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e a Artrite Reumatóide (AR) são doenças reumáticas crónicas com grande impacto na qualidade de vida (QoL) dos doentes. O SF-36 é um auto-questionário validado em português e adequado para avaliação da QoL nos doentes reumáticos. O objectivo deste trabalho é avaliar a qualidade de vida em doentes com LES em comparação com doentes com AR.

**Material e Métodos:** A Coorte de Lúpus de Coim-

bra inclui 165 doentes com LES (cumprindo critérios de classificação ACR) seguidos prospectivamente. Foram incluídos doentes com LES seguidos nesta coorte e observados consecutivamente, e doentes com AR seguidos em Serviços de Reumatologia Portugueses incluídos na base NDB-Portugal, cumprindo critérios de classificação do ACR para as respectivas doenças. Todos os doentes preencheram o auto-questionário SF-36. Foi quantificada a pontuação nas 8 subescalas do SF-36. Efetuou-se comparação entre os dois grupos utilizando testes paramétricos e não paramétricos conforme apropriado. Feita análise de regressão logística multivariável, ajustada a idade, sexo, nível educacional e duração da doença. O nível de significância estatística considerado foi 5%.

**Resultados:** Foram incluídos 749 doentes, 129 com LES e 620 com AR. Os doentes com LES eram mais frequentemente mulheres (91% *vs* 81%,  $p < 0,001$ ), com uma média de idade mais baixa (40 *vs* 57 anos,  $p < 0,001$ ), com uma menor duração da doença (7 *vs* 15 anos,  $p < 0,001$ ) e com um nível de educação mais elevado (66% tinham mais de 5º ano *vs* 40%). Os doentes com LES apresentaram melhor pontuação na maioria das subescalas do SF-36, excepto para as de Função Social e Saúde Mental, em que foi idêntica. Após análise multivariável, permaneceu significativa a diferença entre LES e AR nas subescalas de Função Física, Dor Total e Vitalidade.

**Conclusões:** Este trabalho sugere que a AR e o LES apresentam um elevado impacto na qualidade de vida. Os doentes com AR apresentaram maior impacto em termos de dor, função física e vitalidade, como seria de esperar. No entanto, o compromisso na Saúde Mental e Função Social das 2 doenças foi idêntico.

#### CL19 – FIABILIDADE E VALIDADE DA EXPLORAÇÃO DAS ÊNTESIS COM ULTRASSONOGRÁFIA (US).

Falcão S.,<sup>1,2</sup> De Miguel E.,<sup>3</sup> Cobo T.,<sup>3</sup> Muñoz-Fernández S.,<sup>3</sup> Bravo Pimentão J.,<sup>1</sup> Branco J.C.,<sup>1,2</sup> Martín Mola E.<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E, Hospital Egas Moniz
2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
3. Serviço de Reumatologia, Hospital Universitario la Paz, Madrid

**Objectivos:** O MASEI (*MAdrid Sonography Entesis Index*) avalia de forma quantitativa o dano entesopático. São avaliadas de forma bilateral 12 en-

tesis em cada paciente (fascia plantar, tendão de Aquiles, tendão rotuliano, quadríceps e tríceps). Sendo atribuída uma pontuação ponderada de lesão: dimensão de calcificações (0,1,2,3); sinal *Doppler* (0 ou 3); erosões (0 ou 3); estrutura, dimensão tendinosa e bolsa sinovial (0 ou 1). Objectivos: Determinar a reprodutibilidade inter-leitor e inter-equipamento de US do índice MASEI.

**Material e Métodos:** Foram avaliadas prospectivamente 192 entesis de 9 doentes com espondilite anquilosante com dois equipamentos de US: *Acuson-Antares Siemens (Medical Systems equipment)* com sonda linear de 5-13 Mhz (equipamento 1; 9 doentes – 108 entesis) e *LOGIQ9 (GE Healthcare; 7 doentes – 84 entesis)* com sonda linear de 4,5-15 Mhz (equipamento 2). Um reumatologista experiente em US músculo-esquelética e um interno de reumatologia com formação em US músculo-esquelética fizeram a leitura de forma independente e cega das imagens capturadas nos dois equipamentos, pontuando-as segundo o índice MASEI. Foi utilizado o SPSS para determinar o coeficiente de correlação intraclasse.

#### Resultados:

Inter-leitor/ /inter-equipamento	Coeficiente de correlação intraclasse
Inter-leitor equipamento 1 (n=9)	ICC 0,97 (95% IC: 0.90-0.99; p<0.0001)
Inter-leitor equipamento 2 (n=7)	ICC 0,93 (95% IC: 0.67-0.98; p<0.0001)
Leitor 1 inter-equipamento (n=7)	ICC 0,77 (95% IC: 0.20-0.95; p<0.01)
Leitor 2 inter-equipamento (n=7)	ICC 0,87 (95% IC: 0.33-0.97; p<0.0001)

**Conclusões:** A comunidade científica tem procurado encontrar novas formas de avaliação dos doentes com espondiloartropatias (EpAs) de forma a aumentar a acuidade diagnóstica numa fase inicial da doença. MASEI *score* superior/igual a 18 tem 83,3% de sensibilidade e 80% de especificidade para o diagnóstico de EpAs. Este trabalho demonstra que a exploração estandardizada das entesis é reprodutível com diferentes leitores e com os dois equipamentos analisados, validando a fiabilidade do estudo das entesis com US.

#### CL20 - AVALIAÇÃO DO RISCO DE MANIFESTAÇÕES ORGÂNICAS NA ESCLEROSE SISTÊMICA

Pedro Machado,<sup>1</sup> Maria João Salvador,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** A esclerose sistémica (ES) é uma doença autoimune multissistémica, classificada em difusa (ESD) ou limitada (ESL), em função da extensão do envolvimento cutâneo. É uma doença com elevada morbidade e mortalidade, sendo a capacidade de previsão do seu prognóstico fundamental para a decisão terapêutica. Foi nosso objectivo caracterizar clínica e laboratorialmente uma população Portuguesa com ES e avaliar os factores associados a maior risco de manifestações orgânicas da doença.

**Material e Métodos:** Foram recolhidos os dados dos 44 doentes do nosso Centro integrados na base de dados do *EULAR Scleroderma Trials And Research (EUSTAR)*. Estes dados incluem: data de nascimento, de aparecimento do Raynaud (R) e da primeira manifestação não-Raynaud (PMNR), cumprimento dos critérios ACR, classificação, positividade dos anticorpos anti-nucleares (ANA), anti-centrómero (ACA) e anti-topoisomerase I (Scl70), presença de elevação dos reagentes de fase aguda (RFA), proteinúria e doença activa (segundo a definição EUSTAR), peso, *score* de Rodnan modificado (sRm), atingimento vascular (AV), articular (AA), tendinoso (AT), muscular (AM), digestivo (AD), renal (AR), cardíaco e pulmonar (ACP). As várias manifestações foram analisadas transversalmente e comparadas entre subgrupos de doentes através do teste do qui-quadrado, Fisher e U de Mann-Whitney, conforme adequado. As diferenças estatisticamente significativas encontradas na análise univariada foram reavaliadas pela análise de regressão linear.

**Resultados:** Os doentes tinham as seguintes características: idade=60 anos, duração da doença=16 anos, idade de aparecimento do R=43 anos, idade da PMNR=49 anos, mRs=9, DLCO=84%. A maioria era do sexo feminino (82%), em 54% o R era tardio, em 66% a PMNR era precoce e em 45,5% o sRm elevado (os três dicotomizados na média), 96% cumpria critérios ACR, 68% tinha ESL, todos tinham ANA, 50% ACA, 34% Scl70, 25% doença activa, 31% RFA aumentados, 9% proteinúria, 98% AV, 30% AA, 27% AT, 21% AM, 43% AD, 14% AR e 55% ACP. Na análise univariada, a ESD (*vs* ESL) associou-se a sRm elevado, Scl70, doença activa, contractura articular, crepitação tendinosa, dispneia, arritmia e fibrose pulmonar radiográfica (FPRx). A presença de Scl70 (*vs* ACA) associou-se à ESD, sRm

elevado, crepitação tendinosa, arritmia e FPRx. O sexo feminino (*vs* masculino) associou-se ao ACA. O R tardio (*vs* precoce) associou-se a doença activa, FPRx, padrão restritivo pulmonar, menor duração da doença e a uma idade absoluta e da PMNR mais elevadas. A PMNR precoce (*vs* tardia) associou-se a menor idade absoluta e duração da doença, mas a uma idade de aparecimento do R mais elevada. A análise multivariada confirmou a várias das associações.

**Conclusões:** A forma difusa e a forma limitada da esclerose sistémica estão associadas a riscos diferentes de envolvimento orgânico. Esta distinção clínica parece ser acompanhada e, nalguns casos mesmo superada, pelo perfil de autoanticorpos.

#### CL21 – VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE DA ULTRASSONOGRAFIA COM COLOUR DOPPLER NO DIAGNÓSTICO DA ARTERITE DAS CÉLULAS GIGANTES APÓS CURTO PERÍODO DE APRENDIZAGEM

Dina Medeiros,<sup>1</sup> Sandra Falcao,<sup>2</sup> Maria João Saavedra,<sup>3</sup> Eugenio De Miguel<sup>4</sup>

1. Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia

2. Reumatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa

3. Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

4. Reumatologia, Hospital Universitario de La Paz, Madrid

**Introdução:** O valor de um método de diagnóstico depende da sua validade, critério que resulta da relação entre o teste a avaliar e o «gold standard». A validade da ultrassonografia (US) com *Colour Doppler*, no diagnóstico da Arterite das Células Gigantes (ACG), já foi demonstrado, mas os estudos existentes no que concerne a reprodutibilidade, são ainda escassos. Objectivos: Determinar a reprodutibilidade inter-leitor e intra-leitor da US *Colour Doppler*, após curto período de aprendizagem.

**Material e Métodos:** Três internos da especialidade de reumatologia realizaram um estágio de US, com a duração de 1 mês. Todos apresentavam conhecimentos teóricos da US CD. Os internos observaram e realizaram a técnica, supervisionados por um especialista em US da ATM. A validade inter-leitor e intra-leitor, foram determinadas. Para o estudo de reprodutibilidade, utilizamos imagens da ATM, de 27 doentes. ACG existia em 13 (48%)

[14(52%) não tinham ACG]. Foi utilizada US Acuson-Antares Siemens (*Medical Systems Equipment*); sonda de 5-13 Mhz. Para a validade dos leitores, o «gold standard» utilizado foi o diagnóstico do reumatologista assistente, segundo a biopsia, critérios ACR, evolução clínica e resposta terapêutica. A avaliação dos vídeos de US foi independente e cego. A reprodutibilidade intra-leitor obteve-se por re-avaliação dos vídeos, após 1 mês. O cálculo da validade da técnica correspondeu à melhor leitura obtida durante o período de aprendizagem.

**Resultados:** O coeficiente de correlação *kappa* inter-leitor foi bom, próximo de excelente: 0.796, inter-leitor 1-2 (0.852; IC 0.751-0.953;  $p < 0.0001$ ), inter-leitor 1-3 (0.769; IC 0.644-0.894) e inter-leitor 2-3 (0.769; IC 0.644-0.894). Este resultado tem um valor adicional pelo facto os três observadores serem internos de especialidade, em formação nesta técnica, não a tendo utilizado, previamente, para este fim diagnóstico. O Quadro I mostra os valores de sensibilidade, especificidade, e percentagem de indivíduos bem classificados para cada um dos leitores. A medida de validade intra-leitor foi obtida para o leitor 1 e o resultado foi bom, próximo de excelente (*kappa*: 0.78; IC 0.658-0.898;  $p < 0.0001$ ), intra-leitor 2 (*kappa*: 0.93 (0.854-0.98), intra-leitor 3 (*kappa*: 0.62 (0.484-0.74). Os piores resultados obtidos nas lecturas intra-leitor reflectem, provavelmente, a curva de aprendizagem.

**Conclusões:** O nosso estudo demonstrou bons resultados em termos de reprodutibilidade inter e intra-leitor, para US *Colour Doppler* da ATM. As percentagens de sensibilidade, especificidade e correcta classificação dos indivíduos testados, foi igualmente satisfatória, quando comparadas com o «gold standard». Tendo em conta o facto desta técnica ser mais rápida, barata e não invasiva, consideramos que deveria ser utilizada pelo reumatologista, na suspeita de ACG, e após uma aprendizagem adequada e certificada.

**Quadro I. Validade da Ultrassonografia *Colour Doppler* no Diagnostico da Arterite das Células Gigantes**

	Sensibilidade/Especificidade/ Indivíduos Bem Classificados		
Leitor 1	85.71%	93.31%	88.88%
Leitor 2	92.86%	100%	96.3%
Leitor 3	92.31%	92.86%	92.59%

## CL22 – DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA (ME) EM MEIO LABORAL

Luis Cunha Miranda,<sup>1</sup> Alexandra Cardoso,<sup>1</sup>  
Filipe Barcelos,<sup>1</sup> Rita Fernandes,<sup>1</sup> Luz Coelho,<sup>1</sup>  
Ana Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** Avaliação das queixas músculo-esqueléticas em trabalhadores, numa empresa de serviços tecnológicos e de telecomunicações, na sequência de um rastreio de saúde.

**Material e Métodos:** Foi efectuado um rastreio de saúde, em que foi aplicada uma escala EVA (Escala Visual Analógica com valores limite entre 0 e 10) relativa à dor sentida na última semana (EVA 7 dias) e uma outra escala EVA referente aos últimos 24 meses (EVA 24 meses), a nível dos ossos, articulações ou músculos; um questionário sobre queixas reumáticas (com 35 questões) em que perguntava questões referentes entre outras à presença de artrite lesões muco-cutâneas associadas a doenças reumáticas siteémica; e foi avaliada a composição corporal, a antropometria e alguns comportamentos de risco (sedentarismo, obesidade, hábitos tabágicos e alcoólicos).

**Resultados:** Foram avaliados 341 indivíduos, com idade média de  $38,2 \pm 8,4$  anos. A EVA 7 dias média foi de  $2,8 \pm 2,4$  [0-9] e a EVA 24 meses média foi de  $4,6 \pm 3,0$  [0-10]. 61,6% referiram ter tido dor nos últimos sete dias anteriores ao questionário e 69,8% tiveram dor nos últimos 24 meses. O tempo médio referido dispensado ao computador foi de  $8,4 \pm 7,1$

horas por dia. Foram encontradas correlações significativas entre a EVA 7 dias e a idade ( $r=0,121$ ;  $p=0,029$ ) e entre 18 questões sobre queixas reumáticas ( $p<0,05$ ); entre a EVA 24 meses e a idade ( $r=0,130$ ;  $p=0,016$ ) e outras 27 questões sobre queixas reumáticas ( $p<0,05$ ). Foram observadas diferenças significativas entre o grupo com dor e o grupo com ausência de dor da EVA 7 dias para a idade ( $39,3 \pm 8,7$  vs.  $36,6 \pm 7,7$  anos;  $p=0,003$ ). O grupo com dor apresenta maior número de queixas músculo-esqueléticas em ambas as escalas utilizadas (EVA 7 dias e EVA 24 meses) ( $p<0,05$ ). Os indivíduos com ansiedade/depressão têm um índice de dor superior (EVA 7 dias:  $p=0,008$ ; EVA 24 meses:  $p=0,006$ ), contudo não foram encontradas diferenças significativas para o sedentarismo, obesidade, hábitos tabágicos e alcoólicos.

**Conclusões:** Numa população jovem a grande maioria reporta dor ME sendo que está se relaciona com um conjunto alargado de outras queixas reumáticas. Contudo tal parece não se correlacionar com as horas ao computador, pelo que as posturas e a repetitividade das tarefas poderão estar implicados. A dor não se correlacionava com factores de riscos conhecidos para doença reumática como o sedentarismo a obesidade ou o tabagismo

A presença de queixas reportadas de ansiedade e depressão correlacionam-se com a dor o que está de acordo com a etiologia multidimensional da dor. Este trabalho alerta-nos que mesmo numa população jovem deveremos ter em conta queixas associadas a LMERT.



## POSTERS

## POSTERS

**P1 - LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO - UM CASO CLÍNICO EM CARDIOLOGIA**

Joana Lemos,<sup>1</sup> Luís Santos,<sup>2</sup> Isabel Martins,<sup>1</sup>  
Luís Nunes,<sup>2</sup> Oliveira Santos<sup>2</sup>

1. Serviço de Medicina 1 - Hospital de São Teotónio EPE

2. Serviço de Cardiologia - Hospital de São Teotónio EPE

**Objectivos:** Chamar a atenção para a necessidade de estar atento à possibilidade de apresentação específica de órgão/aparelho orgânico nas doenças sistémicas, nomeadamente reumatológicas.

**Material e Métodos:** Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, caucasiano de 63 anos de idade, que recorreu ao Serviço de Urgência em Janeiro de 2007 por dispneia e dor torácica de instalação progressiva desde o dia anterior. A dor era retroesternal com irradiação para o dorso, tipo pontada, e agravava com a inspiração profunda e a inclinação anterior do tronco. Referia, desde há cerca de 2 anos, uma fadiga inusual, com mialgias generalizadas recorrentes, acompanhadas de artralgias de tipo inflamatório e de distribuição aparentemente simétrica, atingindo preferencialmente as articulações dos pés (metatarsofalângicas), tornozelos, punhos e mãos (metacarpo-falângicas). Mencionava úlceras orais muito frequentes nos últimos anos. A esposa queixou-se de que, nos 5 meses precedentes, o doente iniciara um comportamento desconfiado e verbal e fisicamente agressivo em relação a ela, acusando-a de manter relacionamentos extra-conjugais. O doente não fumava e não consumia bebidas alcoólicas. Ao exame objectivo sobressaía alopecia difusa, rash malar discreto, um atrito pericárdico intermitente na auscultação cardíaca, e duas úlceras (3-4 mm) na mucosa jugal; tinha alargamento das articulações referidas, sem sinais de artrite. Analiticamente tinha discreta anemia normocrómica e normocítica e elevação da proteína C reactiva. O electrocardiograma mostrava ritmo sinusal, 90/minuto, com  $\zeta$ supradesnívelamento côncavo; do segmento ST em todas as derivações. Na radiografia torácica observava-se índice cardiorácico >50% e engurgitamento vascular peri-hilar direccionado para os ápices pulmonares. O ecocardiograma eviden-

ciou derrame pericárdico antero-posterior, em sístole e em diástole, com 22 mm. Perante a clínica e os exames, o doente foi admitido no internamento de Cardiologia com o diagnóstico de pericardite aguda com derrame pericárdico e colocou-se a hipótese de estar subjacente uma doença reumatológica, tendo-se pedido novos exames complementares de diagnóstico.

**Resultados:** Inicialmente o doente melhorou com a terapêutica instituída: ácido acetilsalicílico 1000 mg *per os* a cada 6 horas. Dos resultados dos exames efectuados no internamento, sobressaía uma ligeira anemia normocrómica e normocítica com cinética do ferro sugestiva de doença crónica ou inflamatória; VS elevada (81 mm/1<sup>ah</sup>); ANA positivos em título elevado, com padrão homogéneo e especificidade anti-nucleossomas; e, bastante mais tardiamente, a detecção de anticorpos anti-dsDNA (*double strand*). Perante isto, estabeleceu-se o diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico (Critérios do Colégio Americano de Reumatologia, 1982), com atingimento cutâneo-mucoso, articular, cardíaco (sob a forma de pericardite aguda, que motivou o internamento) e eventualmente neurológico central. O doente foi avaliado pela Psiquiatria, que diagnosticou Síndrome de Ottelo (delírio de ciúme) e sugeriu tratamento com haloperidol. Porém, a TAC e posteriormente a RMN craneo-encefálicas revelaram imagens normais, excluindo a hipótese de neurolúpus estabelecido, apesar da psicose provavelmente relacionada. Foi reduzida a dose de AAS, mantido o haloperidol e instituída terapêutica com 400 mg de hidroxycloquina e 40 mg de prednisolona oral (por dia). Na segunda semana de internamento o ecocardiograma verificou melhoria da pericardite, não se tendo nunca visualizado vegetações de Libman-Sacks. O doente teve alta orientado para a Consulta Externa de Medicina, com desmame progressivo da prednisolona nos moldes habituais, a reavaliar. Oito meses após a alta, o doente encontra-se assintomático e sem alterações do comportamento, medicado diariamente com 400 mg de hidroxycloquina, 5 mg de prednisolona e 5 mg de haloperidol (2id), com resolução da anemia (Hbg 16,0 g/dl) e VSG normal (12

mm). O ecocardiograma demonstra completa resolução do derrame pericárdico e uma PSAP normal. Não tem evidência de atingimento renal.

**Conclusões:** O Lúpus é uma doença multissistémica inflamatória auto-imune. Como tal pode ser diagnosticada no contexto de queixas multiorgânicas ou constitucionais, mas frequentemente motiva a procura de cuidados médicos apenas aquando do atingimento de um órgão ou aparelho orgânico em particular, mesmo que já exista doença sistémica subjacente estabelecida. Assim, há que estarmos atentos a esta possibilidade diagnóstica mesmo quando o doente é assumido por especialidades que não as que habitualmente abordam este tipo de patologias, pois só perante a suspeita se faz o diagnóstico e tratamento destes doentes, bem como o posterior acompanhamento, atendendo ao evoluir da doença com eventual atingimento de órgãos que, se não atempadamente tratado, pode causar morbidade e mortalidade significativas.

## **P2 – CAPILAROSCOPIA DO LEITO UNGUEAL NO FENÓMENO DE RAYNAUD E DA DOENÇA INDIFERENCIADA DO TECIDO CONJUNTIVO – IMPLICAÇÕES NA EVOLUÇÃO CLÍNICA E NO TRATAMENTO MÉDICO**

Paulo Clemente-Coelho,<sup>1</sup> Sara Cortes<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** Avaliar, em doentes com fenómeno de Raynaud ou com doença indiferenciada do tecido conjuntivo, do interesse dos resultados da capilaroscopia do leito ungueal e da sua correlação com a evolução diagnóstica e terapêutica.

**Material e Métodos:** Selecção dos resultados capilaroscópicos e laboratoriais (VS, PCR, factores reumatóides e ANA) de doentes observados na nossa unidade de capilaroscopia entre 1999 e 2003, enviados com os diagnósticos de fenómeno de Raynaud ou doença indiferenciada do tecido conjuntivo. Comparação do diagnóstico e terapêutica actual com os existentes à data da realização da capilaroscopia. Exclusão dos doentes enviados para realização de capilaroscopia com fenómeno de Raynaud associado com doença definida do tecido conjuntivo. Os resultados da capilaroscopia foram divididos nos seguintes grupos: 1) Normal; 2) Alterações *minor* (tortuosidade, alargamento); 3) Alterações *major* (áreas avasculares, megacapilares, hemorragias).

**Resultados:** Incluídos 80 doentes, com idade

51,4+14,3 anos (média+dp), 78 do sexo feminino (97,5%), com: fenómeno de Raynaud mais doença indiferenciada do tecido conjuntivo – 27 doentes (33,8%); fenómeno de Raynaud – 46 (57,5%); doença indiferenciada do tecido conjuntivo – 7 (8,7%). Resultados da capilaroscopia foram: normal – 30 doentes (37,5%); alterações ligeiras (tortuosidade e/ou alargamento) – 16 (20,0%); alterações significativas – 34 (42,5%) (hemorragias – 25 doentes (31,3%); megacapilares – 26 (32,5%); áreas avasculares – 3 (3,8%). Após capilaroscopia ocorreu introdução de novos tratamentos em 32 doentes (40,0%) e um novo diagnóstico em 39 (48,8%). As alterações major na capilaroscopia correlacionaram-se com a evolução diagnóstica e a introdução de nova medicação (p1/160) correlacionaram-se com a necessidade de novos tratamentos (p=0.005), mas não com a evolução para novos diagnósticos (p=0.07). Nenhuma significância estatística foi encontrada entre a PCR, VS ou a positividade de factores reumatóides e a evolução para novo tratamento ou novo diagnóstico.

**Conclusões:** A capilaroscopia do leito ungueal executada em doentes com fenómeno de Raynaud ou com doença indiferenciada do tecido conjuntivo tem um papel na avaliação prognóstica relacionada com a possibilidade de uma evolução no diagnóstico ou para a necessidade de introdução de novos tratamentos. Esta indicação prognóstica parece ser superior quando comparada com os ANA, a PCR, a VS e o factor reumatóide.

## **P3 – O PAPEL DOS NEUTRÓFILOS NA FASE INICIAL DA ARTRITE REUMATÓIDE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Ana Filipa Mourão,<sup>1,2</sup> Helena Canhão,<sup>1,3</sup>

Elsa Sousa,<sup>1,3</sup> Maria Emília Oliveira,<sup>4</sup>

Maria João Palhano,<sup>4</sup> Rita Cascão,<sup>1</sup>

Pamela Weinmann,<sup>1</sup> José Alberto Pereira da

Silva,<sup>3</sup> M Viana Queiroz,<sup>3</sup> João Eurico Fonseca<sup>1,3</sup>

1. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa

3. Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa

4. Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa

**Objectivos:** Existem numerosos argumentos a favor do envolvimento dos linfócitos T na fisiopatologia

logia da artrite reumatóide (AR). Estes argumentos geraram o chamado «paradigma das células T» que atribui a estas células o papel central na patogenia da AR. No entanto, esta teoria deixa por explicar algumas questões. É sabido que os neutrófilos desempenham um papel determinante nas artropatias agudas. No entanto, em doenças crónicas como a AR a sua participação na fase inicial é também provavelmente relevante.

**Material e Métodos:** Descrevemos o caso clínico de uma doente de 35 anos com uma oligoartrite assimétrica de instalação aguda, com envolvimento das articulações tibio-társica, joelho e punho direitos, acompanhada de tenossinovite dos peroneais. A doente referia ainda rigidez matinal prolongada e não apresentava lesões cutâneas nem sintomas sistémicos. Laboratorialmente, apresentava aumento da velocidade de sedimentação; os factor reumatóide, anticorpos anti-péptido citrulinado, anticorpos anti-nucleares e HLA B27 eram negativos. As radiografias de tórax, mãos, pés e bacia eram normais. Realizou biópsia sinovial do joelho direito na segunda semana da doença, que revelou a presença de um infiltrado inflamatório agudo com predomínio de neutrófilos, sugerindo um processo infeccioso.

**Resultados:** Apesar do exame bacteriológico do líquido sinovial ter sido negativo, iniciou terapêutica com anti-inflamatório não esteroide (AINE) e ceftriaxone, dada a suspeita de artrite gonocócica. Devido à persistência do quadro clínico com oligoartrite incapacitante, foi associada prednisona oral em baixas doses à terapêutica com AINE, com melhoria clínica parcial. Dois meses depois, apresentou envolvimento adicional do punho esquerdo e das articulações metacarpofalângicas da mão esquerda. Nesta altura, iniciou terapêutica com sulfasalazina, mais tarde associada a metotrexato (20 mg/semana), apresentando novamente resposta clínica apenas parcial. Foi realizada uma segunda biópsia sinovial do punho esquerdo, oito meses após o início do quadro clínico, que revelou fibrose e um infiltrado linfoplasmocitário difuso com um padrão compatível com AR. Nesta altura, a doente já apresentava erosões nas radiografias das mãos e pés e cumpria critérios diagnósticos ACR de AR.

**Conclusões:** A primeira biópsia, obtida nas primeiras semanas de evolução da doença, revelou um tecido sinovial altamente infiltrado por neutrófilos, que progrediu para um padrão celular sinovial diferente, à medida que a doença se tornou crónica. Esta observação sugere um papel crucial

dos neutrófilos no início da AR, que envolve também a activação do sistema imunitário adquirido, estabelecendo as bases de um processo inflamatório crónico.

Trabalho suportado por Bolsa SPR/Schering-Plough 2005

#### **P4 – PORQUE FECHAMOS OS OLHOS ENQUANTO O MUNDO CAI?**

Margarida Cruz<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar das Caldas da Rainha

**Objectivos:** Conhecer a epidemiologia das fracturas proximais do fémur tratadas num Hospital de Portugal.

**Material e Métodos:** Tipo de estudo e local: transversal, por consulta dos processos clínicos de todos os doentes com 50 ou mais anos, internados em três anos consecutivos no Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha por fractura proximal do fémur após uma queda de baixo impacto. Métodos: recolha e análises dos processos clínicos, com registo em Excel dos parâmetros: demográficos; relativos à fractura e seu tratamento; evolução após a alta; diagnóstico prévio de osteoporose e de fracturas prévias ou concomitantes; medicação para osteoporose; outras patologias concomitantes; medicação concomitante. Apresentação dos resultados segundo médias e percentagens.

**Resultados:** 272 internamentos de 267 doentes em 3 anos, 76% dos quais mulheres. A incidência média destas fracturas foi de 0,09% por ano. A maioria dos doentes tinha entre 71 e 90 anos, média de idades 80,2 anos. Apenas em 7% dos casos estava registado o diagnóstico prévio de osteoporose. O local da queda era referido em apenas 28% casos, na quase totalidade tratando-se do domicílio. Em 16% dos internamentos havia referência a outras fracturas osteoporóticas. A maioria dos doentes tinha 1 a 5 patologias concomitantes. A maioria dos doentes (59%) estava medicada com 4 ou mais fármacos. Em nenhum internamento foi pedida densitometria óssea nem foi registada a instituição de tratamento anti-osteoporótico. O custo total destes 272 internamentos foi de 1.458.220,67 euros. Registaram-se 14% óbitos no primeiro ano após a fractura.

**Conclusões:** A osteoporose estava aparentemente sub-diagnosticada nesta população em risco, porque idosa, polimedicada e com patologias potenciadoras da ocorrência de quedas e de fracturas. Aparentemente, não foi feita nestes doentes uma prevenção secundária das fracturas osteoporóti-

cas. A incidência destas fracturas foi baixa, comparativamente com o publicado em outros países. A mortalidade registada foi inferior à referida na literatura. Os custos associados a estes internamentos foram elevados.

**P5 – ESTUDO RAISE – ESTUDO OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL, PARA AVALIAÇÃO DA REALIDADE ACTUAL DO IMPACTO SÓCIO-ECONÓMICO DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE**

Miranda L C,<sup>1</sup> Negreiro F,<sup>2</sup> Queiroz MJ,<sup>2</sup> Silva C<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Eurotrials - Consultores Científicos

**Objectivos:** Avaliar a relação entre as medidas de actividade, funcionalidade e de qualidade de vida (QV) com os custos suportados pelos doentes com espondilite anquilosante (EA) em Portugal.

**Material e Métodos:** Estudo observacional, transversal, realizado em doentes com diagnóstico de EA, independentemente do estadió da doença. Foram recolhidos dados sobre as características sócio-demográficas, consumo de recursos em saúde e escalas de actividade, funcionalidade e QV: *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)*, *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI)*, *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* e EQ-5D incluindo *Visual Analogue Scale (VAS)*.

**Resultados:** Foram incluídos 127 doentes, dos quais 67,7% eram do sexo masculino, com uma média de idades de 48,7 anos (min-máx: 22-75 anos). 20,6% dos doentes empregados necessitaram modificar a sua actividade profissional devido à EA. A duração média da doença foi de 14,4 anos. Verificou-se, no último ano, que 85,0% dos doentes foram, em média, a 7 consultas devido à EA; 67,7% e 89,0% efectuaram exames complementares e laboratoriais, respectivamente; 67,5% realizaram tratamentos de fisioterapia; 3,1% foram internados e 85,8% estavam medicados para a EA. O custo total médio/mediano suportado por doente com EA foi 1367/525. Verificaram-se as seguintes pontuações médias: 5 no BASDAI, 4,9 no BASFI, 1,1 no HAQ e 58,7 na VAS.

**Conclusões:** Os resultados apontam no sentido de que um pior estado de saúde se traduz num custo mais elevado para os doentes, sendo que os custos principais estavam associados aos programas de MFR Palavras-chave: Espondilite anquilosante; Qualidade de vida; Custos em saúde; Actividade; Funcionalidade; Portugal. Agradecimento ENEA Apoio Wyeth

**P6 – FIBROMIALGIA – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

Artur Luis Lemos Maia Costa Freitas,<sup>1</sup>

Maria Dolores Perez Garcia<sup>2</sup>

1. C. S. Fafe - USF Novo Cuidar

2. C. S. Braga - Esporões

**Objectivos:** Sintetizar a abordagem diagnóstica em caso de suspeita de Fibromialgia e rever as opções terapêuticas disponíveis. Elaborar um guia de recomendações para o doente com Fibromialgia.

**Material e Métodos:** Efectuou-se uma pesquisa de artigos de revisão na MEDLINE e Índex RMP, publicados entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2007, utilizando as palavras-chave: «Fibromyalgia», «diagnosis» e «treatment». Fez-se ainda uma revisão bibliográfica em livros de texto de Psiquiatria e Reumatologia.

**Resultados:** A confirmação de uma suspeita de Fibromialgia, pode perfeitamente ser realizada no Centro de Saúde pelo Médico de Família, pois não é necessário qualquer exame auxiliar de diagnóstico complexo. A história clínica e a exploração física fornecem indicações essenciais tanto para confirmar como para descartar uma Fibromialgia. Em caso de confirmação diagnóstica o doente deverá ser referenciado á Especialidade de Reumatologia, não esquecendo que o seu tratamento é sempre multidisciplinar.

**Conclusões:** O Médico de Família desempenha um papel fundamental perante um doente com suspeita de Fibromialgia, tanto para confirmar como para descartar a presença desta doença. O seguimento dos casos mais leves poderá ser feitos no Centro de Saúde. O doente deve conhecer muito bem a sua doença para assim poder melhor viver e conviver com ela.

**P7 – DEGRADAÇÃO DAS PROPRIEDADES BIOMECÂNICAS DO OSSO SECUNDÁRIAS A ALTERAÇÕES QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS INDUZIDAS POR ARTRITE NO RATINHO SKG**

Joana Caetano-Lopes,<sup>1</sup> Ana Margarida Nery,<sup>1</sup>

Ricardo Henriques,<sup>1</sup> Helena Canhão,<sup>1,2</sup>

Joana Duarte,<sup>1</sup> Pedro M. Amaral,<sup>3</sup> Mário Vale,<sup>2</sup>

Rita Moura,<sup>1</sup> Patrícia A. Pereira,<sup>1</sup>

Pamela Weinmann,<sup>1</sup> Margarida Souto-Carneiro,<sup>4</sup>

Paulo Rego,<sup>2</sup> Jacinto Monteiro,<sup>2</sup>

Shimon Sakagushi,<sup>5</sup> Luis Graça,<sup>1</sup>

Mário Viana Queiroz,<sup>2</sup> Maria Fátima Vaz,<sup>3</sup>

João Eurico Fonseca<sup>1,2</sup>

1. Instituto de Medicina Molecular

2. Hospital de Santa Maria

3. Instituto Superior Técnico
4. Instituto Gulbenkian de Ciência
5. Institute for Frontier Medical Sciences

**Objectivos:** A artrite reumatóide (AR) induz um aumento do risco de fractura, causada por traumatismos de baixa energia, que é parcialmente explicável por uma redução da densidade mineral óssea. No entanto, a susceptibilidade do osso à fractura depende, não só da sua densidade mineral, mas também da sua qualidade estrutural, que pode ser avaliada por testes biomecânicos. Com este estudo pretende-se avaliar o impacto da artrite na estrutura e propriedades biomecânicas do osso, num modelo animal de artrite.

**Material e Métodos:** O trabalho foi realizado no ratinho SKG, que desenvolve uma poliartrite crónica, semelhante à AR humana. Realizaram-se ensaios de flexão de três pontos em fémures de ratinhos fêmeas controlo e com artrite, enquanto as vértebras foram submetidas a testes de compressão. A partir deste tipo de ensaios podemos obter curvas de tensão-extensão. Nestas curvas, podem determinar-se a tensão de cedência, a tensão correspondente à carga máxima, a extensão máxima, o declive na zona elástica (módulo de Young) e a energia absorvida até à tensão máxima. As amostras foram ainda observadas e analisadas quimicamente por microscopia electrónica de varrimento (SEM) associada a espectroscopia de dispersão de raios X. A estrutura do colagénio foi avaliada usando imagem de geração de segunda harmónica (SHG) num microscópio de excitação de dois fotões.

**Resultados:** Verificou-se que, nos animais com artrite, existiam alterações nas propriedades biomecânicas em comparação com o controlo. A densidade dos ossos de ratinhos com artrite era menor do que os controlos. As imagens obtidas por SEM e SHG indicaram a existência de menor número de trabéculas e alterações na organização do colagénio nas vértebras de animais com artrite.

**Conclusões:** Estes dados demonstram que a inflamação crónica induz uma redução na densidade do osso, afectando também a sua organização trabecular, e conduzindo à degradação das propriedades biomecânicas do osso, nomeadamente rigidez, ductilidade e resistência ósseas. Intervenções farmacológicas que documentem uma interferência com estes parâmetros poderão ser particularmente eficazes na redução da probabilidade de fractura em doentes com AR. Trabalho financiado pela bolsa FCT-PTDC/SAL-BEB/65992/2006

### P8 – ABORDAGEM DA ARTRITE SÉPTICA NA INFÂNCIA, EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Maria Dolores Perez Garcia<sup>1</sup>

1. C. S. Braga - Esporões

**Objectivos:** Rever e sintetizar a informação disponível sobre o diagnóstico e orientação clínica e terapêutica sobre a artrite séptica na infância, em Medicina Geral e Familiar.

**Material e Métodos:** Efectuou-se uma revisão bibliográfica na MEDLINE e Índex RMP, de análises, ensaios clínicos, revisões e «guidelines», publicadas entre Janeiro de 2002 e Dezembro de 2007, utilizando as palavras-chave: «Infectious arthritis», «pediatrics», «diagnosis» e «treatment».

**Resultados:** Normalmente a artrite séptica afecta a uma só articulação (como o joelho). O processo infeccioso pode começar em qualquer parte do corpo e depois migrar pelo sangue até à articulação. Os principais factores de risco são: imunodepressão, alcoolismo, neoplasias, feridas cutâneas, infecções respiratórias e traumatismos articulares. O microrganismo mais comum é o *S. Aureus*. O diagnóstico faz-se através de história clínica, exploração física, técnicas de imagem e análises ao sangue e líquido articular. O tratamento consiste em antibioterapia, às vezes complementada com cirurgia.

**Conclusões:** Cerca de 63% dos casos de artrite séptica aparecem antes dos 5 anos de idade. O Médico de Família, como porta de entrada do utente ao Serviço Nacional de Saúde, deve estar alerta para os sinais e sintomas que possam evidenciar a presença desta doença nas crianças, para assim ser possível efectuar um diagnóstico e tratamento precoces. Apresenta-se uma proposta de algoritmo de avaliação da artrite séptica pediátrica, nos Cuidados de Saúde Primários.

### P9 – FACTORES REUMATÓIDES E ANTI-CCP NA SÍNDROME DE SJÖGREN – COMPARAÇÃO COM A ARTRITE REUMATÓIDE E INDIVÍDUOS SAUDÁVEIS

F Barcelos,<sup>1</sup> I Abreu,<sup>2</sup> H Guimarães,<sup>2</sup> M Parente,<sup>1</sup> H Trindade,<sup>2</sup> J Vaz Patto<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

2. Departamento de Imunologia, Faculdade de Ciências Médicas

**Objectivos:** Os factores reumatóides (FR) são imunoglobulinas (Igs) de qualquer isotipo (M, A, G, E, D) dirigidos contra a porção Fc da IgG Humana (H) e/ou Animal (A). Os FR IgM são geralmente detec-

tados pelos métodos de aglutinação (RA teste e Waler Rose), e os IgA por ELISA. Os FR surgem em 50 a 90% dos doentes com AR e têm papel diagnóstico e prognóstico. Na S. Sjögren primário (SSp) são detectados em 20 a 95% dos casos. Os anticorpos anti-CCP, pelo contrário, são altamente específicos da AR.

**Material e Métodos:** Avaliar a prevalência de anti-CCP e dos subtipos de FR IgM e IgA no SSp e na AR com ou sem SSs. Foi feita uma avaliação transversal de 31 doentes com SSp, 31 com AR (dos quais 10 com SSs) e 31 controlos saudáveis, sendo avaliados a presença de artrite, a VS, PCR, anti-CCP e FR IgM e IgA por dois métodos diferentes: ELISA (*Orgentec* e *Quanta Lite*) e Tecnologia Luminex (imunoensaio múltiplo). O anti-CCP foi determinado por ELISA de 3ª geração (*Quanta Lite*).

**Resultados:** O sexo feminino predominava em todos os grupos (100% no SSp, 96,8% na AR e 100% no controlo). No SSp a idade média foi de 55,7 anos e a duração média da doença de 8,8 anos e na AR a idade média e duração da doença foram de 57,9 e 10,8 anos, respectivamente. Na AR com SSs a idade média e duração da doença foram superiores às do grupo AR sem SSs: 62,4 vs 55,9 anos e 14,9 vs 9,1 anos, respectivamente. No SSp 17 doentes (54,8%) tinham envolvimento sistémico e 9 tinham artrite (29,0%). Os valores de VS no SSp e na AR são semelhantes quando considerados no global, mas verifica-se que a presença de artrite e síndrome seca se associa a maiores valores de VS, quer no grupo SSp com artrite, quer no grupo AR com SSs. A PCR, foi inferior no SSp com artrite e no SSs em relação ao total de SSp e AR. Em relação à prevalência de FR IgM, variou entre 35,5% e 74,2% no SSp, e entre 51,6% e 90,3% na AR, enquanto o FR IgA esteve presente em 80% no SSp e em 74,2% na AR. Os anticorpos anti-CCP foram detectados em 6,9% dos doentes com SSp, nenhum dos quais com artrite, e em 64,5% dos doentes com AR. Destaca-se o facto de que os anti-CCP foram mais prevalentes na AR com SSs do que na AR sem SS.

**Conclusões:** No diagnóstico diferencial entre SSp e AR (com ou sem SS), os factores reumatóides não parecem ter utilidade. Os FR IgA, tal com o IgM, surgiu igualmente em ambas as patologias, embora com maior prevalência na AR com SSs. A determinação dos anti-CCP demonstrou elevada especificidade na distinção entre ambas as entidades. No entanto, a pequena dimensão da nossa população não permite a extrapolação destes resultados para o universo do SSp.

## P10 – ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO SÍNDROMA DE SJÖGREN PRIMÁRIO

F Barcelos,<sup>1</sup> J Vaz Patto,<sup>1</sup> M Sousa,<sup>1</sup> R Figueiredo,<sup>1</sup> M Parente,<sup>1</sup> A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** O Síndrome de Sjögren Primário (pSS) é uma doença inflamatória crónica caracterizada por infiltração linfocitária e lesão auto-imune das glândulas exócrinas. Além das queixas secas, é frequente a presença de artrite ou manifestações extra-glandulares, nomeadamente hepáticas, neurológicas, renais, pulmonares cutâneas ou vasculite. Em muitos doentes coexistem importantes manifestações de ansiedade e depressão que contribuem para uma maior impacto da doença na qualidade de vida.

**Material e Métodos:** Pretende-se avaliar a presença de ansiedade e depressão no pSS e identificar possíveis factores associados ou agravantes. Foram avaliados 25 doentes com SSp, definido pelos critérios do «American-European Consensus Group», aos quais se aplicaram as escalas de ansiedade e depressão «Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS), os questionários de queixas secas «Ocular Surface Disease Index» (OSDI), «Xerostomia Index» (XI) e «Oral Health-related Quality of Life» (OHR-QOL). A função glandular foi aferida com o teste de Schirmer e a sialometria não-estimulada. Foram consultados os registos clínicos para a caracterização clínico-laboratorial. A análise estatística foi efectuada com a Correlação de Spearman e com o teste de Mann-Whitney.

**Resultados:** Todos os doentes eram do sexo feminino, com idade média de 54,1±12,5 anos e duração da doença de 10,7±8,5 anos. As principais manifestações extraglandulares foram: artrite (13,6%), fadiga (21,4%), envolvimento neurológico (20,0%), hepático (13,0%), renal (4%) e vasculite (4%). Utilizando a escala HADS, 66,7% dos doentes tinham ansiedade moderada a grave (*score* superior a 10) e 32,0% depressão moderada a grave (*score* superior a 10). Exceptuando a associação entre o HADS-ansiedade e a fadiga (p=0,015), não existiam outras associações entre a presença de ansiedade ou depressão e as manifestações extraglandulares ou parâmetros laboratoriais. Menores valores de sialometria e Schirmer associavam-se a maiores valores na escala HADS, quer para ansiedade, quer para depressão, embora sem significado estatístico. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a escala HADS-ansiedade e a presen-

ça de depressão ( $P=0,000$ ), o XI ( $p=0,006$ ), o Ohr-QOL ( $p=0,001$ ) e a idade actual ( $p=0,022$ ). A escala HADS-depressão correlacionava-se com a ansiedade ( $p=0,000$ ) e a idade actual ( $p=0,049$ ), e quase atingiu significância em relação ao Ohr-QOL ( $p=0,054$ ) e à idade de início ( $p=0,070$ ).

**Conclusões:** Encontrámos elevada prevalência de ansiedade e depressão, que se correlacionavam entre si. Verificou-se uma associação significativa entre a ansiedade e a gravidade (XI) e o impacto (Ohr-QOL) da xerostomia, mas não da xerofalmlia (OSDI), o que não ocorre no caso da depressão. Existe uma associação positiva entre a idade e os índices de ansiedade e depressão, que não se correlacionou com o tempo de evolução. É também importante realçar que a fadiga se associa à ansiedade, mas não à depressão.

#### P11 – UTILIZAÇÃO DA SIALOMETRIA NÃO-ESTIMULADA NUMA CONSULTA DE SÍNDROMA DE SJÖGREN

F Barcelos,<sup>1</sup> J Vaz Patto,<sup>1</sup> M Parente,<sup>1</sup> A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** O Síndrome de Sjögren primário (SSp) é uma doença inflamatória crónica caracterizada por infiltração linfocitária das glândulas exócrinas. É necessária a presença de 4 entre 6 critérios do «American-European Consensus Group», mas o diagnóstico definitivo nem sempre é fácil, sobretudo no que respeita aos exames funcionais. A sialometria não-estimulada é um teste funcional que consiste na recolha de toda a saliva sob condições basais durante um período de tempo entre 10 e 15 minutos.

**Material e Métodos:** Pretende-se avaliar a aplicabilidade e utilidade da realização de sialometria não-estimulada aos doentes com SSp no âmbito da consulta externa. Realizou-se sialometria não-estimulada a 28 doentes consecutivos com SSp e a 20 indivíduos saudáveis assintomáticos do mesmo sexo e idade, e compararam-se os resultados obtidos. No SSp foi também correlacionado o fluxo salivar com o grau de compromisso funcional na cintigrafia das glândulas salivares, classificado de 1= ligeiro a 7= muito grave. A análise estatística foi feita com o teste de Mann-Whitney e a Correlação de Spearman.

**Resultados:** A idade média dos doentes e controlos era semelhante ( $55,1\pm 12,3$  anos *versus*  $54,1\pm 12,1$  anos). Foi feita a recolha de saliva global durante um período de 10 minutos, e os resultados foram

expressos em ml/min. Considera-se que as queixas secas surgem quando o fluxo salivar basal é inferior a metade o normal, que é de cerca de 0,30 ml/minuto. Deste modo, o limiar da xerostomia será de cerca de 0,15 ml/min, que se assume como o valor de referência do teste. O fluxo salivar estava significativamente reduzido nos doentes com SSp relativamente aos controlos ( $0,08\pm 0,01$  ml/min *versus*  $0,38\pm 0,25$  ml/min,  $p=0,000$ ). No SSp verificou-se que os doentes com menor fluxo salivar na sialometria apresentavam maior grau de compromisso funcional na cintigrafia das glândulas salivares, sendo a correlação estatisticamente significativa ( $p=0,037$ ).

**Conclusões:** Estes resultados preliminares apoiam a utilidade da sialometria não-estimulada na avaliação de doentes com suspeita de SSp, uma vez que pode confirmar a hipofunção salivar de um modo rápido e barato. A correlação com as alterações cintigráficas vem reforçar o valor deste instrumento. Numa consulta especializada de Síndrome de Sjögren, a disponibilidade imediata de um teste funcional salivar, paralelamente ao teste ocular de Schirmer, constitui uma mais-valia na triagem e classificação do SSp.

#### P12 – AVALIAÇÃO DE QUALIDADE AOS PROCESSOS CLINICOS DOS DOENTES COM ESCLEROSE SISTÉMICA NUMA CONSULTA DE REUMATOLOGIA APÓS UM ANO DE APLICAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO ESPECÍFICO

Margarida Mateus,<sup>1</sup> António A. Matos,<sup>1,2</sup>

Jaime C. Branco<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE - Hospital Egas Moniz, Lisboa

2. Faculdade da Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** Em 2006 os autores avaliaram segundo padrões já publicados, a prática médica relativa aos doentes com esclerose sistémica (ES) praticada no seu Serviço. Como a avaliação não era efectuada de modo uniforme, foi elaborado um protocolo para aplicação em todas as consultas. O objectivo dos autores é avaliar se a aplicação deste protocolo, após um ano da sua elaboração, é efectuada de facto, e se proporciona informação adequada para a avaliação dos índices de actividade e de gravidade da doença.

**Material e Métodos:** Foi elaborado um protocolo de avaliação para os doentes com o diagnóstico de

ES, para ser aplicado em todas as consultas. Este consiste num conjunto de perguntas simples, algumas de resposta fechada, abrangendo quer na história, quer no exame objectivo, alterações gerais, vasculares, cutâneas, sistema músculo-esquelético, gastro-intestinal, cardio-respiratório e renal e o perfil imunológico. Foram assim analisados todos os processos clínicos de doentes com ES seguidos na nossa consulta e excluídos desta análise os que não tinham utilizado o protocolo. Foi retirada a informação sobre a idade, o sexo, o tempo de duração da doença, a observância dos critérios de classificação da SS do ACR, *major* e *minor*, a sub-classificação em cutâneo-difusa ou cutâneo-localizada, a presença dos AAN, Anti-centrómero ou Anti-SCL70, o índice cutâneo de Rodnan modificado, o índice de actividade da doença, o índice de gravidade por órgão e a realização anterior de capilaroscopia.

**Resultados:** Dos 26 processos clínicos analisados, 9 não apresentavam o protocolo. Dos 17 incluídos no estudo, 15 são do sexo feminino. Em 11 dos doentes foram observados os critérios major de classificação, e nos critérios minor verificou-se inexistência de informação só num doente relativamente à fibrose pulmonar. Um total de 10 doentes foi classificado pelos autores como SS cutâneo-localizada e 2 como ES cutâneo difusa. Os restantes 5 doentes apresentavam o diagnóstico de CREST, não cumprindo os critérios de classificação do ACR, tendo o diagnóstico sido baseado na presença de Ac.Anti-centrómero, fenómeno de Raynaud, presença de telangectasias e capilaroscopia. O perfil imunológico estava presente na totalidade dos processos. Apenas em 4 dos doentes não foi realizado o índice cutâneo de Rodnan modificado. O índice de actividade da doença foi determinado parcialmente em 6 doentes e o índice de gravidade por órgão não foi possível determinar para os sistemas pele, articular, tracto GI, pulmão e coração em 4, 1, 1, 2 e 4 doentes, respectivamente. A capilaroscopia foi realizada em 7 doentes, 4 compatível com um padrão lento, uma com um padrão rápido e 2 com alterações não específicas.

**Conclusões:** A resistência à introdução do novo método de avaliação clínica foi importante, atestado pela quantidade de processos excluídos. O protocolo utilizado revelou algumas falhas na sua concepção, não permitindo responder com precisão a alguma dos parametros exigidos para avaliação dos índices de actividade e gravidade da doença. Esta auditoria ao protocolo foi importante no

sentido de o melhorar, com a finalidade de melhor responder e tratar estes doentes.

### P13 – ENTERITE LÚPICA: UMA CAUSA RARA DE DOR ABDOMINAL AGUDA

Margarida Coutinho,<sup>1</sup> Luis Inês,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>  
1. Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), a investigação da etiologia de uma dor abdominal aguda representa, com frequência, um desafio diagnóstico. Os autores apresentam o caso clínico de uma doente com LES que recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal aguda. O diagnóstico final foi de Enterite Lúpica.

**Material e Métodos:** C.M.C., sexo feminino, de raça branca, com 33 anos de idade, portadora de LES (com envolvimento articular, hematológico e imunológico) e de surdez congénita, que recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal difusa, intensa e de instalação súbita, associada a vômitos aquosos, com cerca de 48 horas de evolução. Sem antecedentes de febre ou de alterações recentes do trânsito intestinal. Ao exame objectivo (admissão), apresentava-se apirética e normotensa, sem alterações à auscultação pulmonar e cardíaca e, ao exame abdominal, com dor à palpação superficial e profunda de todos os quadrantes, sem defesa mas com acentuada diminuição global dos ruídos hidroaéreos. Ao exame reumatológico, ausência de sinovite.

**Resultados:** Do estudo laboratorial destacava-se a presença de um hemograma com contagem de plaquetas normal, VS (1ª hora): 54 mm, ureia: 52.2 mg/dl, creatinina: 1.7 mg/dl, K+: 3.2 mmol/L, albumina: 2.8 g/dl e PCR: 0.62 mg/dl (amilase pancreática e restantes parâmetros de bioquímica normais) e factores de complemento diminuídos (C3: 0.54 G/L e C4: 0.07 G/L). A ecografia abdominal viria a revelar a presença de derrame peritoneal volumoso e de ansas de intestino delgado de parede espessada (9 mm de espessura) localizadas no flanco esquerdo, alterações estas corroboradas por TAC abdomino-pélvica, que permitiu, igualmente, a identificação de ansas intestinais com estratificação da parede em alvo. Foi efectuada terapêutica com metilprednisolona ev (1gr/dia) durante 3 dias, à qual se seguiu terapêutica com prednisolona oral (1 mg/kg/dia), com resolução da sintomatologia.

**Conclusões:** A Enterite Lúpica representa uma das

complicações gastrointestinais mais graves em doentes com LES, podendo evoluir para a perfuração intestinal. O estabelecimento de um diagnóstico atempado, com conseqüente instituição de corticoterapia em dose elevada associam-se, habitualmente, a uma evolução clínica favorável.

#### **P14 – TUMEFACÇÃO DAS PARÓTIDAS NO SÍNDROMA DE SJÖGREN PRIMÁRIO**

F Barcelos,<sup>1</sup> J Vaz Pato,<sup>1</sup> R Figueiredo,<sup>1</sup> M Sousa,<sup>1</sup> D Medeiros,<sup>1</sup> C Miguel,<sup>1</sup> M Parente,<sup>1</sup> A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** O Síndrome de Sjögren Primário (SSp) é uma doença inflamatória crónica caracterizada por infiltração linfocitária das glândulas exócrinas. A tumefacção das parótidas é uma manifestação frequente e característica deste processo. Manifestações extra-glandulares incluem fadiga, artralguas e artrite, envolvimento pulmonar, neurológico, renal ou hepático, vasculite. Pretende-se averiguar a existência de diferenças clínico-laboratoriais em doentes com SSp com ou sem tumefacção das parótidas.

**Material e Métodos:** Foram avaliados retrospectivamente 82 doentes com SSp, definido pelos critérios do «American-European Consensus Group». Formaram-se dois grupos de acordo com a presença de tumefacção parotídea (23 doentes – 28%) ou a sua ausência (59 doentes – 72%), e registaram-se os dados clínicos e laboratoriais através da consulta dos registos médicos. A 21 doentes (história tumefacção parotídea presente em 7 e ausente em 14) foi feita uma avaliação das queixas secas com o teste de Schirmer e a sialometria não-estimulada, e aferido o impacto das queixas de xerostomia através dos questionários «Xerostomia Index» (XI), «Oral Health-related Quality of Life» (OHR-QOL) e «Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS). Statistical analysis was performed with the Qui-square and Mann-Whitney tests.

**Resultados:** Os 82 doentes eram todos do sexo feminino, com idade média de 54,4 anos  $\pm$  12,2 (26-77) sem diferenças entre os dois grupos. Não se registaram diferenças significativas entre os doentes com ou sem tumefacção parotídea quanto à presença de artrite (34,8% *versus* 22,0%), a fadiga (53,3 vs 45,0%), envolvimento renal (13,0 vs 10,2%), hepático (33,3% vs 22,4%), neurológico (15,0 vs 21,6%) e vasculite (0 vs 11,9%). Verificaram-se diferenças no perfil laboratorial, uma vez que os

doentes com tumefacção glandular apresentavam maior frequência de anti-SSA (91,3 vs 76,3%,  $p=0,125$ ), anti-SSB (73,9 vs 47,5%,  $p=0,031$ ), factores reumatóides (FR) (84,2 vs 50,0%,  $p=0,009$ ) e elevação da VS (média: 58,9 vs 43,5mm,  $p=0,029$ ). Quanto à presença de hipergamaglobulinemia e de crioglobulinas, não se verificaram diferenças significativas. O teste de Schirmer foi semelhante em ambos os grupos, mas o fluxo salivar por sialometria foi inferior nos doentes com tumefacção parotídea (0,06 vs 0,09 ml/minuto,  $p=ns$ ), associado a maior impacto no questionário «XI» ( $p=0,005$ ) e «Ohr-QOL» ( $ns$ ,  $p=0,190$ ), referentes à xerostomia, e também em relação ao «HADS-ansiedade» ( $ns$ ,  $p=0,100$ ) e «HADS-depressão» ( $p=0,312$ ).

**Conclusões:** A tumefacção das parótidas parece traduzir uma resposta imunológica mais intensa e específica, dada a elevação da VS e presença de Anti-SSA e SSB e FR, embora sem diferenças significativas nas manifestações clínicas. A maior disfunção glandular está associada à gravidade e impacto da xerostomia, mas o reduzido número de doentes avaliados não permitiu atingir significância estatística. Futuras avaliações seriadas poderão conformar estas impressões.

#### **P15 – CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CRISTAIS NO LÍQUIDO SINOVIAL**

Margarida Coutinho,<sup>1</sup> Sara Serra,<sup>1</sup>

M. João Salvador,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Caracterização dos resultados da pesquisa de cristais em amostras de líquido sinovial e dos principais antecedentes patológicos, hábitos medicamentosos e manifestações clínicas que motivaram a respectiva artrocentese, em doentes que se encontraram em seguimento clínico no serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (internamento e consulta externa), durante o período decorrido de 1 de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2007.

**Material e Métodos:** Pesquisa de cristais em amostras de líquido sinovial (por microscopia óptica de luz polarizada), com posterior identificação dos doentes cujo resultado se revelou positivo e em relação aos quais foram pesquisados os seguintes parâmetros: sexo, idade, antecedentes patológicos, hábitos medicamentosos, tipo de envolvimento articular (monoarticular, oligoarticular ou poliarticular), hipótese de diagnóstico inicial, tipo de

cristal identificado e diagnóstico definitivo.

**Resultados:** Enviadas para pesquisa e identificação de cristais 513 amostras de líquido sinovial, cujas colheitas foram efectuadas durante o período decorrido entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2007, das quais apenas 60 (11.7%) revelaram a presença de cristais. Cerca de 80% dos doentes era do sexo masculino, sendo a idade média de 59.7 anos (ambos os sexos). Relativamente aos antecedentes patológicos destes doentes, foi identificada a presença de hiperuricémia em 68.3% dos casos, seguida de hipertensão arterial (58.3%), etilismo crónico (30%) e de insuficiência renal aguda ou crónica agudizada (28.3%), como antecedentes mais relevantes. Cerca de 25% dos doentes cumpria medicação com inibidores da enzima de conversão da angiotensina II (IECA). A maioria dos doentes apresentava envolvimento oligoarticular (45%) e a hipótese de diagnóstico inicial foi de Artrite Microcristalina em 65% dos doentes, seguida de Artrite Reumatóide (15%). As amostras de líquido sinovial revelaram, em 55.0% dos casos, a presença de cristais de Urato Monossódico, tendo sido identificados cristais de Ácido Úrico em 41.7% das amostras e cristais de Pirofosfato de Cálcio em apenas 3.3%.

**Conclusões:** A pesquisa de cristais no líquido sinovial (por microscopia óptica de luz polarizada), continua a ser um método simples, pouco dispendioso e útil na confirmação diagnóstica e no estabelecimento do diagnóstico diferencial de uma Artrite Microcristalina.

#### P16 – PÚRPURA DE HENOC-SCHÖNLEIN – A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS

P. Abreu,<sup>1</sup> C. Duarte,<sup>1</sup> S. Serra,<sup>1</sup> P. Monteiro,<sup>1</sup>  
M.J. Saavedra,<sup>1</sup> M.J. Salvador,<sup>1</sup> A. Malcata<sup>1</sup>

1. Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** A púrpura de Henoch-Schonlein (PHS) é uma vasculite sistémica que atinge os vasos de pequeno calibre caracterizada pela deposição de imunocomplexos contendo IgA na pele, tracto gastrointestinal, articulações e rins. Esta vasculite afecta predominantemente crianças (incidência é  $\pm$  15 casos/100.000 crianças/ano) sendo a sua história natural menos conhecida em adultos. A sua gravidade e manifestações clínicas são diferentes daquelas das crianças. Objectivo: descrever 2 doentes adultos com PHS.

**Caso clínico 1.** Paciente de 58 anos, com antecede-

ntes de esquizofrenia paranóide e hipertensão arterial, com febre, púrpura, dor abdominal, artralguas de ritmo inflamatório e edema dos membros inferiores e região dorsal das mãos com evolução de uma semana, após quadro de amigdalite pultácea. Exame objectivo: apirético, TA = 160/110mmHg, com lesões purpúricas nos membros inferiores e região dorsal. Auscultação cardiopulmonar sem alterações. Exame abdominal: dor à palpação superficial e profunda. Sem sinovite. Exame da orofaringe: hipertrofia amigdalina com exsudado purulento. Analiticamente: leucocitose (19900). PCR e VS elevadas – 9.8 mg/dl e 63 mm (1ª Hora), respectivamente. Urina tipo II: sedimento urinário activo - proteínas (138mg/dl), leucócitos (469 uL/campo) e eritrócitos (393 uL/campo). Proteinúria 24H = 948.5mg. Estudo do complemento normal, ANA's e ANCA's negativos. Foi iniciada antibioterapia e corticoterapia (1mg/Kg/dia) obtendo-se boa resposta clínica e analítica.

**Caso clínico 2.** Paciente 46 anos internado por púrpura, hemorragia intestinal baixa e hematuria com um mês de evolução sem qualquer factor desencadeante reconhecido. Havia sido internado previamente em outra unidade de saúde onde foi submetido a laparotomia exploradora (por hemorragia baixa). Ao exame objectivo: apirético, palidez cutâneo-mucosa, TA=130/70mmHg, com lesões purpúricas nos membros inferiores. Analiticamente: leucocitose (15900), trombocitopenia (127000) e anemia (Hb=10,6 g/dl). PCR e VS normais – 0,86 mg/dl e 6 mm (1ª Hora), respectivamente. Urina tipo II: proteínas (129 mg/dl) e eritrócitos (2556 uL/campo). Determinação de proteinúria 24H: 1124 mg. Estudo do complemento normal, ANA's, ANCA's e anti-MBG negativos. Efectuou biópsia renal: glomerulonefrite proliferativa mesangial com depósitos ligeiros de IgA. Iniciou corticoterapia (1mg/Kg/dia) obtendo-se fraca resposta clínica e analítica pelo que iniciou ciclofosfamida (750mg/m<sup>2</sup>) após realização de biópsia renal. Houve redução dos valores de proteinúria, assim como melhoria da clínica. Desenvolveu diabetes secundária a corticoterapia com necessidade de insulino-terapia e hipertensão arterial.

**Conclusões:** As vasculites devem ser suspeitas em qualquer doente com doença multissistémica que não é rapidamente explicada por processo infeccioso ou neoplásico. A PHS é a vasculite sistémica mais frequente em crianças, habitualmente com curso benigno da doença apenas necessitando de terapêutica de suporte. Em adultos, a resolução

espontânea da doença é menos comum e o risco de progressão para a insuficiência renal é elevado.

### **P17 – VALOR DA CINTIGRAFIA DAS GLÂNDULAS SALIVARES NA SÍNDROME DE SJÖGREN**

F Vinagre,<sup>1</sup> AI Santos,<sup>2</sup> MJ Santos,<sup>1</sup> A Oliveira,<sup>3</sup> A Prata,<sup>2</sup> J Canas da Silva<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta
2. Serviço de Medicina Nuclear, Hospital Garcia de Orta
3. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Garcia de Ora

**Objectivos:** A cintigrafia das glândulas salivares é um método não invasivo de avaliação funcional das glândulas salivares *major*; aceite como critério de diagnóstico pelo *European Study Group for Sjögren Syndrome* (ESG-SS). Pretendeu-se avaliar o desempenho quer da classificação de Schall quer de parâmetros semi-quantitativos de captação do radiofármaco e de resposta a estímulo excretor. Adicionalmente, procurou-se identificar os dados cintigráficos mais associados à Síndrome de Sjögren primária (SSp).

**Material e Métodos:** Estudo observacional de 63 doentes do sexo feminino, com suspeita clínica de SS e idade média de  $56 \pm 12.9$  anos. Vinte doentes tinham diagnóstico de SSp de acordo com os critérios do ESG-SS, os restantes não preenchiam critérios. Todos realizaram cintigrafia das glândulas salivares, a qual foi interpretada através da classificação de Schall, do grau de captação do radiofármaco em ambas as parótidas e submaxilares, da morfologia das curvas actividade-tempo e de índices semi-quantitativos de captação e de excreção. Para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos parâmetros cintigráficos entre os doentes com e sem critérios para SSp, foram utilizados a regressão logística e o teste de Fisher na comparação de parâmetros qualitativos e o teste *t-Student* para os índices semi-quantitativos, após confirmada a distribuição normal dos valores obtidos, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

**Resultados:** Nos doentes com SSp, verificou-se concordância entre os resultados da cintigrafia e os da biopsia de glândulas salivares menor. Os dados cintigráficos foram significativamente inferiores no grupo de doentes com SSp, apenas ao nível das glândulas submaxilares e em todos os parâmetros avaliados: a) parâmetros qualitativos – grau de captação do radiofármaco (OR 0,24; 95% CI 0,1 – 0,6;  $p=0,003$ ), morfologia das curvas actividade-

-tempo (OR 0,28; 95% CI 0,1 – 0,6;  $p=0,001$ ) e classificação de *Schall* (OR 10,5; 95% CI 2,9 – 37,8;  $p<0,001$ ); b) índices semi-quantitativos – captação ao 1º minuto ( $p=0,005$ ), captação máxima ( $p=0,01$ ), relação entre fixação máxima e ao 1º minuto ( $p=0,002$ ) e resposta excretora ( $p=0,006$ ).

**Conclusões:** A classificação de *Schall*, apesar de qualitativa e observador dependente, tem valor diagnóstico na SSp. As glândulas submaxilares foram as que apresentaram alterações cintigráficas mais marcadas. Os parâmetros semi-quantitativos demonstraram concordância com a classificação de *Schall*, podendo, no entanto, apresentar valor incremental na interpretação da cintigrafia. É, portanto, necessário o estabelecimento de limiares de normalidade que permitam o seu uso na prática clínica.

### **P18 – AVALIAÇÃO CARDÍACA DE DOENTES COM ARTRITE PSORIÁTICA**

Mónica Bogas,<sup>1</sup> Ana Ribeiro,<sup>1</sup> José A. Costa,<sup>1</sup>

Lúcia Costa,<sup>1</sup> Carmo Afonso,<sup>1</sup> Domingos Araújo<sup>1</sup>

1. CHAM, Ponte de Lima

**Objectivos:** Introdução – As alterações valvulares e as perturbações da condução cardíaca são conhecidas como fazendo parte das manifestações extra-articulares da espondilite anquilosante. A prevalência destas manifestações na artrite psoriática (APs) não está bem documentada. Objectivos: Determinar a prevalência e o tipo de alterações ecocardiográficas (ECO) e electrocardiográficas (ECG) num grupo de doentes com APs e avaliar a sua relação com o compromisso raquidiano inflamatório.

**Material e Métodos:** Estudo transversal de um grupo de doentes com o diagnóstico de artrite psoriática (segundo critérios CASPER), seguidos em consulta de reumatologia, submetidos a avaliação cardíaca por 2 métodos não invasivos, ecocardiograma Doppler e electrocardiograma.

**Resultados:** Avaliados 40 doentes, 22 homens e 18 mulheres, com idade média de 46 anos (30-74), tempo de evolução médio de 126 (7-540) meses e compromisso axial em 20 (50%) doentes. A dilatação da raiz da aorta, sinais de insuficiência aórtica ligeira, sinais de insuficiência mitral e dilatação da aurícula esquerda foram evidentes em 2 (5%), 4 (10%), 11 (28%) e 9 (23%) doentes respectivamente. Hipertrofia ventricular esquerda ou do septo interventricular foi detectada em 6 (15%) doentes.

tes e alterações do relaxamento ventricular esquerdo em 5 (13%) doentes. Sinais de insuficiência tricúspide foram encontrados em 6 (15%) doentes. Não se detectaram alterações valvulares compatíveis com estenose aórtica ou mitral, compromisso da função sistólica ventricular esquerda, bem como, sinais de aortite ou pericardite. Alterações electrocardiográficas foram encontradas em 15 (38%) doentes: bradicardia sinusal em 8 (20%), sinais de hipertrofia ventricular em 3 (8%), extrassístoles ventriculares em 2 (5%) e alterações inespecíficas da repolarização em 2 (5%). Não se encontrou associação entre o compromisso axial e as alterações electro ou ecocardiográficas.

**Conclusões:** As alterações electro ou ecocardiográficas encontradas são heterogéneas e vulgarmente encontradas em amostras de rastreio da população em geral. Embora mais frequentes neste grupo, quer as alterações electro como ecocardiográficas não estiveram associadas de forma estatisticamente significativa à espondilite psoriática.

**P19 - CASUÍSTICA DE TUBERCULOSE EM DOENTES A CUMPRIR TERAPÊUTICA ANTI-TNF $\alpha$ : 7 ANOS DE EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE EGAS MONIZ**

L. Pinto,<sup>1</sup> P. Nero,<sup>1,2</sup> C. Ribeiro,<sup>1</sup> J.C. Branco<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do CHLO, EPE-Hospital Egas Moniz, Lisboa

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** Neste trabalho estudámos as características dos doentes reumáticos que desenvolveram tuberculose sob terapêutica com anti-TNF- $\alpha$ .

**Material e Métodos:** Foram consultados os processos clínicos entre 2000 a 2007 de todos os doentes, com qualquer doença reumática, que cumpriram terapêutica com Adalimumab, Infliximab e Etanercept, tendo sido colhidos dados demográficos, clínicos e terapêuticos.

**Resultados:** Foram analisados 137 doentes, com uma idade média de 52, 8 anos  $\pm$  14,8. Destes doentes 85% eram do sexo feminino. Das patologias tratadas com estes agentes salientamos: 68,9% (93) de doentes com Artrite Reumatóide (AR); 16,8% (23) com Espondilite Anquilosante (EA); 10,9% (15) com Artrite Psoriática (AP); 1,5% (2) com Espondiloartropatia associada a doença inflamatória intestinal (SPA associada a DII) e ainda 1,5% (2) com

Artrite Idiopática Juvenil (AIJ). Relativamente aos fármacos biológicos usados como primeiro agente na terapêutica destes doentes, as percentagens foram as seguintes: 59% iniciaram tratamento com Infliximab, 46% com Etanercept e 24% com Adalimumab. Durante os 7 anos, que decorreram desde o início do uso desta medicação, foram diagnosticados no nosso serviço 6 casos de tuberculose (TB); 4 doentes estavam medicados com Infliximab (número de doentes expostos 59; 6,7%), 1 doente com Etanercept (número de doentes expostos 46; 2,2%) e 1 doente com Adalimumab (número de doentes expostos 24; 4,2%).

**Conclusões:** A tuberculose é uma doença endémica em Portugal. Muitos dos nossos doentes iniciaram terapêutica com fármacos anti-TNF- $\alpha$  antes do estabelecimento de recomendações para o diagnóstico e tratamento da tuberculose latente e activa nas doenças inflamatórias articulares candidatas a estes tratamentos, que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Pneumologia têm vindo a desenvolver com o objectivo de evitar esta doença.

**P20 – ARTRITE PSORIÁTICA E RISCO CARDIOVASCULAR: AVALIAÇÃO DE UM GRUPO DE DOENTES**

Mónica Bogas,<sup>1</sup> Ana Ribeiro,<sup>1</sup> José A. Costa,<sup>1</sup>

Carmo Afonso,<sup>1</sup> Lúcia Costa,<sup>1</sup> Domingos Araújo<sup>1</sup>

1. CHAM, Ponte de Lima

**Objectivos:** 1) Avaliação do risco cardiovascular em doentes com artrite psoriática considerando múltiplos factores de risco (FR) para doença coronária (DC) de acordo com os modelos de predição de Framingham. 2) Avaliação do número de doentes em que a diminuição do LDL-C deveria ser considerada, atendendo às recomendações do *National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III* (ATPIII). 3) Avaliação da prevalência da síndrome metabólica segundo a definição da International Diabetes Federation.

**Material e Métodos:** Estudo transversal de 43 doentes com APs seguidos em consulta de reumatologia. Efectuado registo de características demográficas, hábitos tabágicos, antecedentes patológicos, terapêutica actual, tensão arterial média, parâmetros antropométricos, glicemia em jejum, perfil lipídico e proteína C reactiva. Foi calculado o *score* de risco global segundo Framingham com a soma de pontos atribuídos a idade, colesterol to-

tal, HDL-C, TA sistólica, a presença de diabetes e consumo de tabaco. Considerou-se a necessidade de redução de LDL-C para < 160mg/dl se 0-1 FR, < 130 mg/dl se 2 ou + FR e 94 ou mulher >80cm, triglicerídeos  $\geq$  150 mg/dl, HDL se homem < 40 ou mulher < 50 mg/dl, TA  $\geq$  130/ 85 mmHg e glicemia >100mg/dl (ou tratamento específico para algum destes factores)

**Resultados:** Idade média 50,5 (32-74) anos, 49% do sexo feminino, duração média da APs 130,4 (7-540) meses, 82% em tratamento com DMARDs e 69% sob corticoterapia. A prevalência total de colesterol  $\geq$ 180mg/dl, hipertensão arterial (TA  $\geq$ 140/90), obesidade (IMC $\geq$ 30), diabetes mellitus (glic  $\geq$ 126mg/dl), triglicerídeos  $\geq$ 150mg/dl, tabagismo e HDL  $\leq$ 40 mg/dl foi de 74%, 47%, 28%, 23%, 18%, 14% e 6% respectivamente. De acordo com o ATPIII, dos 43 doentes, 8 (19%) tinham 2 ou + FR e 7 (16%) DC ou equivalente. Usando o modelo de predição de risco de Framingham o risco aos 10 anos para DC de novo foi em média de 14,0% nos homens e 7,2% nas mulheres. Segundo esta escala, se a APs fosse considerada um factor de risco adicional independente, equivalente ao tabagismo (2 pontos), esse risco passaria a ser em média 19,1 % nos homens e 9,5% nas mulheres. A terapêutica adicional hipolipemiante para diminuir valor de LDL-C foi necessária em 15 (35%) doentes. A síndrome metabólica estava presente em 11 (26%) doentes, 5 (23%) do sexo masculino e 6 (29%) do sexo feminino.

**Conclusões:** Embora com uma amostra pequena, este estudo mostra um número elevado de doentes em risco de DC em 10 anos. Quando comparada com outros estudos em doentes com APs, a prevalência dos principais factores de risco no nosso grupo de doentes é mais elevada. Contudo, embora não emparelhadas, o risco estimado, bem como a prevalência dos factores de risco, na nossa amostra, não foram, muito diferentes das calculadas para amostras populacionais em acções de rastreio no nosso país.

#### P21 – BIOPSIA DE GORDURA ABDOMINAL NA PESQUISA DE SUBSTÂNCIA AMILÓIDE – ESTUDO RETROSPECTIVO

P. Abreu,<sup>1</sup> J. Garcia,<sup>1</sup> A. Malcata<sup>1</sup>

1. Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Avaliação epidemiológica, clínica, analítica e terapêutica dos pacientes submetidos a biopsia de gordura abdominal para pesquisa de

substância amilóide.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes internados num serviço de Reumatologia no período de 2000 a 2007, submetidos a biopsia de gordura abdominal.

**Resultados:** Foram incluídos 27 doentes, com uma média de idade de 62,9 $\pm$ 11,6 anos, dos quais 81,5% eram do sexo feminino. A patologia mais frequentemente associada nestes doentes foi a Artrite Reumatóide (74,1%). O motivo mais frequentemente associado à pesquisa de substância amilóide foi em 88,9% dos casos a persistência de elevação de VS e PCR, seguido da associação de anemia e elevação dos marcadores de inflamação em 81,5%. De salientar que 59,3% do número total de doentes tinham desenvolvido proteinúria. O resultado para pesquisa de substância amilóide na gordura abdominal foi positivo em 2 pacientes (7,41%). Destes, um foi submetido a biopsia renal tendo sido feito o diagnóstico de amiloidose AA. Do número total de pacientes, 4 foram submetidos, *a posteriori*, a biopsia renal tendo sido feito em 2 deles o diagnóstico de amiloidose AA, 1 doente com diagnóstico de amiloidose primária AL e outro com glomerulonefrite mesangioproliferativa com nefrite intersticial ligeira crónica.

**Conclusões:** Neste estudo, verificou-se haver um predomínio do sexo feminino (ratio F:M 4,4) sendo a patologia mais prevalente nestes doentes a artrite reumatóide (74,1%). Apenas numa minoria dos pacientes a biopsia permitiu fazer o diagnóstico.

#### P22 - ESTUDO COMPARATIVO DOS ANTICORPOS ANTI-CCP E FACTORES REUMATÓIDES NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITE CRÓNICA

P. Abreu,<sup>1</sup> L. Inês,<sup>1</sup> C. Duarte,<sup>1</sup> R. Cunha,<sup>2</sup>

F. Rodrigues,<sup>2</sup> A. Malcata<sup>1</sup>

1. Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Patologia Clínica, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Comparar o valor clínico dos anticorpos anti-CCP e dos Factores Reumatóides (FR) séricos no diagnóstico diferencial da artrite crónica.

**Material e Métodos:** Foram incluídos doentes consecutivos com Artrite Reumatóide (AR), cumprindo os critérios de classificação do ACR [Grupo 1] e doentes com oligo/poliartrite crónica não reumatóide [Grupo 2], seguidos no Serviço de Reumatologia dos HUC. Foi efectuada colheita de sangue a todos os doentes, com subsequente pesquisa séri-

ca de anti-CCP (Teste ELIA com utilização de péptidos citrulinados sintéticos de 2ª geração) e de FR (Teste N Latéx RF, através de imunonefelometria de partículas reforçadas e o Teste Waaler-Rose Kit por uma reacção Waaler-Rose modificada em placa). Foi calculada a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e o valor preditivo negativo (VPN) dos anti-CCP e FR para o diagnóstico de AR, usando como controlo o grupo de doentes com artrite crónica não reumatóide.

**Resultados:** Foram incluídos 217 doentes, dos quais 122 com AR [Grupo 1] e 95 sem AR [Grupo 2], 75,1% são do sexo feminino e a média de idade é de 55,9 anos. No grupo 2, os diagnósticos mais frequentes são: oligo/poliartrite não classificada (16,6%), artrite psoriática (10,6%), lúpus eritematoso sistémico (4,6%) e doença indiferenciada do tecido conjuntivo (3,2%). Os FR foram positivos em 64,8% dos doentes do grupo 1 e em 15,1% dos do grupo 2. Os anti-CCP foram positivos em 68% e 13,7% dos doentes dos grupos 1 e 2, respectivamente. A prevalência de anti-CCP em doentes com AR seronegativa foi de 9,8%. Para o diagnóstico de AR, a sensibilidade dos testes foi de 66,9% e 68%, para os FR e anti-CCP, respectivamente. A especificidade foi de 84,9% e de 86,3%, para os FR e os anti-CCP, respectivamente. O VPP foi de 84,9% para os FR e de 86,5% para os anti-CCP. O VPN foi de 66,9% e de 67,8%, respectivamente para os FR e anti-CCP.

**Conclusões:** Neste estudo, os anti-CCP não demonstraram maior valor clínico do que os FR para diferenciar os casos de AR de outras artrites crónicas.

	CCP	CCP ou FR	CCP + FR	FR	WR
Sensibilidade	68	66,4	71,3	66,9	32,2
Especificidade	86,3	81,7	92,3	84,9	91,4
VPP	86,5	82,6	91,8	84,9	82,6
VPN	67,8	65	72,7	66,9	51,5

### P23 – FIBROSE PULMONAR EM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE E SUBEROSE

Rui Figueiredo,<sup>1</sup> Claudia Miguel,<sup>1</sup> Felipe Barcelos,<sup>1</sup> Dina Medeiros,<sup>1</sup> Miguel Sousa,<sup>1</sup> Eugénia Simões<sup>1</sup>  
1. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** A fibrose pulmonar é um achado comum a varias patologia e é uma complicação clássica da Artrite Reumatóide. Várias outras patologias podem ser igualmente responsáveis por fibrose pulmonar, incluindo a suberose pulmonar. A di-

ficuldade de definir a etiologia pode ser ultrapassada pela biopsia pulmonar, o que é feito com pouca frequência dado ser uma técnica invasiva e não alterar significativamente o prognóstico ou a terapêutica. Baseado no caso clínico realizamos uma revisão desta patologia.

**Material e Métodos:** Doente sexo feminino 65 anos com Artrite Reumatóide com 10 anos de evolução, corticeira desde a adolescência. Refere em 2005 dispneia para esforços progressivamente menores de início insidioso e evolução rápida (em 6 meses passou de esforços máximos para médios esforços). Por esse motivo foi observada em várias consultas incluindo consulta de Reumatologia tendo sido iniciada Hidroxicloroquina e Azatioprina.

**Resultados:** Realizou estudo com TAC que revelou fibrose pulmonar bilateral, espirometria que revelou insuficiência respiratória parcial e Ecocardiograma que evidenciou hipertensão pulmonar moderada. Com a terapêutica instituída revelou estabilização clínica desde a altura.

**Conclusões:** A fibrose pulmonar é uma complicação possível da Artrite Reumatóide, de alguma terapêutica utilizada (ex: Metotrexato) ou de outros diagnósticos possíveis (ex: Suberose pulmonar). O seu diagnóstico precoce permite um melhor tratamento com melhoria do prognóstico, no entanto é uma complicação com uma mortalidade e morbilidade significativas.

### P24 – TERAPÊUTICA ANTI-TNF $\alpha$ (INFLIXIMAB) EM UVEÍTES REFRACTÁRIAS

Ana Bastos,<sup>1</sup> Margarida Miranda,<sup>1</sup>  
Catarina Resende,<sup>2</sup> Cidalina Ferreira,<sup>1</sup>  
Mário Viana Queiroz,<sup>2</sup> M. Monteiro Grillo<sup>1</sup>

1. Clínica Universitária de Oftalmologia– Faculdade de Medicina de Lisboa.

2. Clínica Universitária de Reumatologia– Faculdade de Medicina de Lisboa.

**Objectivos:** A terapêutica anti-factor necrose tumoral  $\alpha$  (anti-TNF $\alpha$ ) pode ser utilizada em doentes com processos inflamatórios oftalmológicos graves, em que a terapêutica com corticóides e imunossuppressores (azatioprina, metotrexato, ciclosporina) é ineficaz ou contra-indicada. Os autores avaliam a eficácia do Infliximab, um anticorpo anti-TNF $\alpha$ , em uveítes graves refractárias à corticoterapia e aos imunossuppressores convencionais.

**Material e Métodos:** Efectuou-se a análise de 5 doentes com uveíte bilateral (4 com doença de

Behçet; 1 com uveíte idiopática) refractária à terapêutica combinada de corticóides e imunossuppressores múltiplos (ciclosporina, azatioprina ou metotrexato). Foi instituída terapêutica endovenosa com Infiximab na dose de 5mg/Kg às 0, 2 e 4 semanas e, depois, de 6 em 6 semanas. O tempo de seguimento foi, em média, de 21 meses (média de 17 infusões). Avaliou-se o resultado com base no grau de inflamação intra-ocular, acuidade visual, e ainda redução da dose ou paragem dos corticóides e imunossuppressores.

**Resultados:** Todos os doentes demonstraram melhoria da acuidade visual e da inflamação intra-ocular. Em relação à terapêutica registou-se uma diminuição da dose da corticoterapia em 3 doentes e a sua suspensão em 2 doentes, mantendo-se os imunossuppressores em doses ligeiramente menores. Dois doentes encontram-se em remissão completa, pela primeira vez desde o início do seu seguimento na consulta de Oftalmologia. Após cirurgia de catarata, um doente desenvolveu uveíte exuberante, tendo o Infiximab permitido controlar a inflamação pós-operatória. Não se observaram efeitos adversos com esta terapêutica.

**Conclusões:** O Infiximab demonstrou eficácia no controle das uveítes refractárias, permitindo a remissão completa em 2 doentes. Obteve-se uma melhor qualidade de vida dos doentes quer em termos da acuidade visual quer na redução dos efeitos secundários da corticoterapia. É também de realçar o papel do anti TNF no controle da inflamação pós-cirúrgica.

#### **P25 – CASUÍSTICA DE UM ANO DE CONSULTA DE REUMATOLOGIA NO HOSPITAL DE FARO – SETEMBRO DE 2006 A SETEMBRO DE 2007**

Rui Vicente Miranda,<sup>1</sup> Judith Conesa,<sup>2</sup>  
Graça Sequeira,<sup>3</sup> Idálio Mendonça<sup>3</sup>

1. C.S. Tavira - USF Balsa

2. C.S. Loulé

3. Hospital Central de Faro

**Objectivos:** Descrever as várias actividades realizadas pela Reumatologia no Hospital de Faro (Dr<sup>a</sup> Graça Sequeira), em particular contabilizar o número e tipo de consultas de Reumatologia realizadas no período de 18 de Setembro de 2006 a 18 de Setembro de 2007. Determinar qual a sua proveniência. Caracterizar os utentes desta consulta quanto à idade, sexo e local de residência; avaliar quais os diagnósticos mais frequentes verificados.

**Material e Métodos:** Estudo descritivo, transversal, cuja população alvo foram os 365 utentes que recorreram à Consulta de Reumatologia do HDF durante o período de um ano (18-10-06 a 18-10-07). Para colheita dos dados foram revistos os registos clínicos informáticos desta Consulta (que utiliza o sistema SAM). Para a análise estatística utilizou-se o programa informático Excel.

**Resultados:** Neste primeiro ano de consulta foram realizadas 827 consultas tendo sido avaliados 365 utentes. Das consultas realizadas 45% foram primeiras consultas, sendo que 39,5% foram referenciados após avaliação noutra consulta do HDF, 32,3% foram referenciados pelos médicos de família (Centro de Saúde). A média de idade dos utentes avaliados é de 53,7 anos e 85 % são do sexo feminino. Quanto à área de residência (por concelho) verificou-se que 34,2% residem em Faro, 20,3% em Olhão, 15,3% em Loulé, 7,4% em Tavira e 6,8% em Albufeira. Quanto aos diagnósticos mais verificados constatou-se que os 5 grupos de patologias mais frequentes foram: doenças difusas do tecido conjuntivo (n=92), síndromes de dor e fadiga crónica (n=68), osteoartrose (n=55), espondilartroses sero-negativas (n=28) e doenças reumáticas periarticulares (n=20). Foram ainda prestados outros serviços, tais como a realização de técnicas reumatológicas e ecografias do aparelho locomotor. Procedeu-se também ao internamento de doentes (nas situações de maior gravidade) e prestação de apoio a doentes internados por outras especialidades. Realizaram estágios formativos 5 internos do Internato de Medicina Geral e Familiar.

**Conclusões:** Salienta-se o facto de, neste ano de consulta, 45% das consultas terem sido primeiras consultas. Por outro lado os doentes foram sobretudo referenciados de outras consultas de especialidade hospitalar. A distribuição dos doentes por sexo e idade está de acordo com outros dados epidemiológicos, assim como verificou-se que os grupos de patologias mais frequentes foram as doenças difusas do tecido conjuntivo, a fibromialgia e a osteoartrose.

#### **P26 – A INFLUÊNCIA DO TABACO NA FUNÇÃO E QUALIDADE DE VIDA NA ARTRITE REUMATÓIDE**

Sofia Ramiro,<sup>1,2</sup> Rita Marques,<sup>1</sup> Sofia Pedro,<sup>1</sup>  
Frederick Wolfe,<sup>3</sup> Kaleb Michaud,<sup>3,4</sup>  
Elizabeth Benito Garcia<sup>1</sup>

1. Bioepi Clinical and Translational Research Center, Oeiras, Portugal

2. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal
3. National Databank for Rheumatic Diseases
4. Departamento de Reumatologia, Universidade de Nebraska Medical Center, Omaha, NE

**Objectivos:** A influência do tabaco na função de doentes com Artrite Reumatóide (AR) tem sido controversa. Alguns estudos revelam uma associação negativa entre o tabaco e a função, enquanto outros mostram uma melhoria da função. Nenhum estudo avaliou especificamente a qualidade de vida entre fumadores com AR. Investigou-se o impacto do tabagismo actual e passado na função e na qualidade de vida entre doentes com AR.

**Material e Métodos:** 845 doentes portugueses com AR (81 fumadores actuais, 66 ex-fumadores e 698 não fumadores), participaram desde 2003 num estudo longitudinal bianual de consequências de AR, o NDB Portugal. Os questionários incluíam variáveis sociodemográficas, características da doença, sintomas incluindo dor, função e medidas de qualidade de vida. Estudou-se a influência do tabagismo (variáveis desfazadas) actual e no passado (comparativamente com os não fumadores) na função (HAQ) e qualidade de vida (EuroQOL, componente físico do SF-36 – PCS, componente mental do SF-36, MCS) por equações de estimação generalizada univariadas, seguidas de multivariadas, para ajustar para potenciais confundidores (desfa-

zados). O melhor modelo final foi escolhido para se retirarem as conclusões e identificarem outras variáveis que pudessem estar associadas com o HAQ ou EuroQOL. Obteve-se um nível de significância de 5% e intervalos de confiança (IC) de 95%.

**Resultados:** As análises univariadas mostraram que, tanto o HAQ ( $\beta$  -0.22, CI -0.30, -0.13), como o EuroQOL ( $\beta$  0.05, CI 0.00, 0.10) tiveram uma associação estatisticamente significativa com o tabaco, idade, sexo, comorbilidades, nível educacional, escala da dor, gravidade global da doença, satisfação, escala do sono, duração da AR e estado civil. O Quadro 1 mostra os resultados do melhor modelo final obtido após a inclusão de todas estas variáveis significativas e forçando os hábito tabágicos, a idade e o sexo para os modelos. Não se verificou nenhuma associação entre o tabagismo actual ou passado e o HAQ ou EuroQOL. Estes resultados não foram diferentes quando analisámos outras medidas de qualidade de vida, como o PCS e MCS. A idade, dor, duração da AR e estado de saúde associaram-se a piores valores de HAQ, enquanto que homens, valores mais elevados de EuroQOL e de gravidade da doença tiveram um impacto positivo na função. A gravidade global, comorbilidades, estado de saúde, escala de sono, satisfação e HAQ associaram-se negativamente com o EuroQOL.

**Conclusões:** Não se observou, no nosso estudo, nenhuma associação entre o tabagismo actual ou

Quadro 1.

Variáveis	Análise multivariada do HAQ $\beta$ (IC 95%) N = 528 (média 2.6 observações)	Análise multivariada do EuroQOL $\beta$ (IC 95%) N = 664 (média 2.2 observações)
Ex vs nunca fumadores	-0.10 (-0.23, 0.03)	0.02 (-0.03, 0.07)
Actuais vs nunca fumadores	-0.08 (-0.21, 0.04)	-0.01 (-0.05, 0.04)
Idade	0.01 (0.0, 0.01)	0.00 (0.00, 0.00)
Sexo	-0.23 (-0.38, -0.09)	0.02 (-0.03, 0.06)
EuroQOL	-0.14 (-0.26, -0.02)	N/A
Gravidade global	-0.06 (0.04, 0.08)	-0.02 (-0.03, -0.01)
Escala da dor (EVA)	0.04 (0.03, 0.06)	N/A
Duração (transformação natural Logarítmica da duração)	0.12 (0.08, 0.17)	N/A
Comorbilidades	N/A	-0.02 (-0.03, -0.01)
Estado de saúde	0.12 (0.06, 0.19)	-0.06 (-0.10, -0.02)
Escala do sono (EVA)	N/A	-0.01 (-0.01, 0.00)
Satisfação	N/A	-0.03 (-0.05, -0.10)
HAQ	N/A	-0.12 (-0.15, -0.09)

passado e a função, medida pelo HAQ, ou a qualidade de vida.

### P27 – FIBROMIALGIA: A OUTRA FACE DA DOR

Inês Cunha,<sup>1</sup> D. Sá,<sup>2</sup> A. Barcelos<sup>1</sup>

1. Unidade Reumatologia do Serviço de Medicina Interna do Hospital infante D.Pedro Aveiro
2. Serviço de Medicina Interna do Hospital infante D.Pedro Aveiro

**Objectivos:** Caracterizar os doentes com Fibromialgia seguidos na consulta de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro; identificar distúrbios/ patologias associadas; avaliar o impacto da doença na qualidade de vida, e a sua relação com os dados sócio-demográficos e terapêutica instituída.

**Material e Métodos:** Estudo prospectivo, aberto, protocolado incluindo doentes com o diagnóstico de Fibromialgia, segundo os critérios ACR1990, e excluindo doentes com conectivites. Foram registados dados sócio-demográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade e situação profissional); intensidade da dor e fadiga na última semana, através de uma escala visual analógica (EVA); terapêutica farmacológica e não farmacológica realizada. Todos os doentes responderam ao *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) versão portuguesa. Foram estudadas correlações entre diversas variáveis e comprovada a normalidade da população pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors*. O teste *t-Student* foi aplicado para comparar dados paramétricos entre amostras. Resultados: Foram observados 51 doentes, 48 sexo feminino, com uma idade média de 50,8±9,17A. A idade média ao início da doença foi de 36,16±10,45 anos. 66,7% dos doentes tinham o ensino básico e 7,8% ensino superior. 80,4% eram casados e 56,9% trabalhavam activamente.

**Resultados:** Apresentavam uma média de 15,8±2 pontos fibromiálgicos dolorosos. A intensidade da dor e fadiga na EVA foi de 6±2 e 7±2 cm, respectivamente. Sintomas associados mais frequentes foram: distúrbios do sono, depressão e parestesias (84,3; 82,4 e 74,5%, respectivamente). A média do FIQ foi 65,24±17,4, cerca de metade dos doentes apresentaram valores superiores a 70. Mais de 80% tinham sido medicados com AINE's, à data do estudo apenas 39,2% os tomavam. A ciclobenzaprina fazia parte do tratamento de 80,4% dos doentes. Metade dos doentes praticava exercício físico. Verificou-se diferença com significado estatístico

nos valores do FIQ entre esses doentes e os que não faziam exercício (59,3±18,7 *versus* 71,4±13,7; p=0,011). Não se identificaram diferenças estatisticamente significativas nos valores do FIQ entre os doentes deprimidos e não deprimidos (p=0,5), entre os que realizavam fisioterapia e os que não faziam (p=0,7) e entre os activos e os inactivos (p=0,8). Constatou-se uma fraca correlação entre os valores do FIQ e as idades actual, e ao início da doença, a escolaridade e número de pontos sensíveis. Houve uma correlação positiva significativa entre o FIQ e a intensidade da dor e da fadiga.

**Conclusões:** Fibromialgia é uma patologia complexa com reflexos negativos acentuados na qualidade de vida dos doentes e seus familiares próximos. Surge em idade activa podendo comprometer o futuro profissional dos indivíduos afectados. Os distúrbios do sono, do tracto gastro-intestinal, patologia da tiróide e síndromes depressivos são frequentes. A doença deverá ser abordada e tratada de forma multidisciplinar. De acordo com a literatura, o exercício físico é fundamental no tratamento destes doentes.

### P28 – CONCORDÂNCIA DIAGNÓSTICA ENTRE O MÉDICO QUE SOLICITA A CONSULTA DE REUMATOLOGIA E O REUMATOLOGISTA

Dulcília Sá,<sup>1</sup> Inês Cunha,<sup>1</sup> Anabela Barcelos<sup>1</sup>

1. Hospital Infante D.Pedro – Aveiro, Unidade de Reumatologia

**Objectivos:** As doenças reumáticas são comuns na prática clínica geral, em particular em ambiente hospitalar. Os sintomas músculo-esqueléticos são a primeira manifestação de doenças sistémicas, não só doenças auto-imunes, mas também endócrinas, neoplásicas ou infecciosas. O número de doentes referenciados à consulta de Reumatologia tem vindo a aumentar nos últimos anos verificando-se que a informação fornecida pelos médicos que enviam o doente à consulta é, na maioria das vezes, insuficiente.

**Material e Métodos:** Objectivo: Analisar o grau de correlação entre o diagnóstico de presunção dado pelo médico que solicitou a consulta e o diagnóstico definitivo estabelecido pelo Reumatologista em doentes com patologia músculo-esquelética. Métodos: A maioria dos pedidos de primeira consulta fazem-se acompanhar de um conjunto de informações clínicas, laboratoriais e imagiológicas que é submetido a uma apreciação preliminar, de

forma a hierarquizar prioridades de atendimento entre o volume das solicitações. Analisaram-se todos os processos clínicos dos doentes observados pela primeira vez em consulta de Reumatologia no período compreendido entre Janeiro de 2006 e Janeiro de 2008 (24 meses), no Hospital Infante D. Pedro – Aveiro. Foram registados todos os diagnósticos dados pelos médicos que solicitaram a consulta e os realizados pelo Reumatologista. Analisaram-se as diferentes patologias reumáticas encontradas e procedeu-se à correlação entre o diagnóstico de presunção e o diagnóstico definitivo.

**Resultados:** Foram observados neste período 700 doentes pela primeira vez (484 do sexo feminino e 216 do sexo masculino). A idade média dos doentes foi de 48 anos, sendo a média de idades no sexo feminino de 47 e no sexo masculino de 48 anos. As especialidades que mais solicitaram a consulta de Reumatologia foram a Medicina Geral e Familiar (49,4%); Ortopedia (17,6%) e Medicina Interna (14,9%). Em 257 doentes (37%) houve concordância entre o diagnóstico de presunção dado pelo médico que solicitou a consulta e o diagnóstico definitivo estabelecido pelo Reumatologista

**Conclusões:** É evidente a diferença importante em alguns diagnósticos tais como patologia inflamatória *versus* degenerativa; patologia inflamatória *versus* peri-articular com diferentes abordagens terapêuticas e prognóstico. Torna-se assim imperativo o desenvolvimento de um modelo de referenciação eficaz de forma a permitir uma utilização adequada do número insuficiente de reumatologistas existentes no nosso país.

### P29 – NÍVEIS SÉRICOS ALTOS DE ANTI-DSDNA QUADRUPPLICAM O RISCO DE NEFRITE EM DOENTES COM LES

Cátia Duarte,<sup>1</sup> Maura Couto,<sup>1</sup> Luís Inês,<sup>1</sup> Fernando Rodrigues,<sup>2</sup> Joana Capelo,<sup>3</sup> Claudia Vaz,<sup>1</sup> Pedro Abreu,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Serviço de Patologia Clínica, Hospitais da Universidade de Coimbra

3. Serviço de Medicina Interna, Hospital de S. Teotónio, Viseu

**Objectivos:** Avaliar o valor preditivo para envolvimento renal dos níveis séricos de anticorpos anti-dsDNA em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) seguidos no Serviço de Reumatologia dos

Hospitais da Universidade de Coimbra (SR-HUC).

**Material e Métodos:** Foram incluídos doentes da Coorte de Lúpus de Coimbra, composta por 165 doentes cumprindo critérios de classificação ACR para LES e seguidos prospectivamente no SR-HUC. Foram excluídos os doentes sem doseamentos seriados de anti-dsDNA no Laboratório de Imunologia dos HUC e aqueles com nefrite não documentada por biópsia renal neste hospital ou diagnosticada antes de 1998. Foram analisados os doseamentos séricos de anti-dsDNA realizados durante o seguimento clínico, desde 1998. O doseamento de anti-dsDNA foi efectuado através do método de Farr (RIA) no Laboratório de Imunologia dos HUC. Foi calculado o valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN) para glomerulonefrite lúpica (GN) da detecção de níveis séricos altos de anti dsDNA ( $\geq 40$  UI /ml) em pelo menos uma determinação, durante o seguimento. Foi calculado o Odds Ratio (OR) e analisadas as diferenças entre grupos pelo teste Chi-quadrado. O nível de significância estatística considerado foi de 5%.

**Resultados:** Foram incluídos 129 doentes, dos quais 91,5% eram do sexo feminino, (média da idade actual = 41,95 anos; duração média de doença=9,79 anos). Apresentaram envolvimento renal 38,8% dos doentes (GN I =2%; GN II =14%; GN III =22%; GN IV =60%; GNV =2%). Do total de doentes, 93% apresentaram pelo menos uma determinação de anti-dsDNA positiva ( $>4$  UI/ml) e 58,9% apresentaram níveis  $>40$  UI/ml. Verificou-se um aumento de risco de envolvimento renal nos doentes com anti-dsDNA  $>40$ UI/ml, em comparação com os restantes doentes ( $p < 0,05$ ; OR=4,3). O VPP e o VPN de anti-dsDNA elevado para envolvimento renal foi de 51,3% e 79%, respectivamente. Não houve diferença na prevalência dos níveis elevados de anti-dsDNA entre as classes histológicas de GN lúpica.

**Conclusões:** Este estudo evidencia que em doentes com LES a presença de níveis séricos altos de anti-dsDNA quadruplica o risco de envolvimento renal.

### P30 – FIBROMIALGIA – INTERNAR PORQUÊ?

Maria João Saavedra,<sup>1</sup> Jorge Garcia,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia – Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Introdução: A fibromialgia (FM) é um quadro sindrômico muito frequente na prática clínica. Apesar da dor generalizada ser uma forma

de apresentação comum, a sua clínica pode ser muito variada podendo sugerir uma panóplia vasta de diagnósticos. Objectivos: Caracterizar os internamentos cujo diagnóstico de alta foi FM.

**Material e Métodos:** Foram revistos os internamentos no Serviço de Reumatologia, com o diagnóstico de alta de FM, de 2003 a 2007.

**Resultados:** Estiveram internados no Serviço de Reumatologia durante este período 62 doentes com o diagnóstico de FM; 22 dos quais com o diagnóstico principal de FM e 40 com o diagnóstico de FM associado a outras patologias. Dos 22 doentes com diagnóstico principal de FM, 16 são do sexo feminino e 6 do sexo masculino. A média de tempo de internamento foi de 11,72 dias. O motivo de internamento foi variável: artralguas e mialgias inespecíficas (n=8), dor generalizada (n=4), lombalgia (n=4), lesões cutâneas e aftose oral (n=2), astenia (n=2), história de abortos de repetição e AVC (n=1), e fenómeno de Raynaud (n=1). A suspeita clínica inicial foi na maioria dos casos de doença do tecido conjuntivo (n=16) e num menor número de EASN/EA (n=6). Durante o período de internamento todos os doentes realizaram estudo de acordo com a suspeita diagnóstica inicial. Após a alta todos os doentes foram orientados para uma consulta de Reumatologia. Alguns doentes foram também enviados a outras consultas; Actualmente, 7 doentes mantêm seguimento em consulta de Reumatologia. Nos 40 doentes com diagnóstico de FM associado a outras patologias, as mais frequentes foram AR (25%) e EASN/EA (20%).

**Conclusões:** O diagnóstico de FM nem sempre é fácil porque a sua apresentação clínica é variada podendo sugerir mesmos aos observadores mais experientes outros diagnósticos que deverão ser excluídos.

### P31 – ANÁLISE DE DOENTES COM ARTRITE PSORIÁTICA A EFECTUAR TERAPÊUTICA ANTAGONISTA DO TNF $\alpha$ EM CINCO CENTROS DE REUMATOLOGIA PORTUGUESES

J Costa,<sup>1</sup> E Sousa,<sup>2</sup> P Machado,<sup>3</sup> F Mourão,<sup>4</sup>

M Bogas,<sup>1</sup> C Ribeiro,<sup>4</sup> L Pinto,<sup>4</sup> A Ribeiro,<sup>1</sup>

W Castelão,<sup>4</sup> F Pimentel,<sup>4</sup> A Barcelos<sup>5</sup>

1. Centro Hospitalar do Alto Minho, Director: D Araújo
2. Hospital Santa Maria, Director: M Viana de Queiroz;
3. Hospitais da Universidade de Coimbra, Director: A Malcata
4. CHLO - Hospital Egas Moniz, Director: J Branco
5. Unidade de Reumatologia do Hospital Infante D Pedro

**Objectivos:** Apresentar e analisar os dados dos doentes com Artrite Psoriática a efectuar terapêutica antagonista do TNF $\alpha$  em Serviços/Unidades de Reumatologia Portugueses. Foi realizado um registo de todos os doentes com Artrite Psoriática a partir de um inquérito preenchido em Janeiro de 2008 em cinco Serviços/Unidades de Reumatologia do Continente (Hospital Santa Maria, Hospitais da Universidade de Coimbra, CHLO - Hospital Egas Moniz, e Hospital Infante D. Pedro).

**Material e Métodos:** Foram caracterizadas variáveis demográficas, clínicas e laboratoriais. Foram registados 45 doentes sendo 58% do sexo masculino. A idade média foi de 47,6  $\pm$  11,5 anos e a duração média da doença de 13 anos (9-19). Neste grupo, 87% apresentam envolvimento periférico (DAS 28 < 2,32 em 54% e DAS 28  $\geq$  2,32 em 46%); 6,7% envolvimento axial isolado (BASDAI de 1,36) e 98% apresentam manifestações extra-articulares: cutâneas (n=40) e oculares (n=4).

**Resultados:** Referência a história familiar de psoríase cutânea em 17 casos. O HLA B27 é positivo em 6,7%, negativo em 35,6% e não foi solicitado em 55,6% dos doentes. O factor reumatóide IgM foi negativo em 55,6% dos doentes. Verificou-se uma redução estatisticamente significativa dos valores da VS e PCR, comparando a avaliação prévia ao tratamento e a registada na última observação, bem como da avaliação global da doença pelo doente. A prova de Mantoux foi realizada em 39 doentes antes de iniciar a terapêutica com antagonista do TNF $\alpha$ , 4 não a efectuaram e em 2 doentes não dispomos de informação. Dos 39 doentes que realizaram a prova de Mantoux, esta foi negativa em 32, positiva em 5 e em 2 doentes não dispomos de informação. Dos 5 doentes com prova de Mantoux positiva, 3 foram medicados com isoniazida. Dos 45 doentes registados, 22 (48,9%) estão actualmente medicados com o etanercept, 14 (31,1%) com infliximab e 8 (17,8%) com o adalimumab. Procedeu-se ao *switch* terapêutico entre antagonistas do TNF $\alpha$  em 3 doentes e em 1 foi necessário suspender a terapêutica.

**Conclusões:** A terapêutica antagonista do TNF $\alpha$  foi eficaz neste grupo de doentes de acordo com os dados previamente obtidos em ensaios clínicos. O não cumprimento das recomendações para o diagnóstico e tratamento da tuberculose latente e activa nas doenças inflamatórias articulares candidatas a tratamento com fármacos inibidores do anti-TNF $\alpha$  da Sociedade Portuguesa de Reumatologia de 2006 poderá dever-se ao início do tratamento antes da sua publicação.

### P32 – TROMBOCITOPENIA GRAVE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LES – CASO CLÍNICO

Célia Ribeiro,<sup>1</sup> Laura Pinto,<sup>1</sup> Ana Filipa Mourão,<sup>1</sup> Sandra Falcão,<sup>1,2</sup> Paula Araújo,<sup>1</sup> Margarida Mateus,<sup>1</sup> Fernando Pimentel,<sup>1,2</sup> Patrícia Nero,<sup>1,2</sup> Walter Castelão,<sup>1</sup> José B. Pimentão,<sup>1,2</sup> António A. Matos,<sup>1,2</sup> Jaime C. Branco<sup>2,1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do CHLO-EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa;  
2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** Pretende-se descrever o caso de uma doente do sexo feminino, 29 anos, com púrpura trombocitopénica grave, como forma de apresentação inicial de LES, em Setembro de 2007. Além do envolvimento hematológico, tinha envolvimento cutâneo (*rash* malar e fotossensibilidade), ANA's positivos, Ac anti ds DNA positivo, Anticoagulante lúpico positivo fraco, Ac anti beta2Glicoproteína1 positivo, Ac anti Cardiolipina negativo e tinha também S. Sjögren secundário.

**Material e Métodos:** Revisão de caso clínico de uma doente do Serviço de Reumatologia do HEM.

**Resultados:** A doença apresentou uma evolução de difícil controlo clínico, apesar da terapêutica basal com prednisolona em doses de 1 a 1,5 mg/Kg/dia. Realizou-se terapêutica de urgência com corticoterapia em elevada dose (pulsos de 1g de metilprednisolona endovenosos, perfazendo 11,5 g em 2 meses) e imunoglobulina humana, por diversas ocasiões. Sem resposta a suporte transfusional. O valor mínimo de plaquetas (Plaq) foi de 1000 com evidência clínica de discrasia hemorrágica. Foi submetida a outras terapêuticas imunossu-

pressoras, nomeadamente Rituximab (dose semanal 375mg/m<sup>2</sup> em 4 semanas consecutivas) e Ciclofosfamida (750 mg/m<sup>2</sup> pulso único endovenoso). Efectuou-se esplenectomia laparoscópica. Posteriormente, iniciou-se Micofenolato de Mofetil (3 g por dia) e Danazol (200mg/dia). As tentativas de decréscimo da dose de corticoterapia foram mal sucedidas, com descida rápida e muito significativa do valor das Plaq. Após 4 meses de evolução da doença, conseguiu-se atingir estabilidade nos valores hematológicos (plaquetas mantidamente > 150.000), ainda sob terapêutica com prednisona em dose elevada (55 mg/dia), mas em fase de desmame progressivo.

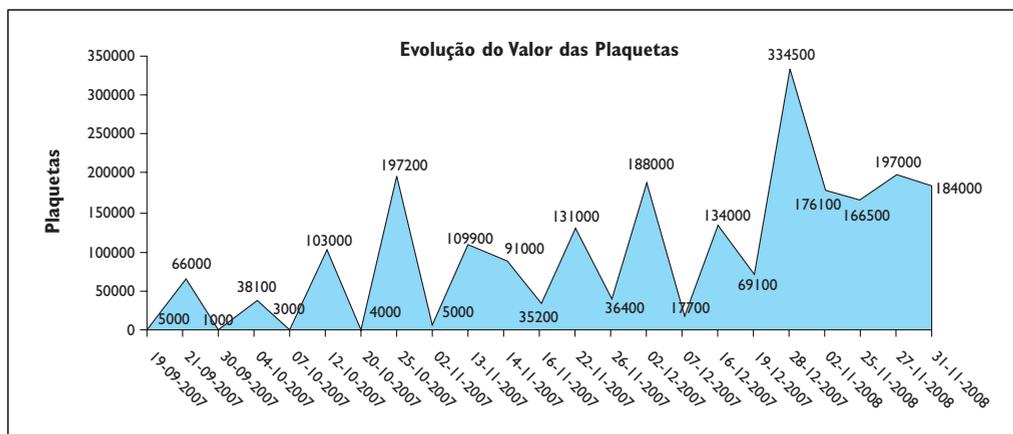
**Conclusões:** Este caso é exemplificativo de um tipo de apresentação inicial de LES com grande gravidade. Pela multiplicidade das terapêuticas efectuadas e o seu início de acção não imediato, não se pôde atribuir a estabilidade actual da doença ao efeito de um dos fármacos em particular. Contudo, admitindo os tempos de início de acção habituais, pareceu não existir resposta ao Rituximab, à Ciclofosfamida e à esplenectomia, sendo possível a resposta ao Micofenolato de Mofetil e ao Danazol.

### P33 – NEFRITE LÚPICA CLASSES III E IV – BOA RESPOSTA À TERAPÊUTICA IMUNOSSUPRESSORA COM CICLOFOSFAMIDA

Joana Capelo,<sup>1</sup> Cátia Duarte,<sup>1</sup> Maura Couto,<sup>1</sup> Paulo Monteiro,<sup>1</sup> Margarida Coutinho,<sup>1</sup> Luís Inês,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Caracterizar a forma de apresentação



e a resposta ao tratamento com ciclofosfamida da nefrite lúpica (NL) proliferativa nos doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) seguidos na Coorte de Lúpus de Coimbra.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva por consulta dos processos clínicos dos doentes da Coorte de Lúpus de Coimbra com NL diagnosticada até 31 de Julho de 2007. Incluídos os doentes com NL proliferativa diagnosticada por biopsia renal e análise histológica (Classes III e IV, Classificação da OMS de 1982) efectuadas neste hospital e que cumpriram tratamento imunossupressor de indução com ciclofosfamida. Avaliados parâmetros: sexo, idade à data da primeira manifestação de NL, forma de manifestação [sedimento activo (leucocitúria e eritrocitúria) > 5 células/campo ou cilindrúria], insuficiência renal (creatininemia  $\geq$  1,2 mg/dL) e/ou proteinúria anormal ( $\geq$  8805; 500 mg/dia)], opções terapêuticas e evolução dos parâmetros de actividade da NL aos 6, 12, 18 e 24 meses de tratamento e no controlo mais recente [actividade do sedimento urinário, valor da proteinúria das 24 horas e função renal obtida pela taxa de filtração glomerular (TFG) estimada pela fórmula MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease Study*)].

**Resultados:** A Coorte de Lúpus de Coimbra inclui 165 doentes cumprindo critérios do ACR em seguimento prospectivo no Serviço de Reumatologia dos HUC. 44,2% dos doentes com LES apresentaram NL, 78,6% destes com NL proliferativa. 33 casos com NL classes III e IV fizeram tratamento imunossupressor de indução com ciclofosfamida (sexo feminino=84,8%; média de idade à apresentação=32,7 $\pm$ 13,8 anos; tempo médio de seguimento=7,2 anos). Formas de apresentação mais frequentes: sedimento activo e proteinúria anormal (33,3%); proteinúria anormal isolada (24,2%); associação de sedimento activo com insuficiência renal e proteinúria anormal (18,2%). 87,8% cumpriram terapêutica indutora de remissão no regime NIH. Por resposta inadequada à ciclofosfamida, foi alterado imunossupressor em 33,3%. Todos cumpriram terapêutica imunossupressora de manutenção. Por nova agudização da NL, 24,2% fizeram retratamento imunossupressor. A proteinúria média inicial foi 3135,2 $\pm$ 2967,1 mg/24 horas, com melhoria ao longo do tratamento e ao controlo mais recente (428,2 $\pm$ 379,7 mg/24 horas). A TFG média inicial foi 80,7 $\pm$ 33,7 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, com estabilidade ao longo do tratamento e ao controlo mais recente (83,7 $\pm$ 28,1 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).

**Conclusões:** A resposta ao tratamento com ciclofosfamida foi favorável na maioria dos doentes com NL classe III e IV seguidos na Coorte de Lúpus de Coimbra, com redução da proteinúria e estabilização da função renal.

#### P34 – A PROPÓSITO DE UM CASO DE ESPESAMENTO CUTÂNEO...

Sara Serra,<sup>1</sup> Catarina Ambrósio,<sup>1</sup> Inês Carvalho,<sup>1</sup> Maria João Salvador,<sup>1</sup> Jorge Silva,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Os autores apresentam o caso clínico de uma doente de 79 anos, com quadro de espessamento cutâneo progressivo da face, dorso e membros, com 6 anos de evolução. Associadamente apresentava dispneia de esforço e disfagia intermitente para sólidos, com semelhante tempo de evolução. Sem outras queixas sistémicas ou articulares. Tinha antecedentes de HTA e FA, medicadas.

**Material e Métodos:** Ao exame objectivo, era evidente um espessamento difuso da pele da face, zonas escapulares, mãos, pés e 1/3 distal dos membros, bilateralmente, com acentuação das pregas cutâneas da face e redução da pilosidade a nível das pestanas, sobrancelhas e região axilar. Nas áreas afectadas a pele era móvel sobre os tecidos adjacentes, apresentando, em algumas zonas, formações papulosas, algumas em disposição linear, duras, de cerca de 1-2 mm de diâmetro e de coloração nacarada. Sem evidência de artrite, Raynaud, alopecia ou outras alterações no exame objectivo.

**Resultados:** Analiticamente, salientava-se uma VS de 37 mm/h, ANAs positivos (++) com padrão mosqueado, com ENAs negativos e gamapatia monoclonal IgG KAPA. Exame capilaroscópico normal. Não foi realizado estudo endoscópico digestivo por recusa da doente. A radiografia do tórax era normal bem como, o estudo funcional respiratório. Realizou biópsia cutânea, das áreas afectadas que revelou «hipercelularidade na derme papilar e média, por aumento do número de fibroblastos e células dendríticas, com aspecto laxo e mixóide; forte deposição de mucina na coloração pelo PAS Azul Alcian, alterações compatíveis com escleromixedema.

**Conclusões:** O Escleromixedema é uma mucinose cutânea rara, idiopática, caracterizada por proliferação de fibroblastos e abundantes depósitos de mucina, associada em 80% dos casos a gamapatia

monoclonal. Menos frequentemente, pode associar-se a manifestações sistémicas. Não existe tratamento específico e pode ocorrer resolução espontânea. Realçamos neste caso, uma forma de apresentação clínica esclerodermiforme, cujo estudo histológico foi crucial para o seu correcto diagnóstico.

**P35 – RISCO CARDIOVASCULAR EM DOENTES SOB TERAPÊUTICA BIOLÓGICA – ESTUDO TRANSVERSAL COM 87 DOENTES SEGUIDOS NO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA (HUC)**

Sara Serra,<sup>1</sup> Catarina Ambrósio,<sup>1</sup> Cátia Duarte,<sup>1</sup> Maria João Salvador,<sup>1</sup> Margarida Alexandre,<sup>2</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Hospitais da Universidade de Coimbra
2. Centro Hospitalar da Cova da Beira EPE

**Objectivos:** Os efeitos da terapêutica biológica a nível cardiovascular não estão completamente esclarecidos. O seu uso a longo prazo pode levar a um agravamento no perfil lipídico mas, a melhoria de outros parâmetros (resposta inflamatória, homocisteinemia, sensibilidade periférica à insulina), parece conduzir a uma redução global desse risco. Caracterizam-se os factores de risco cardiovascular numa coorte de 87 doentes sob terapêutica biológica, calculando-se o risco de evento coronário major aos 10 anos.

**Material e Métodos:** Estudo transversal dos factores de risco cardiovasculares, na população de doentes actualmente sob terapêutica biológica, no Serviço de Reumatologia – HUC, incluindo doentes com os diagnósticos de artrite reumatóide (AR), artrite idiopática juvenil (AIJ), artrite psoriática (AP), espondilite anquilosante (EA). Avaliação de características demográficas, factores de risco relacionados com o estilo de vida (IMC e tabagismo), história pessoal de hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia, antecedentes pessoais e familiares de doença cardiovascular, parâmetros analíticos (glicemia, ficha lipídica, função renal, homocisteína, uricemia e proteína C reactiva) e ainda hábitos medicamentosos. Determinação do risco de um evento coronário *major* aos 10 anos, segundo o *score* de Framingham- metodologia recomendada pelas Guidelines do ATP III (Adult Treatment Panel III), de 2004.

**Resultados:** Da amostra de 87 doentes, 74,7% do sexo feminino e 25,3% do sexo masculino, com ida-

de média de  $49,2 \pm 13,7$ , 59 % dos doentes tinham o diagnóstico de AR, 23,7% de EA, 12,8 % de AP e 4,6% de AIJ, com tempo médio de evolução de doença de  $14,1 \pm 8,3$  anos. A população estava medicada com infliximab em 44,8%, etanercept em 35,6% e adalimumab em 19,5%, com um tempo médio de tratamento de  $39,8$  meses  $\pm 22,5$ . Dezoito por cento da população era obesa, e 41,4% tinha excesso de peso. Quanto à prevalência dos outros factores de risco cardiovascular major, observou-se dislipidemia em 50,6%, hipertensão arterial em 35,6%, diabetes mellitus em 5,7%, e tabagismo em 8,0% dos doentes. Apenas 2,3% tinham antecedentes pessoais de doença coronária prévia e 20,7% de doença cardiovascular familiar. Após aplicação do *score* de Framingham, 5,7% da população apresentava um risco superior a 20% de um evento cardiovascular major aos 10 anos. A maioria (89,7%) encontrava-se no grupo de baixo risco (risco <10%).

**Conclusões:** A maioria destes doentes não apresenta um risco cardiovascular significativo a longo prazo, facto que provavelmente se deve à média de idades. No entanto, é fundamental uma aplicação criteriosa e regular do *score* de risco, de forma a identificar precocemente doentes com risco elevado e assim otimizar terapêuticas.

**P36 – REFORMA POR INVALIDEZ E AS DOENÇAS REUMÁTICAS**

Célia Ribeiro, Paula Araújo,<sup>1</sup> Álvaro Ferreira,<sup>3</sup> Jaime C. Branco<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do CHLO-EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa;
2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa;
3. Serviço de Psicologia do CHLO-EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa

**Objectivos:** As doenças reumáticas constituem uma importante causa de incapacidade laboral, sendo a reforma por invalidez uma questão frequentemente abordada nas consultas de Reumatologia. Com este trabalho pretende-se analisar os principais motivos de reforma nos doentes seguidos na consulta de Reumatologia do HEM, assim como averiguar eventuais factores predictivos para a reforma por invalidez.

**Material e Métodos:** Aplicou-se um questionário de auto-preenchimento e anónimo a todos os doentes que acorreram à consulta externa de Reumatologia do Hospital Egas Moniz entre 16/10/07

e 15/11/07. Este questionário continha questões de carácter demográfico (idade, sexo, profissão, grau de ensino, condição profissional actual), auto-referenciação de sintomas depressivos e de ansiedade, perspectivas face ao trabalho e à reforma, características relativas à doença e avaliação da funcionalidade através do HAQ. Dos 685 doentes solicitados, 194 responderam.

**Resultados:** Os 194 doentes (146 mulheres e 48 homens) tinham idade média de 55 anos, 112 não eram reformados e 82 estavam reformados. O motivo de reforma foi a invalidez em 48,8% dos casos. A idade média da reforma por invalidez foi 51,8 anos. A Artrite Reumatóide (AR) foi a doença reumática mais frequentemente referida como causa da reforma, seguida pela Polioosteoartrose. Na comparação entre doentes não reformados, reformados por invalidez e reformados por outras causas, verifica-se que os doentes reformados por invalidez, apresentam HAQ superior, profissões com maior grau de exigência física e menor grau de ensino escolar. Os reformados por invalidez apresentam com maior frequência sintomas de depressão e ansiedade, do que os reformados por outro motivo. A prevalência da sintomatologia de depressão e ansiedade, antes e após a reforma, independentemente do seu motivo, não foi significativamente diferente.

**Conclusões:** A problemática da reforma por invalidez é multidimensional, englobando factores associados à doença, ao próprio doente e ao tipo de trabalho, que deverão ser ponderados em conjunto. Uma abordagem mais aprofundada será alvo de um estudo posterior.

### **P37 – SERÁ QUE A IDADE ESTÁ RELACIONADA COM UMA MAIOR INTOLERÂNCIA À TERAPÊUTICA BIOLÓGICA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE?**

Célia Ribeiro,<sup>1</sup> Paula Araújo,<sup>1</sup> Jaime C. Branco<sup>2,1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do CHLO-EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa;
2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** Na prática clínica é comum o receio em iniciar terapêutica biológica em doentes mais idosos. Existem poucos dados na literatura relativos ao perfil eficácia/tolerância neste grupo etário. O objectivo deste trabalho é analisar se a intolerância às terapêuticas biológicas, por efeitos secundários, levando à suspensão terapêutica, é superior em

idades mais avançadas nos doentes com Artrite Reumatóide (AR).

**Material e Métodos:** Análise prospectiva da população de doentes com diagnóstico de Artrite Reumatóide, segundo os critérios do *American College of Rheumatology*, seguidos no Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz e submetidos a terapêutica biológica com Infliximab (I), Etanercept (E), Adalimumab (Ad) e Anakinra (Ak), no período de 1-8-2000 e 31-12-2007. Esta população corresponde a 95 doentes (88 mulheres e 7 homens) e a 122 prescrições de biológicos. Foram excluídas 6 prescrições por insuficiência de dados. Analisaram-se assim, 116 casos, em que se comparou o subgrupo em que houve suspensão por efeitos secundários (n = 31) com o subgrupo em que não houve (n = 85), procedendo-se à análise comparativa da média das idades pelo teste *t-Student*.

**Resultados:** No total dos casos analisados (n = 116), verificaram-se os seguintes resultados: - Grupo 1 (n=31) - Suspensos por efeitos secundários: Idade média 56,16 anos - Grupo 2 (n=85) - Não suspensos por efeitos secundários (incluiu casos em curso e suspensos por ineficácia) : Idade Média 53,15 A análise comparativa mostra que os resultados não são significativamente diferentes (p= 0,256).

**Conclusões:** Concluiu-se não existir relação entre a idade e um maior número de suspensões terapêuticas por efeitos secundários, contrariamente a resultados encontrados em outros estudos.

### **P38 – RHEUGULATIONDB: UM SISTEMA PÚBLICO DE INFORMAÇÃO INTEGRADA NO APOIO AO ESTUDO DA ARTRITE REUMATÓIDE**

José Teles,<sup>1</sup> Joana Caetano-Lopes,<sup>1</sup> Mário Vale,<sup>1</sup> Miguel Oliveira,<sup>1</sup> Rita Moura,<sup>1</sup> Pamela Weinman,<sup>1</sup> Helena Canhão,<sup>1,2</sup> André O Falcão,<sup>3,4</sup>

Pedro L Fernandes, João Eurico da Fonseca<sup>1,2</sup>

1. Unidade de Investigação em Reumatologia – Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
2. Serviço de Reumatologia - Hospital de Santa Maria
3. Departamento de Informática - Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa
4. Instituto Gulbenkian de Ciência

**Objectivos:** O RheugulationDB é um sistema público e centralizado de informação sobre a fisiopatologia da AR. Reúne informação molecular dispersa em 14 bases de dados, bem como na literatura biomédica, disponibiliza-a de forma optimi-

zada com um interface intuitivo, trazendo benefícios óbvios na aprendizagem e sobretudo no estudo da doença, potenciando novos trabalhos experimentais e permitindo uma análise mais fidedigna de factores contributivos para a susceptibilidade, prognóstico e terapêutica da doença.

**Material e Métodos:** O desenvolvimento do projecto centrou-se em quatro etapas: (1) avaliação exaustiva de métodos e tecnologias computacionais disponíveis, e revisão aprofundada dos conteúdos de bases de dados públicas e literatura biomédica; (2) desenho e implementação de um sistema de dados relacional, cuja arquitectura se inspira numa abstracção da fisiopatologia da AR. Nesta estrutura de dados coerente e robusta, foram armazenadas todas as anotações recolhidas manualmente durante o processo de revisão da literatura e bases de dados; (3) implementação de aplicações de busca e extracção de conteúdos da base de dados, permitindo o cruzamento da informação armazenada, de forma personalizada, consoante especificações do utilizador; (4) construção de uma interface web capaz de disponibilizar através de uma navegação intuitiva todos os conteúdos da base de dados e respectivas aplicações, constituindo um ambiente integrado onde o máximo de informação útil possa ser obtida com um dispêndio mínimo de tempo.

**Resultados:** O produto final deste sistema de informação é um grande volume de informação refinada e de elevada qualidade sobre os diferentes aspectos da fisiopatologia da AR, que de outra forma seria de muito mais difícil obtenção, uma vez que reúne conteúdos de 14 bases de dados externas, para além de referências para literatura biomédica. O sistema de informação está publicamente disponível *online*, numa interface *web* de fácil utilização acessível através do endereço <http://imm.fm.ul.pt/rheugulationdb>. Através desta interface, uma base de dados com centenas de anotações manuais e rigorosas sobre os intervenientes na fisiopatologia da AR está já disponível. Estas anotações podem ser obtidas através de representações gráficas detalhadas e intuitivas representando os processos moleculares mais importantes da fisiopatologia da AR, bem como através de um conjunto de aplicações que, funcionando como poderosos motores de busca, promovem a utilização sinérgica dos conteúdos da base de dados, como forma de auxiliar e suportar a geração de novas hipóteses e conhecimento.

**Conclusões:** Desde a sua origem, o projecto Rheu-

gulationDB preconiza uma abordagem integrativa sobre a AR como forma de construir um conhecimento holístico acerca da sua fisiopatologia. De uma forma geral, dados os recursos informativos e estruturas de dados criados no decurso deste projecto, o RheugulationDB poderá ter aplicação nas mais variadas áreas da investigação na AR, bem como, através da adaptação das suas estruturas e aplicações, no estudo de outras patologias multifactoriais de uma forma geral.

### P39 – EXISTEM DIFERENÇAS ENTRE DOENTES REUMATÓIDES COM AC ANTI-CCP?

Paula Araújo,<sup>1</sup> Célia Ribeiro,<sup>1</sup> Jaime C. Branco<sup>2,1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do CHLO-EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** O objectivo deste trabalho é caracterizar as diferenças clínicas, laboratoriais e radiológicas, entre doentes com Artrite Reumatóide (AR) com Ac anti-CCP positivos e negativos.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva de doentes com diagnóstico de AR, pelos critérios do *American College of Rheumatology*, sob terapêutica biológica no Serviço de Reumatologia do HEM com doseamentos de ac anti-CCP (n=39). Fez-se a caracterização geral dos doentes com ac anti-CCP positivos (n=29) e negativos (n=10), relativamente às suas características clínicas, laboratoriais e radiológicas.

**Resultados:** Caracterizaram-se 39 doentes (36 mulheres e 3 homens), salientando-se os resultados que se apresentam em tabela anexa. As manifestações extra-articulares ocorreram em 7 dos doentes com Ac anti-CCP positivos. As mais frequentes foram os nódulos reumatóides (85,7%) seguidos pelo S.Sjögren (28,6%). No grupo com AC anti-CCP positivos a variação DAS 28 média com a terapêutica biológica foi -1,66 e no grupo com AC anti-CCP negativos foi -2,6. Na comparação dos 2 grupos, os resultados obtidos pelo método de SHARP modificado de Van der Heijde foram significativamente diferentes.

**Conclusões:** Os doentes com ac anti-CCP positivos parecem ter uma menor resposta à terapêutica biológica. Nos doentes avaliados encontrou-se relação entre Ac Anti-CCP positivos e o valor do SHARP, o que está de acordo com a associação conhecida entre, ac anti-CCP positivos e artrites ra-

	Idade início da AR (anos)	Duração média da doença (anos)	Manifestações extra-articulares (% doentes)	FR positivo (%doentes)	VS inicial n=36 (p=0,472)	DAS 28 inicial n=35 (p=0,516)	HAQ inicial n=29 (p=0,114)	SHARP inicial n=17 (p=0,033)
Grupo A:Ac anti-CCP positivo (n=29)	44	9	24,1%	91,3%	46	5,62	1,26	102,9
Grupo B:Ac anti-CCP negativo (n=10)	46	11	30,0%	50,0%	40	5,99	1,75	25,4

diologicamente mais erosivas.

#### P40 – QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM ESONDILITE ANQUILOSANTE: ANÁLISE INTERINA

FM Pimentel-Santos,<sup>1,2,3</sup> Célia Ribeiro,<sup>1</sup>  
Ana Filipa Mourão,<sup>1</sup> José António Costa,<sup>4</sup>  
Miguel Sousa,<sup>5</sup> Elsa Sousa,<sup>6,7</sup>  
Patrícia Pinto<sup>8</sup>, Margarida Cruz<sup>9</sup>,  
Jaime C. Branco<sup>1,2</sup>

1. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas  
Moniz, Lisboa

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
Nova de Lisboa e

3. Centro de Genética e Biotecnologia, Instituto de  
Bioengenharia e Biotecnologia da UTAD

4. Centro Hospitalar do Alto Minho, Hospital de  
Ponte de Lima, Ponte de Lima

5. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

6. Hospital de Santa Maria, Lisboa

7. Unidade de Investigação em Reumatologia,  
Instituto de Medicina Molecular, IMM, FMUL

8. Hospital de São Marcos, Braga

9. Centro Hospitalar das Caldas da Rainha,  
Caldas da Rainha

**Grupo de Estudos CORPOREA** Grupo de Estudos  
Conhecer a Realidade Portuguesa sobre Espondilite  
Anquilosante

**Objectivos:** Pretendeu-se avaliar a repercussão na  
qualidade de vida (QdV) dos doentes com Espon-  
dilite Anquilosante (EA) e a relação entre a QdV e  
a sua condição clínica e funcional.

**Material e Métodos:** Foram incluídos 176 doentes  
com diagnóstico de EA de acordo com os critérios  
de Nova Iorque modificados, recrutados em 9 cen-  
tros de Reumatologia e 1 de Fisiatria portuguesas.  
Obtiveram-se dados de natureza demográfica e ca-  
racterizaram-se os doentes em termos de activida-  
de da doença pelo *Bath Ankylosing Spondylitis Di-  
sease Activity Index* (BASDAI), repercussão funcio-  
nal pelo *Bath Ankylosing Spondylitis Functional  
Index* (BASFI) e *Bath Ankylosing Spondylitis Metro-  
logy Index* (BASMI), qualidade de vida (QdV) pelo  
*Health Assessment Questionnaire* (HAQ-EA) e  
*Short-Form 36* (SF-36) e o envolvimento entésico  
pelo índice de MASES modificado (MASESm).

**Resultados:** Dos 176 doentes incluídos 104 (59,1%)  
eram homens. A idade média foi 46,3 (min=20;  
Max=79) anos e a duração média de doença de 19,2  
± 13,4 anos. O valor médio do BASDAI foi de 4,3 ±  
2,4, de BASFI 4,1 ± 2,7, de BASMI 3,7 ± 2,6, de HAQ-  
EA 0,9 ± 0,6, do SF-36 total *score* 52,1% ± 19,1 e do

MASESm de  $1,3 \pm 2,0$ . Nas respostas ao SF-36 os domínios da saúde com maior compromisso foram a saúde geral (*score* médio-38,4  $\pm$  17,6), vitalidade (*score* médio-49,3  $\pm$  22,6) e dor corporal (*score* médio-49,3  $\pm$  23,5). Os domínios menos afectados foram a função social (*score* médio=71,1  $\pm$  25,6), desempenho emocional (*score* médio=63,8  $\pm$  41,7) e saúde mental (*score* médio=63,3  $\pm$  22,9). Os índices BASDAI e BASFI apresentaram correlações negativas, estatisticamente significativas, com todos os domínios do SF-36, tendo o BASDAI maior associação com o domínio dor corporal ( $r = -0,69$ ;  $p < 0,001$ ).

**Conclusões:** Esta amostra de doentes com EA revelou um compromisso funcional elevado. A actividade da doença estava mais associada ao domínio de dor corporal do instrumento de qualidade de vida SF-36.

#### P41 – RETRATO DOS DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE A FAZER BIOLÓGICOS NO SERVIÇO REUMATOLOGIA HEM

Célia Ribeiro,<sup>1</sup> Paula Araújo,<sup>1</sup> Jaime C. Branco<sup>2,1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do CHLO-EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** Neste trabalho procurámos caracterizar os doentes do Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz, com o diagnóstico de Artrite Reumatóide (AR) submetidos a terapêutica biológica, nos seus aspectos demográficos, características clínicas, laboratoriais e radiológicas da AR.

**Material e Métodos:** Análise descritiva da população de doentes do Hospital Egas Moniz, com o diagnóstico de AR, segundo os critérios do *American College of Rheumatology*, que realizaram terapêutica biológica com Infiximab (I), Etanercept (E), Adalimumab (Ad), Anakinra (Ak) e Rituximab (R) no período entre 1-8-2000 e 31-12-2007, através do estudo e revisão dos respectivos processos clínicos. Esta população englobou 95 doentes e 128 prescrições de biológicos, que correspondiam a I 45, E 33, Ad 34, Ak 10 e R 6.

**Resultados:** A idade média de início da doença foi 45,4 anos e a duração média da doença foi 10 anos. Do total de prescrições, 62 estavam em curso, 2 foram perdidas para outros centros e 64 foram suspensas. As manifestações extra-articulares estavam presentes em 26% dos doentes ( $n=25$ ), sendo

as mais frequentes, os nódulos reumatóides (48%), seguidos da Síndrome de Sjögren (32%) e amiloidose (28%). O FR foi positivo em 81,9% dos doentes ( $n=83$ ), o ac anti-CCP em 74,3% ( $n = 39$ ) e os ANA em 60,9%. O valor médio do DAS28 inicial foi 5,8 e a variação DAS28 foi -2,12. O HAQ inicial médio foi 1,43 e a variação HAQ foi -0,6. Pelo método de SHARP (SH), obteve-se um valor inicial de 52,58 (mín. 0 e máx. 311) ( $n= 65$ ) e final 60,58 (mín. 0 e máx. 281) ( $n=32$ ). Previamente ao início de biológico foram efectuados 3,8 DMARD`s por doente, 100% fez metotrexato (MTX); 67,4% leflunomida (L); 50,5% sulfassalazina (S); 49,5% hidroxiquina (HQ); 37,9% sais de ouro (SO); 24,2% ciclosporina (C) e 21 % fez azatioprina (A). Na última avaliação, nº médio de DMARD`s por doente foi de 0,97, sendo o MTX o mais frequente (76,8%). A dose inicial média de prednisona foi 8,14mg e a final de 6,33mg.

**Conclusões:** Em cerca de sete anos de experiência com terapêutica biológica, concluiu-se existir uma resposta favorável na maioria dos casos, com tradução na melhoria da funcionalidade, nos índices de actividade e de lesão da doença e nos biomarcadores. Na quase totalidade dos doentes foi feita terapêutica concomitante com DMARD`s. Verificou-se ainda um efeito poupador de corticóides com uma redução média de cerca de um quarto da dose inicial.

#### P42 – NEUTRÓFILOS: AVALIAÇÃO DA FAGOCITOSE NUM MODELO ANIMAL DE ARTRITE

Rita Cascão,<sup>1</sup> Pamela Weinmann,<sup>1</sup> Joana Duarte,<sup>2</sup> Luís Graça,<sup>1</sup> João Eurico Fonseca<sup>1,3</sup>

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

2. Unidade de Imunologia Celular, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa; Instituto Gulbenkian de Ciência, Oeiras

3. Serviço de Reumatologia do Hospital Santa Maria, EPE, Lisboa.

**Objectivos:** A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença inflamatória sistémica crónica. Os neutrófilos contribuem para a amplificação e manutenção da resposta inflamatória, embora o seu papel na fase inicial da AR seja ainda desconhecido. O objectivo deste trabalho é caracterizar a capacidade de fagocitose dos neutrófilos, na fase inicial da indução de artrite num modelo animal.

**Material e Métodos:** A artrite em ratinhos SKG é induzida pela injeção intraperitoneal de zymosan (extracto de beta-glucano da parede celular de fungos). O estado de desenvolvimento desta doença inflamatória é avaliado pela contagem do número de articulações com sinais inflamatórios e, a cada uma destas, é atribuído um valor numa escala de 0-3 (0: ausência de inflamação; 1: eritema ou início de inflamação; 2: tumefacção; 3: tumefacção significativa). O sangue dos ratinhos é recolhido na cauda de 3 em 3 semanas, de forma a abranger as várias fases de desenvolvimento da artrite. Neste trabalho foram avaliados nove ratinhos fêmeas. Para determinação da capacidade fagocitária dos neutrófilos é usado o Phagotest® kit (Orpegen Pharma), sendo o sangue periférico incubado previamente com *Escherichia coli*-FITC. A quantificação é realizada através de citometria de fluxo (FAC-SCanto).

**Resultados:** Os resultados da quantificação da capacidade fagocitária dos neutrófilos no modelo animal SKG revelam que existe uma diminuição, estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), da fagocitose observada 3 semanas após a indução, por comparação com o grupo de ratinhos com 2 meses de idade, antes de ser administrado zymosan. A capacidade fagocítica volta aos valores iniciais após 6 semanas de indução.

**Conclusões:** A diminuição da fagocitose nas primeiras 3 semanas de indução poderá ser devida a múltiplos factores que requerem ainda esclarecimento. No entanto, uma redução da actividade fagocítica na fase inicial da artrite pode estar hipoteticamente envolvida na evolução para a cronicidade, devido a um defeito de eliminação do estímulo antigénico.

#### P43 – A ABORDAGEM TERAPÊUTICA DOS REUMATOLOGISTAS PORTUGUESES NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

FM Pimentel-Santos,<sup>1,2,3</sup> Laura Pinto,<sup>1</sup>

Ana Filipa Mourão,<sup>1</sup> Ana Ribeiro,<sup>4</sup>

Miguel Sousa,<sup>5</sup> Patrícia Pinto,<sup>6</sup> Elsa Sousa,<sup>7</sup>

Anabela Barcelos,<sup>8</sup> Jaime C. Branco<sup>1,2</sup>

1. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Lisboa

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

3. Centro de Genética e Biotecnologia, Instituto de Bioengenharia e Biotecnologia da UTAD

4. Centro Hospitalar do Alto Minho, Hospital de

Ponte de Lima, Ponte de Lima

5. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

6. Hospital de São Marcos, Braga

7. Hospital de Santa Maria, Lisboa e Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, IMM, FMUL

8. Hospital Infante D. Pedro, Aveiro,

**Grupo de Estudos CORPOREA** Grupo de Estudos Conhecer a Realidade Portuguesa sobre Espondilite Anquilosante

**Objectivos:** Pretendeu-se avaliar as práticas de prescrição dos Reumatologistas portugueses através da análise de uma amostra de doentes com Espondilite Anquilosante (EA).

**Material e Métodos:** Os doentes incluídos no estudo CORPOREA, obedeciam aos critérios de Nova Iorque modificados tendo sido recrutados em 9 centros de Reumatologia e um de Fisiatria portugueses. Ao responderem a questionários (de auto-preenchimento e aplicados por entrevista) recolheu-se informação demográfica, de duração da doença, co-morbilidades e terapêutica realizada. Os doentes foram caracterizados em termos de *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI), *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* (BASFI), *Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index* (BASMI), *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). A análise da associação entre a terapêutica efectuada e as características do doente e os índices da EA foi realizada com modelos de regressão logística e com modelos lineares generalizados com distribuição do tipo poisson/gamma e ligação logarítmica.

**Resultados:** Nos 176 doentes com EA avaliados 90,3% faziam anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs, de forma contínua ou intermitente), 17,1% corticóides, 56,3% fármacos modificadores da doença (DMARDs) e 13,1% agentes anti-TNF $\alpha$ . Dos 99 utilizadores de DMARDs, 86 faziam apenas um fármaco (25,6% Metotrexato, 61,6% Sulfassalazina) e 13 em associação. O esquema terapêutico mais utilizado foi a associação AINE e DMARD (51,7%). A utilização de DMARD foi maioritariamente (90,9%) efectuada em associação com AINE. Cerca de 91% dos doentes tratados com medicamentos anti-TNF $\alpha$  utilizavam DMARD não biológicos. Depois de controlada para as características da EA e dos doentes, a *odds ratio* entre a utilização de anti-TNF $\alpha$  e DMARD não biológico foi de 12,4 (IC95% [2,2;69,7]) e entre anti-TNF $\alpha$  e AINE de 0,09 (IC95% [0,02;0,41]). Doentes com utilização

de AINE no último ano apresentaram um valor de BASDAI 1,6 vezes superior (IC95% [1,2;2,2]) quando comparados com os não utilizadores de AINE. O valor do índice BASFI foi 1,5 vezes superior em doentes com utilização de anti- TNF $\alpha$ .

**Conclusões:** A abordagem terapêutica mais frequente nos doentes com EA foi a utilização de AINEs, em 51,7% dos casos associados a DMARDs. Existe associação entre a modalidade terapêutica e os índices de actividade e compromisso funcional da doença.

#### **P44 – TERAPÊUTICA BIOLÓGICA DA ARTRITE REUMATÓIDE E RISCOS DE INFECÇÃO**

Célia Ribeiro,<sup>1</sup> Paula Araújo,<sup>1</sup> Jaime C. Branco<sup>2,1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do CHLO-EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa;

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** As infecções são um dos principais efeitos adversos descritos da terapêutica biológica, condicionando a decisão do médico e do doente em iniciar o tratamento e sendo muitas vezes uma importante causa para a sua suspensão. Pretende-se com este trabalho avaliar o nº infecção/ doente/ano e caracterizar o perfil de infecções em doentes com Artrite Reumatóide (AR) sob terapêutica biológica.

**Material e Métodos:** Análise da população de doentes do Serviço de Reumatologia do Hospital Egas Moniz, com o diagnóstico de Artrite Reumatóide, pelos critérios do *American College of Rheumatology*, submetidos a terapêutica biológica com Infliximab (I), Etanercept (E), Adalimumab (Ad) e Anakinra (Ak) no período entre 1-8-2000 e 31-12-2007. Esta população engloba 95 doentes (88 mulheres e 7 homens) e 122 prescrições de biológicos. Foram excluídos da análise 7 casos por insuficiência de dados, sendo portanto incluídos 115 destes tratamentos (I: 43, E: 29, Ad: 34, Ak: 9). O cálculo do nº infecções/ doente/ano para cada biológico foi efectuada pela aplicação da fórmula: (somatório infecções por biológico/ somatório doentes por biológico) / somatório de anos de terapêutica por biológico. Caracterizaram-se o tipo de infecções por sistemas e órgão e por gravidade, considerando-se infecções graves, todas as que motivaram internamento e a tuberculose.

**Resultados:** Os 115 doentes analisados, apresentaram no total 296 infecções, das quais 11 conside-

radas graves (3,7%). O nº Infecção/ doente/ano no Infliximab (I) foi 0,026, no Etanercept (E) foi 0,033, no Adalimumab (Ad) foi 0,036 e no Anakinra (Ak) foi 0,062. Os casos considerados de infecção grave foram: 1) I - 3 tuberculosas pulmonares e 1 pneumonia, 2) Ad - 4 infecções graves, nomeadamente, 1 tuberculose pulmonar, 1 tuberculose ganglionar, 1 pneumonia, 1 celulite com bacteriemia e, 3) E - 3 casos de infecção respiratória grave. Salienta-se que num dos doentes excluídos da análise, por não ser conhecida a duração da terapêutica, ocorreu 1 caso de tuberculose pulmonar sob terapêutica com Anakinra. Quanto à distribuição do tipo de infecção por sistemas e órgão, no global das infecções, 43% foram respiratórias (R), 21% genito-urinárias (GU), 18% cutâneas (C) e outras (18%). Na distribuição para cada biológico, as principais infecções foram, com: 1) I - R (47%) e C (18%), 2) E - R (36%) e GU (31%), 3) Ad - R (46%) e GU (24%), 4) Ak- R, C, GU, ORL (25% cada).

**Conclusões:** O biológico com o menor nº infecções/ doente/ano foi o I, seguido pelo E, Ad e Ak. O infliximab foi o que apresentou também um menor nº de infecções graves/ doente/ano. Relativamente à incidência de tuberculose, não existe nenhum caso sob etanercept. As infecções respiratórias são claramente predominantes, tanto em termos de frequência como de gravidade e independentemente do biológico utilizado. Em termos de frequência, destacam-se também, as infecções genito-urinárias e cutâneas.

#### **P45 – AVALIAÇÃO DO PASI EM DOENTES COM ARTRITE PSORIÁTICA SOB TERAPÊUTICA ANTI-TNFALFA**

Elsa Sousa,<sup>1,2</sup> Ana Rodrigues,<sup>1,2</sup> Catarina Resende,<sup>1,2</sup>

Joana Caetano-Lopes,<sup>2</sup> Helena Canhão,<sup>1,2</sup>

João Eurico Fonseca,<sup>1,2</sup> José A. Pereira da Silva,<sup>1</sup>

Mário Viana Queiroz<sup>1</sup>

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

2. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa

**Objectivos:** O TNFalfa é uma citocina pró-inflamatória determinante na patogénese da psoríase e da artrite psoriática, sendo detectada quer nas lesões cutâneas quer na membrana sinovial destes doentes. Os fármacos bloqueadores do TNFalfa têm benefício demonstrado no tratamento de ambas as patologias. Este trabalho tem por objectivo

avaliar prospectivamente a eficácia dos agentes bloqueadores do TNFalfa no tratamento das lesões de psoríase em doentes que iniciam esta opção terapêutica por indicação articular.

**Material e Métodos:** Avaliação prospectiva da eficácia da terapêutica bloqueadora do TNFalfa na melhoria das lesões cutâneas de psoríase, pela aplicação do *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI), aos 3 meses e depois semestral, durante um período de *follow-up* máximo de 36 meses. Foram ainda registados parâmetros clínicos incluindo: número de articulações dolorosas e tumefactas, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), *Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index* (BASDAI), *Bath Ankylosing Spondylitis Function Index* (BASFI), Escalas Visuais Analógicas (EVAs) globais da doença pelo doente e pelo médico e parâmetros laboratoriais, nomeadamente, velocidade de sedimentação (VS) e proteína C-reactiva (PCR). O HAQ foi aplicado aos doentes com padrão de envolvimento articular periférico e o BASFI e BASDAI aos doentes com envolvimento axial.

**Resultados:** Foram avaliados prospectivamente 23 doentes (65% do sexo masculino), com uma média de idades de  $50,1 \pm 10,8$  anos e um tempo de evolução da doença de  $15,4 \pm 7,6$  anos. Os doentes foram tratados com etanercept (15), infliximab (6) e adalimumab (2) e o tempo médio de *follow-up* após terapêutica foi de  $27 \pm 11$  meses. Os valores do PASI iniciais eram de  $8,9 \pm 17,6$  verificando-se uma redução de 60% e 90% aos 3 e 6 meses. A partir desta altura, a percentagem de redução do PASI em relação ao valor basal foi inferior: 70% aos 12 meses, 77% aos 18 e 24 meses, 66% aos 30 meses e 40% aos 36 meses ( $p < 0,05$ ). Assistiram-se ainda a reduções estatisticamente significativas do número de articulações dolorosas, do HAQ e das EVAs do doente e do médico ( $p < 0,05$ ). Considerando os parâmetros laboratoriais, as reduções da VS em relação ao valor inicial foram significativas aos 3, 6, 18 e 30 meses e da PCR aos 3, 6, 18, 24 e 30 meses ( $p < 0,05$ ). Identificaram-se apenas 4 casos de envolvimento axial exclusivo, não tendo sido analisados os resultados dos índices BASDAI e BASFI. De igual forma, o tamanho da amostra não permite estabelecer comparações no que se refere à eficácia dos diferentes bloqueadores do TNFalfa.

**Conclusões:** Este estudo mostra que, para além dos benefícios nos índices habitualmente utilizados para avaliar a eficácia da terapêutica da artrite psoriática, estes doentes obtêm também grande melhoria do ponto de vista cutâneo, verifican-

do-se uma redução do PASI de 90% aos 6 meses. Este efeito máximo sobre a actividade cutânea não é, contudo, inteiramente sustentado ao longo do tratamento.

#### **P46 – CONHECER A REALIDADE PORTUGUESA SOBRE A ESPONDILITE ANQUILOSANTE (CORPOREA): CLÍNICA E SÓCIO-DEMOGRAFIA**

FM Pimentel-Santos,<sup>1,2,3</sup> Ana Filipa Mourão,<sup>1,4</sup>

Célia Ribeiro,<sup>1</sup> Ana Ribeiro,<sup>5</sup> Miguel Sousa,<sup>6</sup>

Patrícia Pinto,<sup>7</sup> Elsa Sousa,<sup>4,8</sup>

Anabela Barcelos,<sup>9</sup> Jaime C. Branco<sup>1,2</sup>

1. Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Lisboa
2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
3. Centro de Genética e Biotecnologia, Instituto de Bioengenharia e Biotecnologia da UTAD.
4. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Lisboa.
5. Centro Hospitalar do Alto Minho, Hospital de Ponte de Lima, Ponte de Lima
6. Instituto Português de Reumatologia, Lisboa
7. Hospital de São Marcos, Braga
8. Hospital de Santa Maria, Lisboa
9. Hospital Infante D. Pedro, Aveiro,

**Grupo de Estudo CORPOREA** - Grupo de Estudo Conhecer a Realidade Portuguesa sobre a Espondilite Anquilosante

**Objectivos:** Caracterização clínica e sócio-demográfica dos doentes incluídos no estudo CORPOREA.

**Material e Métodos:** Os doentes incluídos no estudo CORPOREA, tinham o diagnóstico de Espondilite Anquilosante (EA) de acordo com os critérios de Nova Iorque modificados, tendo sido recrutados em 9 centros de Reumatologia e um de Fisioterapia portugueses. Após a obtenção do consentimento informado foram aplicados questionários que permitiram obter informação de natureza demográfica e caracterizar os doentes em termos de *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI), *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* (BASFI), *Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index* (BASMI) e *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). Foram recolhidos dados do exame objectivo, laboratoriais e radiológicos e feita a avaliação da capacidade funcional (critérios ACR). A análise da associação entre as características do doente e os índices da EA foi realizada com mode-

los lineares generalizados com distribuição do tipo poisson/gamma e ligação logarítmica.

**Resultados:** A amostra constituída por 176 doentes incluiu 104 (59,1%) homens. A idade média foi 46,3 (min=20;Max=79) anos com uma duração média de doença de 19,2 (DP=13,4). O tempo médio para se estabelecer o diagnóstico foi de 7,7 (DP=9,3) anos. Em termos de escolaridade 36,4% tinha o ensino primário completo ou ciclo preparatório, 6,8% ensino primário incompleto ou nulo e 17,0% o ensino superior. Os trabalhadores activos representavam 56,3% dos doentes e os desempregados 2,8%. A classificação funcional (critérios ACR) foi: I – 43,8%; II – 30,7%; III – 21,0%; IV – 4,0%. A EA foi considerada activa em 72,3% dos casos os quais referiam uma duração média de rigidez matinal de 54,4 (DP=44,1) minutos. O valor médio do BASDAI foi de 4,3 (DP=2,4), de BASFI 4,1 (DP=2,7), de BASMI 3,7 (DP=2,6) e de HAQ-AS 0,9 (DP=0,6). Valores mais elevados nos índices BASDAI e BASFI estiveram associados ( $p<0.05$ ) a menor escolaridade e ao sexo feminino. Valores menores do índice BASMI estavam associados a menor duração da EA ( $p<0,001$ ) e a trabalhadores activos ( $p=0,003$ ).

**Conclusões:** Os doentes incluídos no estudo CORPORA apresentam um longo período de tempo para se estabelecer o diagnóstico, e, níveis de actividade da doença e de repercussão funcional elevados, traduzidos respectivamente pelo BASDAI e BASMI. A doença parece determinar maior compromisso no sexo feminino e nos doentes de baixa escolaridade.

#### P47 – AS DENSITOMETRIAS ÓSSEAS SÃO SOLICITADAS DE ACORDO COM AS RECOMENDAÇÕES?

JC Branco,<sup>1,2</sup> V Tavares,<sup>3</sup> FP Santos,<sup>1,2</sup>  
MP Araújo,<sup>2</sup> P Nero,<sup>1,2</sup> MM Mateus,<sup>2</sup> AF Mourão,<sup>2</sup>  
S Garcês,<sup>3</sup> AA Matos<sup>1,2</sup>

1. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

2. Serviço de Reumatologia do CHLO – EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa

3. Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, EPE, Almada

**Objectivos:** A prevenção das fracturas osteoporóticas depende da identificação precoce dos seus factores de risco e do valor da massa óssea avaliada por densitometria óssea (DMO) nos doentes que apresentam um risco elevado. O uso incorrec-

to da DMO causa desperdício económico e constrangimentos clínicos. O objectivo deste estudo foi clarificar se a requisição médica das DMO seguia as recomendações aprovadas pelas sociedades científicas e autoridades de saúde nacionais.

**Material e Métodos:** Durante um período de dois meses, 6 médicos reumatologistas inquiriram todos os doentes que os consultaram, por qualquer motivo, em estabelecimentos públicos ou privados, sobre se tinham alguma vez realizado uma DMO de dupla energia radiológica (da coluna lombar e/ou fémur proximal). Em todos os casos afirmativos o médico aplicou um pequeno questionário para colher dados relativos ao doente e à última DMO, desde que esta não tivesse sido solicitada por esse próprio médico, para obviar dificuldades na avaliação.

**Resultados:** Durante o período destinado ao estudo, foram consultados pelos 6 médicos 2065 doentes, dos quais 854 tinham realizado pelo menos uma DMO, que em 415 casos havia sido solicitada pelo médico investigador. Foram incluídos no estudo os restantes 439 doentes (idade média + desvio padrão: 59,8 + 11,2), dos quais 407 (92,7%) eram mulheres, sendo 80,90% ( $n=355$ ) pós-menopáusicas (idade média da menopausa + desvio padrão: 48,1 + 5,3 anos). Os factores de risco major para osteoporose apresentaram as seguintes prevalências: corticoterapia: 83 doentes (18,9%), fracturas de fragilidade: 64 doentes (14,6%), história familiar de fractura da anca: 36 doentes (8,2%), hiperparatiroidismo: 4 doentes (0,9%) e hipogonadismo: 1 doente (0,2%). Em 179 doentes (40,8%) a DMO tinha sido solicitada de acordo com as recomendações.

**Conclusões:** A maioria das DMO foi solicitada sem indicação recomendada, o que representa um enorme e escusado desperdício de recursos técnicos e económicos. Existe, por isso, uma clara necessidade de difundir largamente as recomendações aprovadas e de formação pós-graduada dos médicos que mais frequentemente requisitam as DMO.

#### P48 – IDENTIFICAÇÃO E CONHECIMENTO DA FIBROMIALGIA: INQUÉRITO JUNTO DE MÉDICOS GENERALISTAS E REUMATOLOGISTAS EM PORTUGAL E COMPARAÇÃO COM A FRANÇA

JC Branco,<sup>1,2</sup> F Blotman,<sup>3</sup> H Barros,<sup>4</sup>  
E Thomas,<sup>3</sup> JP Caubere,<sup>5</sup> Ch Taieb<sup>6</sup>

1. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

2. Serviço de Reumatologia, CHLO, EPE/Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal
3. Service de Rhumatologie, Hôpital Lapeyronie, Montpellier, França
4. ONDOR, Porto, Portugal
5. Fabre Santé, Castres, França
6. Santé Publique, Qualité de Vie & Economie de la Santé, Pierre Fabre, SA, Boulogne, França

**Objectivos:** Poucos estudos foram realizados para avaliar a identificação e o conhecimento da fibromialgia (FM) entre os médicos de família e os reumatologistas. Um estudo realizado em França mostrou a necessidade da educação médica contínua para ajudar os médicos a melhor identificar e diferenciar a FM de outras patologias. O nosso objectivo consistiu em avaliar o nível de conhecimento desses médicos em Portugal acerca da FM, analisar a sua abordagem terapêutica e compará-la com a dos médicos franceses.

**Material e Métodos:** Juntamente com um envelope pré-pago foi enviado, a todos os médicos de família (n=8 399) e reumatologistas (n=124) portugueses, um questionário destinado a avaliar o conhecimento e a gestão da FM, já utilizado num estudo anterior realizado em França.

**Resultados:** Trinta e quatro reumatologistas (taxa de resposta: 27,4%) e 337 médicos de família (taxa de resposta: 4,0%) devolveram o questionário preenchido. Cerca de 94,5% dos médicos de família e 87,5% dos reumatologistas nunca receberam qualquer formação curricular sobre a FM. Por conseguinte, o conhecimento dos sintomas e dos sinais clínicos desta entidade nosológica, bem como dos seus critérios de classificação do *American College of Rheumatology*, 1990 e da gestão corrente dos doentes fibromiálgicos revela uma ampla área para melhoria da formação pós-graduada.

**Conclusões:** Tal como em França, existe em Portugal a necessidade de implementar um programa de formação médica contínua sobre a dor crónica e a FM. Este trabalho foi completamente suportado por uma bolsa específica concedida pelos Laboratórios Pierre Fabre.

#### P49 – OSTEOPOROSE MASCULINA – ESTUDO RETROSPECTIVO DE 70 DOENTES

D. Medeiros,<sup>1</sup> M. Sousa,<sup>1</sup> R. Figueiredo,<sup>1</sup> C. Miguel,<sup>1</sup> F. Barcelos,<sup>1</sup> M. Micaelo,<sup>1</sup> E. Simões<sup>1</sup>  
1. Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

**Objectivos:** A Osteoporose masculina (OP), patologia mais rara do que a feminina, está frequentemente associada a causas identificáveis, pelo que a investigação de eventuais causas secundárias deverá fazer parte da abordagem sistemática da OP. Pretendemos descrever uma população de 70 doentes do sexo masculino, observados na consulta externa de OP e doenças ósseas-metabólicas.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectiva envolvendo uma amostra de 70 doentes com OP masculina, observados na consulta de OP e doenças ósseas-metabólicas. Foram avaliados parâmetros demográficos, duração média do diagnóstico, etiologia, factores de risco, tipo de osso afectado, T-score mínimo na DXA, fracturas, terapêutica.

**Resultados:** 70 homens com o diagnóstico de OP foram avaliados. Idade média foi 60 anos. Duração média do diagnóstico foi 7,5 anos. Em 66% dos casos (46) ocorreu causa secundária. Incluíram: 22% (10) hipercalcúria idiopática (HI), 17 % (8) iatrogenia, 20% (9) hipogonadismo, 22% (10) espondilartropatia seronegativa, 15% (7) artrite reumatóide, 2% (1) hipertiroidismo e 2% (1) hiperparatiroidismo. A OP iatrogénica incluiu fármacos como glucocorticóides isolados (4), anticonvulsivantes (1), anti-ácidos (2), antagonistas androgénicos (1). A OP trabecular ocorreu em 60 % (42), OP cortical 9% (6) e OP trabecular e cortical 31% (22). O score T médio trabecular foi -2,68 DP e -2,6 DP para o cortical. Ocorreram 25 fracturas: 3 colo femoral, 9 vértebras, 7 punho, 4 pé e 2 cotovelo. Bifosfonatos (BFO) foram prescritos em 67% (47); calcitonina 9% (6); testosterona 9% (6); ranelato estrôncio 3% (2), análogo PTH 1% (1); pamidronato 1% (1), e Cálcio e vitamina D isolados 10% (7). Os doentes com HI realizaram diuréticos tiazídicos (10). O baixo intake de cálcio ocorreu em 33% (22), excesso de álcool 22% (15), sedentarismo 22% (15), tabagismo 15% (10), gastrite atrófica em 5% (3) e história familiar 3% (3).

**Conclusões:** A OP secundária foi a mais frequente, sendo a hipercalcúria idiopática e as doenças do tecido conjuntivo (DTC) as causas mais observadas, seguidos de hipogonadismo. O consumo excessivo de etanol e o baixo intake de cálcio, associados a sedentarismo, foram factores de risco predominantes. A OP 2ª às DTC foi inferior ao esperado dado estas serem seguidas pelo reumatologista assistente. Esta consulta inclui casos referenciados pela sua gravidade, causas secundárias, ou resistência à terapêutica.

**P50 – SOBREVIDA CUMULATIVA DAS TERAPÊUTICAS BIOLÓGICAS EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE**

Célia Ribeiro,<sup>1</sup> Paula Araújo,<sup>1</sup> Ana Filipa Mourão,<sup>1</sup> Laura Pinto,<sup>1</sup> Sandra Falcão,<sup>1,2</sup> Rita Barros,<sup>1</sup> António A. Matos,<sup>1,2</sup> Jaime C. Branco<sup>2,1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do CHLO-EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** O objectivo deste trabalho é efectuar o estudo da sobrevida cumulativa das terapêuticas biológicas utilizadas na Artrite Reumatóide no nosso Serviço.

**Material e Métodos:** Análise de todos os doentes do Serviço de Reumatologia do HEM, com diagnóstico de Artrite Reumatóide, segundo os critérios do ACR, submetidos a terapêutica biológica, com Infliximab (I), Etanercept (E), Adalimumab (Ad) e Anakinra (Ak), no período de 1-8-2000 a 31-12-2007, o que correspondeu a 95 doentes (88M: 7H) com idade média 55 anos e 122 prescrições. Na análise de sobrevida foram excluídas 4 prescrições por insuficiência de dados, sendo assim analisadas 118, distribuídas da seguinte forma: I 44, Ad 33, E 31, Ak 10. O I e o E foram iniciados no ano 2000 e o Ad e o Ak em 2003. A análise de sobrevida cumulativa terapêutica foi efectuada pelo teste de Kaplan-Meier, considerando como «end-point» a descontinuação terapêutica. Efectuou-se ainda a avaliação da sobrevida cumulativa por ineficácia (In) e por ocorrência de efeitos secundários (ESec). Calcularam-se as taxas de descontinuação e fez-se a caracterização das suas principais causas.

**Resultados:** Do total de 118 tratamentos iniciados, foram suspensos 62 (52,54%) e 56 mantêm-se a fazer terapêutica ( 47,5%) . Os resultados obtidos apresentam-se em tabela. A análise global das prescrições mostrou diferenças estatísticas entre os vários biológicos (p = 0,0001). Pela proximidade dos resultados obtidos entre I e E, repetiu-se a análise de Kaplan-Meier aplicada somente a estes 2 fármacos. Não se encontrou diferença estatística na sobrevida cumulativa entre ambos (p = 0,905), incluindo a análise por ineficácia e por efeitos secundários. Nos casos de suspensão, a principal causa são os efeitos secundários (50%), seguidos de ineficácia (32,25%) e outras (17,75%). Nos suspensos por ESec, as infecções graves são sobretudo do foro respiratório (38,7%) incluindo 6 casos de tuberculose pulmonar (3 sob I, 1 sob Ad, 1 sob Ak) e 1 caso de tuberculose ganglionar (sob Ad). As reac-

Biológico	Sobrevida Média (meses)	Sobrevida Cumulativa					Taxa de Descon-tinuação global	Taxa de Descon-tinuação por In	Taxa de Descon-tinuação por ESec	
		a 1 ano	a 2 anos	a 3 anos	a 4 anos	a 5 anos	a 6 anos			
I	49,7	84,0%	70,4%	68,2%	61,4%	56,8%	54,5%	50,0%	15,9%	25,0%
E	48,7	83,9%	74,2%	67,7%	58,1%	54,8%	54,8%	54,8%	12,9%	22,6%
Ad	29,1	72,7%	66,7%	48,5%	45,5%	0,0%	0,0%	54,5%	15,2%	27,3%
Ak	10,2	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	80,0%	40,0%	40,0%

ções alérgicas ocorreram em 22,5%. Verificaram-se 4 casos de neoplasia (9,7%), nomeadamente um caso de neoplasia da próstata (sob Ad), um de neoplasia do endométrio (sob E), um caso de linfoma B de baixo grau (sob Ak) e um caso de neoplasia do Sistema Nervoso Central (sob I).

**Conclusões:** A sobrevida média do I e do E foi similar (49,7 e 48,7 meses, respectivamente) e comparativamente superiores às do Ad e Ak. Estas diferenças poderão em parte ser explicadas pela introdução mais tardia do Ad e do Ak. Outra explicação possível, no caso do Ad, foi este ter sido o biológico mais utilizado em SWITCH (39,9% das 33 prescrições), comparativamente ao I (13,6%) e ao E (19,35%). As taxas de descontinuação global, por ineficácia e por toxicidade, são sobreponíveis entre o I, E e Ad.

#### P51 - PREVALÊNCIA DA FIBROMIALGIA NA EUROPA

JC Branco,<sup>1,2</sup> F Saraiva,<sup>3</sup> M Matucci Cerinic,<sup>4</sup>

B Bannwarth,<sup>5</sup> I Failde,<sup>6</sup> J Carbonell,<sup>7</sup>

F Blotman,<sup>8</sup> M Spaeth,<sup>9</sup> F Nacci,<sup>10</sup>

JP Caubere,<sup>11</sup> K Le Lay,<sup>12</sup> Ch Taieb<sup>12</sup>

1. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

2. Serviço de Reumatologia, CHLO, EPE - Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

3. Serviço de Reumatologia, Hospital Santa Maria, EPE, Lisboa, Portugal

4. Div Rheumatology, Univ. Florença, Itália

5. Universidade V. Segalen, Bordéus, França

6. Medicina Preventiva e Saúde Pública, Universidade de Cadiz, Espanha

7. Unidade Reumatologia, Barcelona, Espanha

8. Hospital Lapeyronie, Montpellier, França

9. Unit of Rheumatology, Munique, Alemanha

10. Div Rheumatology, Univ. Florença, Itália

11. Pierre Fabre Santé, França

12. Santé Publique, Qualité de Vie & Economie de la Santé, Pierre Fabre, SA, Boulogne, França

**Objectivos:** A prevalência da fibromialgia (FM) foi estimada na população geral entre 2 e 4%, através de várias metodologias no Canadá, nos Estados Unidos da América e em Espanha. O objectivo deste estudo consistiu, segundo a mesma metodologia, em avaliar e comparar a prevalência da FM em cinco países europeus: Alemanha, Espanha, França, Itália e Portugal.

**Material e Métodos:** O *London Fibromyalgia Epidemiological Study Screening Questionnaire*

(LFES-SQ 4 itens) foi submetido, por um lado, aos doentes que consultaram os 8 serviços hospitalares de reumatologia participantes no estudo, qualquer que fosse o motivo da consulta e, por outro lado, à população geral, recorrendo a uma amostra representativa da população geral com mais de 15 anos de idade, seleccionada segundo o método das quotas. Os doentes vistos na consulta foram examinados conforme os critérios de classificação da FM do *American College of Rheumatology* de 1990 para confirmar ou não a presença de FM. A prevalência foi estudada em função de várias modulações deste questionário de detecção, nomeadamente, acrescentando perguntas relativas à fadiga (LFES-SQ 6 itens).

**Resultados:** Nos cinco países estudados, 1125 doentes e 4517 adultos da população geral foram entrevistados. Para o conjunto dos países, a prevalência da FM foi de 4,6% [4,0 – 5,2], quando tomadas em consideração unicamente as queixas de dores difusas, e de 2,8% [2,3 – 3,3] se acrescentarmos a fadiga. A prevalência estimada em França foi de 2,2% (2,6% nas mulheres e 1,8% nos homens), em Portugal de 3,7% (5,1% nas mulheres e 2,3% nos homens), em Espanha de 4% (5,2% nas mulheres e 2,7% nos homens), na Alemanha de 5,8% (7,5% nas mulheres e 3,8% nos homens) e na Itália de 6,6% (9,8% nas mulheres e 3,0% nos homens). Só foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas entre a França e a Itália e entre a França e a Alemanha. Estes resultados permitem-nos comparar essas prevalências com os resultados previamente observados nos Estados Unidos e no Canadá. As ligeiras diferenças intercontinentais explicam-se provavelmente pelas diferenças de metodologias e de populações, mas também pelas diferenças socio-demográficas e de percepção desses sintomas.

**Conclusões:** Este estudo permitiu-nos avaliar em cinco países europeus a prevalência da FM. A prevalência mínima de 2,8% obtida no conjunto destes países indica que um total de 6 milhões de adultos padece de FM. Este trabalho foi completamente suportado por uma bolsa específica concedida pelos Laboratórios Pierre Fabre.

#### P52 – PREVALÊNCIA DA FIBROMIALGIA EM PORTUGAL: RESULTADOS FINAIS

JC Branco,<sup>1,2</sup> F Saraiva,<sup>3</sup> JP Caubère,<sup>4</sup> E André<sup>5</sup>

K Roué-Le Lay,<sup>5</sup> Ch Taieb<sup>6</sup>

1. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade

Nova de Lisboa

2. Serviço de Reumatologia, CHLO, EPE - Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal.

3. Serviço de Reumatologia, Hospital Santa Maria, EPE, Lisboa, Portugal

4. Pierre Fabre SA, Castres, França

5. Médico de Saúde Pública, Grenoble, França

6. Santé Publique, Qualité de Vie & Economie de la Santé, Pierre Fabre, SA, Boulogne, França

**Objectivos:** A fibromialgia (FM) é uma doença de etiologia desconhecida e diagnóstico difícil, que afecta mais de 5% dos doentes que acorrem a uma consulta de medicina geral. A prevalência na população geral é de cerca de 2% e de 5,8 % nas mulheres de 40 a 60 anos e até 8% nas mulheres de 55 a 64 anos. O objectivo deste estudo consistiu em avaliar a prevalência da FM em Portugal, no âmbito de um serviço hospitalar de reumatologia e na população geral.

**Material e Métodos:** Todos os doentes que, por qualquer motivo, foram consultados em duas consultas de reumatologia, durante um intervalo de 2 dias, foram entrevistados utilizando o *London Fibromyalgia Epidemiological Study Screening Questionnaire* (LFES-SQ 4 itens), validado em português, e ao qual foram acrescentadas duas perguntas relativas à fadiga (LFES-SQ 6 itens). Estes doentes foram estudados segundo os critérios de classificação do *American College of Rheumatology* de 1990, para confirmar ou não a existência de FM. O LFES-SQ de 6 itens foi concomitantemente submetido, por telefone, a uma amostra representativa da população portuguesa com mais de 15 anos de idade, seleccionada pelo método de quotas. A prevalência da FM na população geral foi avaliada, multiplicando a percentagem de casos de FM confirmados entre os doentes detectados positivos nas consultas, ou seja, o valor preditivo positivo observado nas consultas, pela percentagem de indivíduos positivos na população geral.

**Resultados:** Entre todos os doentes adultos observados na consulta, 56,7% declaram dores difusas, 38% declaram dores difusas e fadiga. Em 20,3% [19,8-20,8] dos casos foi confirmada a presença de FM. Detectaram-se dores difusas em 12,8% dos adultos entrevistados na população geral e 9,8% apresentavam também fadiga. Considerando as dores difusas como o único critério de pré-diagnóstico, a prevalência da FM na população geral foi avaliada em 3,7% [2,0 – 5,4]. Se for acrescentada a fadiga, a prevalência atinge 3,6% [2,0 – 5,2]. A pre-

valência aumenta com a idade até à faixa dos 65-74 anos. Os casos confirmados de FM são maioritariamente mulheres, com uma idade média de 59,2 anos.

**Conclusões:** Tendo como referência esta prevalência mínima de 3,6%, existirão cerca de 300.000 adultos com FM em Portugal. Este trabalho foi completamente suportado por uma bolsa específica concedida pelos Laboratórios Pierre Fabre.

### P53 – CARACTERIZAÇÃO DE UMA POPULAÇÃO DE DOENTES COM ESCLERODERMIA COM DOENÇA INTERSTICIAL PULMONAR (DIP)

T. Videira,<sup>1</sup> N. Melo,<sup>2</sup> F. Brandão,<sup>1</sup> A. Morais,<sup>2</sup> F. Simões Ventura<sup>1</sup>

1. Serviços de Reumatologia e da Faculdade de Medicina do Porto

2. Serviço de Pneumologia do Hospital de São João

**Objectivos:** A esclerodermia (ES) é uma doença sistémica inflamatória rara, de etiologia desconhecida e caracterizada por espessamento cutâneo e grau variável de atingimento multiorgânico. Avaliação das características clínicas e epidemiológicas de uma população de doentes com esclerodermia com DIP.

**Material e Métodos:** Foram incluídos 11 doentes (média de idades – 51 anos; sexo feminino – 91%) com DIP associada à ES, sendo avaliadas as características clínicas e epidemiológicas desta população.

**Resultados:** O diagnóstico foi efectuado segundo os critérios do *American College of Rheumatology*, em média 3,8 anos após o aparecimento dos primeiros sintomas. O aparecimento de sintomas gastrointestinais e respiratórios ocorreram, em média, 2 anos e 6,4 anos após o diagnóstico, respectivamente. Cerca de 90% dos doentes eram não fumadores e 10% ex-fumadores. Cerca de 18% tinha hipertensão arterial na história pregressa. Um doente era uma sobreposição de esclerodermia com artrite reumatóide. O envolvimento cutâneo era limitado em 45%, difuso em 40% e ausente em 10% dos doentes. O fenómeno de Raynaud foi observado em 73%, a disfagia em 64%, as úlceras digitais em 55%, a sinovite em 18%, o refluxo gastro-esofágico em 18% e a miosite em 9% dos doentes. Analiticamente cerca de 64% dos doentes tinham síndrome inflamatório biológico sugestivo de actividade da doença (média de VS – 60mm/1<sup>a</sup>h; N < 25mm/1<sup>a</sup>h). Foi encontrado o seguinte perfil

imunológico: anticorpo anti-nuclear positivo em 64% dos casos e anticorpos anti-centrómero e anti-Scl70 positivos em 27% dos casos. Cerca de 27% dos doentes apresentavam simultaneamente HP (PSAP média de 70 mmHg) e proteinúria subnefrótica em 18%. Relativamente ao envolvimento pulmonar, a dispneia foi o sintoma respiratório predominante (82%). Funcionalmente 45% dos doentes apresentavam síndrome ventilatório restritivo, 18% síndrome ventilatório obstrutivo e 55% diminuição da transferência alvéolo-capilar do monóxido de carbono. As alterações imagiológicas tinham predomínio basal (55%), sendo o padrão reticular o mais comum (55%). A alveolite linfocítica e neutrofílica foi a alteração mais frequente (36%) na análise do LBA. Os corticóides e a ciclofosfamida foram os fármacos mais usados na terapêutica instituída. A manometria esofágica revelou ausência de peristaltismo nos 2/3 inferiores com esfíncter esofágico inferior hipotónico em 6 doentes. O Electrocardiograma revelou hemibloqueio fascicular anterior esquerdo (3 doentes), bradicardia sinusal (1 doente), má progressão da onda R (1 doente) e taquicardia sinusal (1 doente), sendo os restantes normais. Três doentes faleceram (27%), um devido à HP associada, outro devido a neoplasia pulmonar e outro ainda no contexto de sépsis com origem abdominal.

**Conclusões:** De salientar o intervalo de tempo alongado entre o diagnóstico de ES e o aparecimento dos sintomas sendo neste período essencial a monitorização cardíaca, pulmonar e renal pré-sintomática para a detecção precoce da doença, uma vez que é o envolvimento pulmonar (sobretudo), cardíaco e renal são as causas de morte mais frequente nestes doentes.

#### **P54 – SÍNDROME METABÓLICA E RISCO CARDIOVASCULAR EM DOENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO**

Maria José Santos,<sup>1</sup> Filipe Vinagre,<sup>1</sup>  
Sandra Garcês,<sup>1</sup> J Canas da Silva<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

**Objectivos:** Os doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) têm um risco de eventos cardiovasculares 5-6 vezes superior à população geral e esse aumento não é totalmente explicado pelos factores de risco tradicionais. Por outro lado a Síndrome Metabólica (SMet) aumenta o risco CV mais de 2 vezes. Foi nosso objectivo avaliar a presença

de Síndrome Metabólica em doentes com LES e estimar o risco CV a 10 anos nesses doentes, aplicando a equação de Framingham.

**Material e Métodos:** Foram estudados 57 doentes consecutivos com o diagnóstico de LES (95% mulheres; idade média 46±13 anos; duração da doença 6,4±4,6 anos) e 72 controlos com características demográficas semelhantes, sem doença inflamatória. Foram avaliadas características clínicas, registada medicação e colhida uma amostra de sangue, após jejum nocturno, para medição da glicémia e dos lípidos séricos. A presença de SMet foi determinada de acordo com a definição do *National Cholesterol Education Program/Adult Treatment Panel III (NCEP/ATP III)*, da *International Diabetes Federation (IDF)* e da *American Heart Association/National Heart Lung and Blood Institute (AHA/NHLBI)*.

**Resultados:** A prevalência de SMet foi superior nos doentes com LES, independentemente da definição utilizada: NCEP/ATP III - 14% vs 5% n.s.; IDF-26% vs 14% p=0.05; AHA/NHLBI - 21% vs 8% p=0.03. Níveis baixos de HDL e hipertensão diastólica foram os domínios que mais contribuíram para essas diferenças. Os doentes com LES que apresentavam algum dano medido pelo SLICC/ACR DI tinham maior probabilidade de sofrer de SMet (OR1,7; 95% CI 1,07-2,8; p=0,02). Não encontramos relação entre a presença de SMet e a duração ou actividade do LES. O risco CV a 10 anos estimado pela equação de Framingham foi mais baixo nos doentes com LES do que nos controlos (1.06% vs 1.97%).

**Conclusões:** A prevalência de SMet é 2-3 vezes superior nos doentes com LES do que nos controlos, dependendo da definição utilizada. Por outro lado, a aplicação da equação de Framingham conduz a valores mais baixos no LES do que nos controlos, provavelmente subestimando o real risco cardiovascular dos doentes com lúpus.

#### **P55 – FRACTURA OSTEOPORÓTICA DO FÉMUR DURANTE A GRAVIDEZ – CASO CLÍNICO**

R. Barros,<sup>1</sup> E.S.Silva,<sup>2</sup> P. Rego,<sup>2</sup> J. Monteiro<sup>2</sup>

1. S. Reumatologia-Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental- H. Egas Moniz, Lisboa.

2. S. de Ortopedia, Hospital de Santa Maria, E.P.E., Lisboa; Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa.

**Objectivos:** Os autores apresentam o caso de uma

mulher de 34 anos que sofreu uma fractura sub-capital do fémur num contexto de queda da própria altura. É feita uma discussão dos diagnósticos diferenciais das fracturas de fragilidade do fémur durante a gravidez e uma revisão da literatura sobre a osteoporose durante a gravidez.

**Material e Métodos:** Primigrávida, à 34ª semana desenvolve dor da anca e coxa direita de ritmo mecânico, não incapacitante, tratada com descarga com canadianas e deflazacort 5 dias. Na 37ª sofre queda da própria altura na via pública de que resultou fractura subcapital do fémur direito. Cesariana electiva às G37+ 2 d, RN de sexo feminino, com peso 2425g índice Apgar 8/9. Factores de risco osteoporose/fracturas: tabagismo (14 UMA). DEXA: z-score -2.3 fémur proximal total e z-score -3 coluna lombar.

**Resultados:** A investigação etiológica da fractura demonstrou ser esta uma fractura osteoporótica. A doente foi submetida a redução cruenta e fixação *in situ* da fractura com parafusos canulados e iniciou investigação e tratamento da osteoporose.

**Conclusões:** Como hipóteses fisiopatológicas para a osteoporose associada à gravidez apontam-se: uma resposta supra-fisiológica às alterações do metabolismo ósseo em mulheres com DMO previamente normal; em mulheres com osteoporose prévia, a gravidez e/ou lactação actuariam como factores de *stress* com a manifestação clínica da osteoporose; forma ligeira de osteogénese imperfeita, que se manifesta no contexto das alterações do metabolismo ósseo, ou uma combinação de factores

#### P56 – INFEÇÕES ATÍPICAS EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE SOB ANTI-TNF $\alpha$ : A PROPÓSITO DE 2 CASOS

S. Pimenta,<sup>1</sup> M. Bernardes,<sup>1</sup> A. Bernardo,<sup>1</sup> M.D. Pinheiro,<sup>2</sup> A. Morais,<sup>3</sup> E. Mariz,<sup>1</sup> C. Vaz,<sup>1</sup> J. Pinto,<sup>1</sup> F. Simões-Ventura<sup>1,4</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João, Porto

2. Laboratório de Microbiologia do Serviço de Patologia Clínica do Hospital de São João, Porto

3. Serviço de Pneumologia do Hospital de São João, Porto

4. Faculdade de Medicina do Porto

**Objectivos:** O risco infeccioso está globalmente aumentado nos doentes tratados com anti-TNF $\alpha$ . A reactivação da tuberculose permanece ainda

tema da actualidade e o aparecimento de infecções por outros agentes é alvo de publicações recentes. Entre elas destacam-se infecções por legionella, descritas em doentes sob infliximab e várias infecções por pneumococcus.

**Material e Métodos:** Os autores descrevem dois casos de infecções raras, por agentes atípicos, em doentes sob etanercept.

**Resultados:** Caso nº1: doente do sexo masculino, 56 anos de idade, com artrite reumatóide diagnosticada há 8 anos, iniciou o etanercept em Maio de 2004. Manteve-se medicado e controlado até Janeiro de 2007, altura em que apresentou, de novo, 5 articulações tumefactas, 3 dolorosas e um aumento da VS (93 mm/1ªh). Queixava-se de tosse seca, sem febre e sem alterações do estado geral. O RX pulmonar objectivava um padrão micronodular difuso e um nódulo de 20 mm de diâmetro no campo pulmonar direito. Analiticamente: sem anemia, presença de síndrome inflamatório biológico (VS: 93 mm/1ªh; PCR: 24.6 mg/L) e trombocitopenia (plaquetas: 143 x 109). Não tinha alterações da função hepática ou renal. Imunologicamente: factor reumatóide: 4060 UI/mL (<30) e anti-CCP: 4640 U (<20). Serologia HIV negativa. A TC torácica revelou uma lesão nodular hipodensa, no lobo superior direito, com 26 mm de diâmetro compatível com lesão neoformativa e outro nódulo com cerca de 10 mm, à esquerda. A broncofibroscopia não revelou alterações e os exames micobacteriológicos dos lavados brônquico e bronco-alveolar foram negativos. Foi submetido a biopsia aspirativa transtorácica do nódulo pulmonar direito. A citologia não revelou presença de células malignas, mas evidenciou estruturas fúngicas mal caracterizadas, não se conseguindo identificar no exame cultural. Iniciou, nessa altura, o itraconazol. Dada a persistência das alterações imagiológicas sob anti-fúngico, repetiu a biopsia transtorácica dois meses e meio depois. O exame citológico foi sobreponível ao anterior, individualizando-se hifas fúngicas. Houve crescimento de *Aspergillus* (aguarda identificação de espécie) ao exame cultural. Face ao antibiograma foi modificada a terapêutica para posaconazol. Por manter exame da expectoração com presença de hifas, foi alterada a medicação para voriconazol. O último controlo imagiológico, feito 10 meses depois, mostra discreta melhoria das alterações pulmonares com parcial cavitação da formação nodular. Caso nº2: mulher de 59 anos com artrite reumatóide desde os 24 anos de idade, iniciou etanercept em Agosto 2005. Manteve a te-

rapêutica sem intercorrências até Setembro de 2007, altura em que surgiram lesões cutâneas, eritemato-pustulosas com formação de úlcera e posterior cicatrização, ao nível do tronco e membros inferiores. O exame bacteriológico do exsudado revelou existência de *Pseudomonas aeruginosa*. Segundo o antibiograma, iniciou ciprofloxacina que fez durante 16 dias mas, sem melhoria. Repetiu o exame bacteriológico que confirmou a presença de *P. aeruginosa* e *Staphylococcus epidermidis*. Manteve a ciprofloxacina e iniciou o trimetoprim/sulfametoxazol durante 16 dias com regressão total das lesões.

#### **P57 – OSTEOMALÁCIA HIPOFOSFATÉMICA/ /DORSALGIA NUM ADULTO JOVEM HLA B27 +**

T. Videira,<sup>1</sup> A. Bernardo,<sup>1</sup> M. Bernardes,<sup>1</sup>  
F. Brandão,<sup>1</sup> J. Brito,<sup>1</sup> F. Simões Ventura<sup>1</sup>

1. Serviços de Reumatologia do Hospital de São João e da Faculdade de Medicina do Porto

**Objectivos:** A osteomalácia é uma doença óssea metabólica rara que é caracterizada por uma mineralização anómala do esqueleto maturo tendo como manifestações clínicas principais: fractura, dor óssea e fraqueza muscular proximal.

Neste caso clínico, descreve-se um adulto jovem, sexo masculino, com o diagnóstico de Pelvispondilite anquilosante B27+, dois anos antes do internamento, com irmão também com o mesmo diagnóstico.

Apresentava raquialgia dorsolombar e coxalgia incapacitante bilateral com dois anos de evolução, de predomínio nocturno e rebeldes ao tratamento prescrito com aine's (Indometacina 125 mg/dia). Não fazia qualquer outro tipo de terapêutica, inclusivé anti-ácidos. Ao exame objectivo não apresentava baixa estatura nem outros estigmas de osteomalácia, nem tão pouco sinais sugestivos de sacroileíte. Força muscular proximal dos membros preservada. No estudo radiológico apresentava evidência de múltiplas fracturas vertebrais dorsais e osteopenia generalizada, sem sinais de sacroileíte radiológica e/ou sindesmofitose no ráquis. No estudo analítico não apresentava síndrome inflamatório biológico, de relevo apenas no estudo do metabolismo fosfo-cálcio: hipofosfatemia, aumento da fosfatase alcalina, diminuição da taxa de reabsorção renal de fósforo, normocalcemia com normocalciúria, metabólitos da vitamina D normais e PTH intacta normal.

Doseamentos normais de função tiroideia, testosterona, sem hipopituitarismo. Sem alteração urinária a favor de Síndrome de Fanconi ou outra patologia tubular renal. O cintilograma ósseo revelou: «focos de hipercaptação das coxofemorais, epífises proximais do úmero, carpos, coluna dorsal e faces laterais dos tarsos...na projecção da grade costal, clavícula direita e calcâneo esquerdo...» Na Densitometria óssea apresentava, valores de T score de L1-L4: - 2,3; Cólo fémur: -2,7 e Wards: -2,6. Perante a suspeita de osteomalácia foi realizada biopsia da crista íliaca que confirmou o diagnóstico. Iniciou tratamento com suplementos de fósforo elementar orale calcitriol com melhoria clínica, normalização dos valores de fósforo e fosfatase alcalina e melhoria dos valores da densidade mineral óssea. O doente apresentava características clínicas e analíticas que podem ser sugestivas tanto de osteomalácia ligada ao Cromossoma X como de osteomalácia oncogénica. Pelo facto de, até à data, apesar do estudo exaustivo (aguarda cintilograma marcado com octreotideo) não ter sido detectada etiologia oncogénica, de momento interpreta-se como tratando-se de uma osteomalácia ligada ao Cromossoma X, apesar da sintomatologia de início tardio e da forma esporádica. O rastreio dos familiares, incluindo o irmão foi negativo. A etiologia, patogénese e nosologia desta doença permanecem incompletamente conhecidas, mas o tratamento é baseado na experiência actual de casos semelhantes e nos seus resultados a nível clínico, analítico e densitométricos.

#### **P58 – DERMATOMIOSITE JUVENIL: A PROPÓSITO DE 4 CASOS**

S. Pimenta,<sup>1</sup> I. Cunha,<sup>2</sup> C. Dias,<sup>3</sup> I. Brito<sup>4</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João, Porto

2. Unidade de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro

3. Serviço de Pediatria do Hospital de São João, Porto

5. Unidade Funcional de Reumatologia Pediátrica do Hospital de São João / Faculdade de Medicina do Porto

**Objectivos:** A dermatomiosite (DM) é uma conectivite rara que atinge predominantemente o sexo feminino. A idade de início pode dividir-se em dois grupos: um observado na criança entre os 5 e 14 anos e outro no adulto entre 45 e 64 anos. Na criança, a incidência é cerca de 1 a 4 por milhão de habitantes, observando-se uma variação sazonal.

Contrariamente ao descrito no adulto, a associação entre dermatomiosite e neoplasia parece ser excepcional. A evolução pode complicar-se pelo aparecimento de calcinose, mais característica das DM juvenis, podendo levar a incapacidade funcional articular.

**Material e Métodos:** Os autores descrevem 4 casos de dermatomiosite na criança com manifestações clínicas, evolução e prognóstico variáveis.

**Resultados:** Caso nº1: menino de 7 anos com história de internamento, aos 4 anos de idade, por febre, mialgias, artrite do joelho esquerdo e do punho direito, tendo tido alta medicado com corticoterapia. Tinha tido um mês antes uma estomatite aftosa com artrite reactiva dos membros inferiores que melhorou com ibuprofeno. Um mês depois, foi reinternado pelo mesmo quadro clínico, objectivando-se, de novo, lesões ulceradas nos cotovelos e pavilhão auricular assim como lesões cutâneas das mãos sugestivas de nódulos de Gottron. Analiticamente: anemia Hg: 11.9 g/dl, síndrome inflamatório (VS: 85 mm/1<sup>a</sup>h e PCR: 92.2 mg/L), CPK e CPK MB: normais, aldolase: 16.5 U/L (< 7.6), sem outras alterações relevantes. O EMG não mostrava alterações. A biopsia cutânea confirmou a suspeita clínica de dermatomiosite. Iniciou prednisona (1mg/kg/dia) com posterior redução, observando-se melhoria clínica e analítica. Caso nº2: jovem do sexo feminino de 18 anos que iniciou, 2 anos antes, lesões eritematosas e descamativas de ambas as mãos. Não tinha queixas articulares ou musculares. Apresentava síndrome inflamatório (VS: 67 mm/1<sup>a</sup>h), DHL: 503 U/L (135-225), CPK: 2740 U/L (10-149), CPK MB: 156 (< 25), aldolase: 8.6 (< 7.6). O EMG revelou uma miopatia activa. Iniciou corticoterapia e posteriormente metotrexato. Caso nº3: menina de 10 anos com história clínica, desde os 5 anos de idade, de fenómeno de Raynaud, cervicalgias, artrite das pequenas articulações das mãos e lesões cutâneas sugestivas de nódulos de Gottron. De referir VS: 78 mm/1<sup>a</sup>h, DHL: 353 U/L (135-225), CPK: 313 U/L (10-149), aldolase: 17.9 (< 7.6). O EMG evidenciou alterações compatíveis com miosite. Iniciou corticoterapia e posteriormente metotrexato com melhoria do quadro articular e analítico. Caso nº4: jovem do sexo masculino de 24 anos que, 9 anos antes, foi internado por poliartrite das pequenas articulações das mãos, associadas a nódulos de Gottron. As enzimas musculares apresentavam-se elevadas, tendo iniciado corticoterapia. Quatro anos depois surge calcinose subcutânea ao nível do 1º dedo da

mão direita e cotovelo direito. Foi medicado com colchicina e hidroxicloroquina. Algum tempo depois observou-se agravamento clínico com calcinose do joelho esquerdo, conferindo incapacidade funcional, pelo que foi submetido a exérese. A terapêutica foi modificada para inibidores dos canais de cálcio, mantendo a corticoterapia.

#### P59 – AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DE REFERENCIAÇÃO A UMA CONSULTA DE REUMATOLOGIA

J. A. Costa,<sup>1</sup> A. Ribeiro,<sup>1</sup> M. Bogas,<sup>1</sup> C. Afonso,<sup>1</sup> L. Costa,<sup>1</sup> S. Alcino,<sup>1</sup> M. Severo,<sup>2</sup> D. Araújo<sup>1</sup>

1. Serviço Reumatologia, Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima – Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE  
2. Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Objectivos:** A Referenciação adequada a uma consulta especializada é uma etapa essencial no tratamento das doenças reumáticas. O objectivo deste trabalho foi avaliar a concordância entre a suspeita de diagnóstico do médico referenciador com o diagnóstico do reumatologista, e a possibilidade de se fazer uma triagem de prioridades utilizando um Protocolo de Referenciação (PR).

**Material e Métodos:** Análise prospectiva dos PR à Consulta de Reumatologia de 1 de Setembro de 2006 a 30 Abril de 2007. Este PR estava subdividido em grupos de patologias, sendo o médico referenciador convidado a colocar a sua hipótese ou hipóteses de diagnóstico (Dg). Os grupos principais eram: artrites inflamatórias; osteoartrose (OA); raquialgias; doenças peri-articulares; artrites infantis; osteoporose; e dor generalizada e fadiga crónica. Aos médicos reumatologistas foi pedido que colocassem, de uma forma não-cega, a sua hipótese ou hipóteses de Dg mais prováveis ou Dg definitivo para posterior correlação. Foi tomado como gold-standard o Dg do reumatologista. Os dados foram analisados com vista à obtenção dos graus de correlação entre o Dg do médico referenciador e o Dg do médico reumatologista. Para isso, calcularam-se as sensibilidades, especificidades e valores preditivos positivos (VPP), para cada um dos Dg possíveis.

**Resultados:** Foram avaliados 785 PR e os respectivos Dg dos reumatologistas. A média de idades dos doentes foi 49.5 +/- 16.5 anos, com preponderância do sexo feminino (72.6%). Na referenciação, a distribuição dos doentes revelou preponderância de 3 grupos de patologias: artrites inflamatórias (37.6%),

OA (28.1%) e raquialgias (22%). Nos Dg efectuados pelo reumatologista, o grupo de patologias mais frequente foi o da OA (45.3%), sendo também este que atingiu uma maior correlação entre o Dg do médico referenciador e o Dg do reumatologista (VPP 72.5%). Em relação às artrites inflamatórias, o VPP foi de 47.7%, e dentro destas, verificou-se a existência de uma certa heterogeneidade, com um VPP de 20.4% para a artrite reumatóide, 58.6% para as espondilartropatias e 52.2% para as artrites microcristalinas. Em relação às doenças peri-articulares, o VPP foi de 68.6% enquanto que para a dor generalizada e fadiga crónica foi de 64%. Os grupos de patologias com menor VPP foram a osteoporose (34.8%) e as artrites infantis (40%).

	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Valor Preditivo Positivo (%)
Artrites inflamatórias	81,2	75,7	47,7
Artrite Reumatóide	73,1	90,1	20,4
Espondilartropatias	74,5	95,9	58,6
Doenças do tecido conjuntivo	73,3	98,1	44,0
Artrites microcristalinas	30,8	98,5	52,2
Osteoartrose	49,6	90,1	72,5
Raquialgias	72,3	91,9	66,7
Doenças Reumáticas Peri-articulares	57,4	94,1	68,6
Artrites Infantis	80,0	99,2	40,0
Osteoporose	66,7	98,0	34,8
Dor generalizada e fadiga crónica	72,7	96,2	64,0

**Conclusões:** A correlação entre o Dg do médico referenciador e o Dg do reumatologista não foi suficiente para que se possa concluir que este instrumento de trabalho seja considerado eficaz e credível para efectuar uma pré-triagem por gravidade da patologia. A implementação de um sistema deste género torna-se premente, dado o aumento do afluxo de doentes a esta consulta, para permitir a observação dos doentes mais urgentes no menor período de tempo possível.

#### **P60 - GONALGIA, EDEMA DA PERNA E VELOCIDADE DE SEDIMENTAÇÃO ELEVADA – DESAFIO DIAGNÓSTICO**

Paulo Monteiro,<sup>1</sup> Cátia Duarte,<sup>1</sup> Pedro Abreu,<sup>1</sup> Maria João Salvador,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** A abordagem holística da Medicina leva, por vezes, a percursos diagnósticos difíceis com achados que poderão estar muito longe das hipóteses diagnósticas iniciais. Situações infecciosas raras traduzem-se muitas vezes em dificuldades de diagnóstico pela forma atípica de apresentação e a concomitância de outros sinais ou sintomas independentes da causa primária despistam a linha diagnóstica constituindo um desafio na procura de todas as respostas para determinado quadro clínico.

**Material e Métodos:** Caso clínico: Doente de 31 anos com dor de ritmo misto localizada à face posterior do joelho e perna direita, associada a edema, sem factor desencadeante, sem sinais inflamatórios associados, alterações tróficas ou sudativas.

Negava febre ou qualquer outra queixa sistémica. Sem queixas de qualquer outro órgão ou sistema. Referia dor na transição entre o tórax e o flanco direitos onde apresentava lesões cutâneas de aspecto cicatricial. Objectivamente não apresentava tumefacção articular; sem derrame dos joelhos; edema da perna direita, pulsos simétricos e palpáveis; sem assimetria das pressões arteriais dos membros; lesões cutâneas

as cicatriciais e vesiculosas da transição torácica / flanco direito (interpretadas por Dermatologistas como *Herpes Zoster*) com dor à palpação local e à palpação do hipocôndrio direito (no território das lesões); apirético; sem alterações à auscultação cardiopulmonar; sem adenopatias; ginecomastia e hipopilosidade; redução do volume testicular; dentes cariados.

**Resultados:** Exames complementares: VS: 84 mm na 1ª H; PCR: 5 mg/dl; sem outras alterações analíticas no hemograma ou bioquímica. Serologias hepáticas B e C e HIV negativas. Testosterona: 0,8 ng/ml (2,7 a 11). Cariótipo XXY. Ecografia escrotal: testículos de dimensões reduzidas. Ecografia abdominal: sem alterações. Ecodoppler dos membros inferiores (MI): estase venosa da poplítea direita. Angio-ressonância dos MI: estenose da artéria poplítea direita sugestivo de síndrome de «entrap-

ment». Angiografia dos MI: lentificação do fluxo da artéria poplíteia direita com estenose significativa em dorsiflexão e que desaparece em flexão plantar sugestivo de síndrome de «entrapment». TAC toraco-abdominal revelou massa heterogénea complexa entre a grelha costal e o fígado insinuando-se até às costelas. Foi realizada punção guiada por TAC desta massa havendo aspiração de volumoso conteúdo purulento. Em meio de cultura foi isolado *actinobacillus actinomycetemcomita*. O doente teve rápida resposta a antibioterapia dirigida com desaparecimento do abscesso subfrénico, iniciou terapêutica mensal com testosterona e foi proposto para cirurgia para resolução da inserção anómala dos músculos da região poplíteia.

**Conclusões:** DISCUSSÃO: Trata-se de um doente internado num serviço de Reumatologia por gonalgia, dor e edema da perna associados a elevação da VS e cuja investigação se revelou num difícil caminho diagnóstico tendo-se identificado situações diversas como hipogonadismo, síndrome de «entrapment» e uma rara infecção à distância que justificava a elevação dos parâmetros inflamatórios

#### **P61 – ENVOLVIMENTO CARDÍACO RARO EM DOENTE COM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**

S. Pimenta,<sup>1</sup> I. Cunha,<sup>2</sup> T. Pinho,<sup>2</sup> C. Gavina,<sup>3</sup> I. Brito<sup>1,4</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João, Porto
2. Unidade de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro
3. Serviço de Cardiologia do Hospital de São João, Porto
4. Unidade Funcional de Reumatologia Pediátrica do Hospital de São João / Faculdade de Medicina do Porto

**Objectivos:** As manifestações extra-articulares da artrite idiopática juvenil forma sistémica (AIJ sistémica) são frequentes, traduzidas habitualmente por adenopatias, hepato-esplenomegalia e atingimento das membranas serosas, nomeadamente cardíaca, pulmonar e peritoneal. O envolvimento cardíaco é o mais frequente, apresentando-se a maioria das vezes, como uma pericardite sintomática. A miocardite é mais rara, podendo levar, excepcionalmente, à insuficiência cardíaca.

**Material e Métodos:** Os autores descrevem um caso clínico de um doente do sexo masculino, de 26 anos, com AIJ sistémica diagnosticada aos 4 anos de idade, encontrando-se em remissão des-

de há cerca de 2 anos.

**Resultados:** Em Outubro 2007 inicia febre vespertina (39º) com uma semana de evolução, artrite do cotovelo direito e joelho esquerdo, necessitando de artrocentese e sinoviotese deste último, tendo iniciado corticoterapia (10 mg/dia). Após um mês de evolução surge dispneia para esforços moderados e início súbito de dor retroesternal associada a náuseas e vómitos. Recorreu ao Serviço de Urgência, constatando-se hipotensão arterial e no ECG supradesnivelamento de ST de 2 mm. Dada a persistência da dor torácica e das alterações electrocardiográficas foi submetido a cateterismo cardíaco que mostrou as coronárias angiograficamente normais e função ventricular esquerda moderadamente comprometida.

O ecocardiograma transtorácico confirmou a função ventricular esquerda moderada a severamente comprometida, bem como insuficiência mitral grau II/IV. O doente foi internado na unidade de cuidados intensivos com diagnóstico provável de miocardite, sem evidência de intercorrência infecciosa associada. Foi necessário suporte inotrópico por hipotensão na fase aguda. Analiticamente apresentava um síndrome inflamatório biológico (VS: 43mm1<sup>a</sup>/h e PCR máx: 54 mg/l) e elevação da troponina I (valor máx: 41,6 ng/ml). A ressonância cardíaca mostrou uma fracção de ejeção do ventrículo esquerdo de 47% e padrão de realce tardio sugestivo de miocardite. Dada a história de agudização osteoarticular recente e a negatividade do estudo serológico, a miocardite foi considerada como uma provável manifestação da artrite idiopática juvenil, pelo que iniciou corticoterapia (1mg/kg/dia). Verificou-se melhoria sintomática, mantendo-se estável do ponto de vista eléctrico e hemodinâmico.

A repetição do ecocardiograma revelou fracção de ejeção de 52%, pressão de enchimento do ventrículo esquerdo normal e função ventricular direita conservada. Teve alta sem queixas, mantendo a corticoterapia com indicação de redução lenta em regime de ambulatório. Três semanas depois, apresentava-se assintomático e sem alterações analíticas.

#### **P62 – RESPOSTA AOS ANTI-TNFALFA NA ARTRITE REUMATÓIDE: AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS**

Catarina Ambrósio,<sup>1</sup> Pedro Machado,<sup>1</sup> Margarida Alexandre,<sup>2</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Hospitais da Universidade de Coimbra
2. Centro Hospitalar da Cova da Beira EPE

**Objectivos:** Verificar, nos doentes com AR sob anti-TNFalfa seguidos no Hospital de Dia do Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC): possíveis correlações entre as características da doença, o biológico escolhido e o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início da terapêutica e o tipo de resposta obtida; avaliar a existência de correlações entre os parâmetros de avaliação subjectiva e objectiva de actividade da doença.

**Material e Métodos:** Caracterizou-se a amostra no que respeita ao sexo, idade, presença de factor reumatóide (FR), tempo médio de duração da doença, anti-TNFalfa utilizado e duração da terapêutica com este fármaco. Avaliou-se a eficácia com recurso a contagens articulares, VS, PCR, HAQ e escalas visuais analógicas.

**Resultados:** Apresentam-se os resultados de 49 mulheres e 1 homem, com uma média de idades de  $52,9 \pm 12,7$  anos; 84,4% dos doentes apresentam FR positivo. 19 doentes estão medicados com infliximab, 18 com etanercept e 13 com adalimumab. O valor médio do DAS 283v inicial foi  $5,3 \pm 1,1$  com redução para  $3,3 \pm 1,1$  à presente data. Verificou-se uma redução de 23% na média dos valores do HAQ e da EVA de 38,3%, quando comparamos os valores iniciais e os actuais. Os agentes anti-TNFalfa mostraram ser, na maioria dos doentes, uma boa solução terapêutica. Tendo sido considerados não respondedores apenas 3 doentes, que foram orientados para *Switch*. A presença de factor reumatóide, a terapêutica prévia e o biológico não têm correlação com o tipo de resposta.

**Conclusões:** Parece existir correlação entre a variação do valor da EVA e a variação da VS ( $p=0,002$ ) e DAS28 4v ( $p<0,001$ ). Não se encontrou correlação estatisticamente significativa entre a variação da PCR com o HAQ ( $p=333$ ) e a EVA ( $p=0,245$ ).

### P63 – COREIA EM CRIANÇA COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E SÍNDROME ANTI-FOSFOLIPÍDICO

S. Pimenta,<sup>1</sup> I. Cunha,<sup>2</sup> I. Brito<sup>3</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João, Porto
2. Unidade de Reumatologia do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro
3. Unidade Funcional de Reumatologia Pediátrica do Hospital de São João / Faculdade de Medicina do Porto

**Objectivos:** O envolvimento do Sistema Nervoso

Central no Lúpus Eritematoso Sistémico pode ser observado em 10 a 20% dos casos, embora alguns estudos evidenciem um aumento da sua incidência e prevalência nos últimos tempos. As manifestações clínicas são variadas, sendo as cefaleias as mais frequentes. A coreia é menos comum e associa-se frequentemente à presença de anticorpos anti-fosfolipídicos.

**Material e Métodos:** A propósito, os autores descrevem o caso de uma menina de 14 anos com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico e Síndrome anti-fosfolipídico diagnosticado aos 11 anos de idade.

**Resultados:** Apresentava nessa altura um quadro de necrose isquémica dos 1º, 2º, 3º e 5º dedos do pé esquerdo, com melhoria após perfusão de alprostadilo. Analiticamente destacava-se uma anemia, um síndrome inflamatório (VS:  $98\text{mm}/1^{\text{a}}\text{h}$ ), anticorpos anti-nucleares:  $> 1/1000$  com padrão homogéneo, anti-DNA ds:  $1606,4$  UI/ml (0-200), anticoagulante lúpico positivo, anticorpos anti-cardiolipina IgM fortemente positivos:  $82,2$  ( $< 20$ ) e os beta 2 glicoproteínas negativos. Os ANCA eram negativos, as fracções do complemento eram normais e não se objectivavam alterações da função renal. Iniciou corticoterapia, hidroxicloroquina e anticoagulante oral, mantendo-se assintomática durante 3 anos. Em meados de 2007 foi internada por aparecimento, de modo insidioso, de movimentos involuntários do membro superior e inferior direito, que agravavam durante a marcha. Ao exame objectivo apresentava alterações dos movimentos dos membros direitos, semiologicamente compatíveis com movimentos coreoatetósicos e observavam-se esporadicamente discinésias oromandibulares. Analiticamente não apresentava anemia, nem síndrome inflamatório, anticorpos anti-nucleares  $> 1/1000$  com padrão homogéneo, anti-DNA ds:  $1851,9$  UI/ml (0-200), anticorpos anti-cardiolipina IgM negativos e IgG positivos:  $34,7$  ( $< 20$ ) e os beta 2 glicoproteínas negativos. Sem atingimento renal. A RMN cerebral mostrava áreas de hipersinal nas ponderações de TR longo na substância branca de ambos os lobos frontais, de predomínio periventricular, correspondendo a focos de gliose, de natureza inespecífica e na sequência de angio-RMN, a existência de hipoplasia/agenesia do segmento A1 da artéria cerebral anterior esquerda. Iniciou 3 pulsos de metilprednisolona e um pulso de ciclofosfamida, obtendo melhoria franca do quadro clínico. Manteve pulsos de ciclofosfamida mensais e corticote-

rapia. Três meses depois, surgiram movimentos co-reatéticos à esquerda associados a movimentos involuntários do tronco, pelo que foi reinternada para novos pulsos de metilprednisolona. Foi repetida a RMN cerebral, sendo sobreponível à anterior.

**Conclusões:** Houve melhoria clínica. Ao 6º pulso de ciclofosfamida a criança apresenta apenas discretos movimentos involuntários quase imperceptíveis. A coreia, embora pouco frequente, pode ocorrer como episódio inaugural da doença e ser recorrente. Tem habitualmente bom prognóstico. Há, no entanto, casos refractários à medicação, sendo as várias possibilidades terapêuticas discutidas pelos autores.

#### **P64 – PARÂMETROS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS NA ESPONDILITE ANQUILOSANTE: AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DUM HOSPITAL DE DIA**

Catarina Ambrósio,<sup>1</sup> Pedro Machado,<sup>1</sup> Margarida Alexandre,<sup>2</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Verificar, nos doentes com Espondilite Anquilosante (EA) sob anti-TNFalfa, seguidos no Hospital de Dia do Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC): correlações entre as variações dos parâmetros de avaliação subjectiva e as variações laboratoriais da VS e PCR e correlações entre as características da doença, o anti-TNFalfa escolhido e o tipo de resposta obtida.

**Material e Métodos:** Caracterizou-se a amostra no que respeita ao sexo, idade, presença de HLA B27, forma de apresentação, tempo médio de duração da doença, anti-TNFalfa utilizado e duração da terapêutica com este fármaco. Para avaliação da eficácia foram usados os valores de BASDAI e ASAS20. Foi ainda analisada a variação do HAQea, ASQol, VS e PCR.

**Resultados:** Da amostra faziam parte 22 doentes (6 mulheres e 16 homens), com uma média das idades de 38,6±8,9 (18-54) anos. 76,5% apresentavam HLA B27 positivo; 16 (72,7%) tinham envolvimento axial e periférico e 6 (27,3%) envolvimento axial exclusivo. 13 estavam sob terapêutica com infliximab e 9 com etanercept. Verificou-se que 14 (63,6%) doentes tiveram uma redução do BASDAI >50% e 19 (86,4%) atingiram ASAS20 às 12 semanas, considerando-se como respondedores à terapêutica. Os 3 doentes não respondedores fo-

ram orientados para *Switch*.

**Conclusões:** Após a análise estatística dos dados, pelo teste de Fisher, não se encontrou correlação estatisticamente significativa entre o tempo de duração da doença ou o tempo entre o diagnóstico e o início da terapêutica biológica e a resposta clínica. O coeficiente de Correlação de Spearman também não mostrou correlação estatisticamente significativa entre as variações dos parâmetros de avaliação subjectiva e as variações laboratoriais da VS e PCR.

#### **P65 – QUANDO UM BIOLÓGICO FALHA...**

##### **A EXPERIÊNCIA DOS SWITCH**

Catarina Ambrósio,<sup>1</sup> Margarida Alexandre,<sup>2</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Centro Hospitalar da Cova da Beira EPE

**Objectivos:** À medida que a experiência com agentes biológicos aumenta, vão surgindo inevitavelmente novos desafios à comunidade médica, um dos quais é: o que fazer quando o agente biológico falha? O presente trabalho tem como objectivo avaliar a resposta clínica e laboratorial após a introdução de um novo agente biológico, em doentes cuja resposta à primeira terapêutica foi insatisfatória ou em que, por outra qualquer razão, foi necessária a substituição do fármaco.

**Material e Métodos:** Avaliou-se, para cada doente com espondilite anquilosante (EA), o BASDAI, BASFI, HAQea, ASQol, VS e PCR e, para cada doente com artrite reumatóide (AR), o DAS, HAQ, EVA, VS e PCR. Em todos os doentes foram feitas medições destes parâmetros ao início da primeira terapêutica, à data do *Switch* e na última avaliação. A mudança de anti-TNF alfa foi feita com base nas normas publicadas pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) no que respeita a critérios de manutenção e suspensão de terapêuticas biológicas. No que se refere à doença de Still, foram usados os parâmetros clínicos e laboratoriais.

**Resultados:** Nove doentes foram proposto para *Switch*, 6 por ineficácia terapêutica e 3 por reacção alérgica documentada. Três doentes tinham artrite reumatóide, 4 espondilite anquilosante, 1 artrite idiopática juvenil poliarticular e 1 doença de Still do adulto. Verificou-se, nos doentes com AR, eficácia terapêutica. Os doentes com EA tiveram diminuição do BASDAI superior a 50%. O doente com Doença de Still, apresentou, após o *Switch*, dimi-

nuição significativa dos valores de ferritina, VS e PCR bem como melhoria das queixas álgicas. Também o doente com AIJ teve uma resposta positiva ao *Switch*, com melhoria clínica e laboratorial. À presente data, todos os doentes permanecem sob terapêutica com o novo biológico.

**Conclusões:** Apresentam-se os resultados dos 9 doentes submetidos a *Switch* no Hospital de Dia de Reumatologia dos HUC, Em todos os casos, verificou-se uma resposta claramente positiva, quer do ponto de vista laboratorial quer clínico, após o início da nova terapêutica. A mudança para uma segunda terapêutica biológica, perante a falência de uma primeira, parece pois ser uma boa opção.

### **P66 – ARTRALGIAS, DORES ÓSSEAS, ANA'S POSITIVOS, TROMBOCITOPENIA E DORES... A SURPRESA DO DIAGNÓSTICO!**

Catarina Ambrósio,<sup>1</sup> Margarida Alexandre,<sup>2</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Hospitais da Universidade de Coimbra
2. Centro Hospitalar da Cova da Beira EPE

**Objectivos:** O diagnóstico diferencial das doenças reumatológicas é por vezes complexo pela inespecificidade das manifestações clínicas. Não raramente, o recurso aos vários exames complementares disponíveis conduz-nos a patologias que nos surpreendem pela sua raridade, despertando a nossa consciência para a necessidade de as considerar na nossa lista de diagnósticos diferenciais. Os autores apresentam o caso clínico de uma jovem com artralgias e dores ósseas associadas ANA's positivos e trombocitopenia.

**Material e Métodos:** Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 31 anos de idade, com artralgias de ritmo misto e dores ósseas com 11 anos de evolução associadas a xerostomia, enviada à consulta sob terapêutica com hidroxiquina e prednisona 5 mg/dia, que fazia desde há 7 anos. Antecedentes familiares de LES, num sobrinho de 14 anos. Ao exame objectivo não apresentava alterações da pele ou mucosas. Auscultação cardio-pulmonar normal. Hepatoesplenomegalia. Sem articulações tumefactadas ou dolorosas, O teste de Schirmer era de 15 mm bilateralmente.

**Resultados:** Hemograma e leucograma normais, trombocitopenia de 111 G/L. ANA's positivos++ padrão mosqueado, com anti-SSA positivo forte. Ecografia abdominal com *ecodoppler* visceral: hepatomegalia moderada, fígado de contornos regulares

e de textura homogénea. Esplenomegalia volumosa (20x19x7,5cm) com ectasia do hilo esplénico e ectasia da veia porta, bem como da veia esplénica. Boa permeabilidade da veia porta, sem dilatação das vias biliares intra ou extrahepáticas. Realizou biopsia óssea que mostrou infiltração de células histiocitárias sendo o estudo bioquímico lisossomal compatível com doença de Niemann-Pick, tipo B, confirmado posteriormente pela cultura de fibroblastos.

**Conclusões:** Fazem-se considerações acerca do desafio diagnóstico deste caso, especialmente pela sua raridade na prática clínica do quotidiano.

### **P67 – OSTEONECROSE ASSÉPTICA – DIFERENTES ETIOLOGIAS**

Ana Ribeiro,<sup>1</sup> J.A. Costa,<sup>1</sup> Mónica Bogas,<sup>1</sup> Domingos Araújo<sup>1</sup>

1. Serviço Reumatologia – CHAM Ponte de Lima

**Objectivos:** Introdução: A Osteonecrose (ON) é um processo patológico que tem sido associado a numerosas condições clínicas e algumas intervenções terapêuticas. A prevalência exacta é desconhecida. Pensa-se, no entanto, que constitua cerca de 10% das causas de substituição total da anca. Uma variedade de factores, traumáticos e não traumáticos, contribuem para a sua etiologia, salienta-se que o uso de corticóides e a ingestão excessiva de álcool representam a maioria dos casos (>90%).

**Material e Métodos:** Os autores apresentam seis casos clínicos de osteonecrose asséptica, em que se presumiu haver distintas etiologias, ocorrendo em mais do que uma localização.

**Resultados:** Casos clínicos: Estes casos dizem respeito a 3 homens e 3 mulheres com idades compreendidas entre os 27 e os 55 anos. Todos foram observados na consulta de Reumatologia por quadro clínico de coxalgia mecânica bilateral com limitação marcada da mobilidade, nos quais se estabeleceu o diagnóstico de ON bilateral das ancas. Posteriormente, no decurso da sua evolução, em 2 desses doentes efectuou-se também o diagnóstico de ON do úmero e dos joelhos. Do estudo clínico destes doentes concluiu-se pelas seguintes etiologias: 1) alcoolismo, 2) alcoolismo e hipertriglicéridemia, 3) gravidez, 4) LES e corticoterapia, 5) traumatismo, 6) malformações arteriovenosas. Todos os doentes foram submetidos a cirurgia: 5 a artroplastia total das ancas, 1 descompressão cirúrgica.

gica da cabeça do fémur e 2 próteses totais dos joelhos.

**Conclusões:** O mecanismo que desencadeia a osteonecrose asséptica não está completamente esclarecido. No entanto, independentemente da etiologia, pensa-se que o compromisso da vascularização óssea, surge como processo último na maioria dos casos. Em doentes com factores de risco conhecidos, um elevado índice de suspeição é necessário, pois o diagnóstico precoce desta situação, pode providenciar a oportunidade de prevenir o colapso e em última análise evitar a substituição articular.

#### **P68 – SÍNDROMAS POLIGLANDULARES AUTO-IMUNES – 5 CASOS CLÍNICOS**

Ana Ribeiro,<sup>1</sup> Mónica Bogas,<sup>1</sup> J.A. Costa,<sup>1</sup> Domingos Araújo<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia – CHAM Ponte Lima

**Objectivos:** Introdução: Síndromas poliglandulares autoimunes (SPA) são poliendocrinopatias raras, caracterizadas pela falência de vários órgãos endócrinos e não endócrinos, resultante de uma destruição imunomediada. Actualmente descrevem-se quatro categorias de SPA. No âmbito da Reumatologia, assume particular interesse a SPA tipo 3, que se define, em termos endócrinos, pela doença auto-imune da tiróide, em associação a outras patologias auto-imunes, muitas vezes doenças reumáticas.

**Material e Métodos:** Os autores apresentam 5 casos clínicos de doentes com síndrome poliglandular auto-imune tipo 3, seguidos na consulta de Reumatologia.

**Resultados:** Casos clínicos: Descrevem-se 5 doentes, 1 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, viados em consulta de Reumatologia por artrite reumatóide (4 doentes) e síndrome de sjogren (1 doente). Todos os doentes apresentavam envolvimento da tiróide com hipo ou hipertiroidismo, de natureza auto-imune e, adicionalmente 1 dos doentes apresentava vitiligo e outro, anemia perniciosa. A associação das diferentes patologias referidas, permitiu o diagnóstico, em todos eles, de SPA tipo 3.

**Conclusões:** A apresentação clínica da SPA 3 depende de uma constelação de manifestações, associadas a uma morbilidade e mortalidade determinadas por cada um dos componentes individuais. Os autores realçam a importância de, pe-

rante doentes com patologias reumáticas inflamatórias, fazer uma avaliação cuidada para o despiste de doenças endócrinas ou não, de natureza auto-imune, uma vez que estas frequentemente se associam.

#### **P69 – OSTEONECROSE ASSÉPTICA NA GRAVIDEZ – UM CASO CLÍNICO**

Ana Ribeiro,<sup>1</sup> J.A. Costa,<sup>1</sup> Mónica Bogas,<sup>1</sup> Domingos Araújo<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia CHAM - Ponte de Lima

**Objectivos:** Introdução: A gravidez é uma causa excepcional de osteonecrose asséptica da anca. Pela raridade dos casos, é difícil afirmar os mecanismos subjacentes a esta osteonecrose, mas acredita-se que a sua etiologia seja multifactorial. No entanto, a dor na anca durante a gravidez não é incomum, resultando na maioria das vezes de alterações fisiológicas durante este período, como a compressão de estruturas pélvicas, o aumento da laxidez ligamentar induzida pela relaxina e alterações mecânicas.

**Material e Métodos:** Caso clínico: Os autores apresentam um caso clínico de uma mulher de 45 anos, sem antecedentes patológicos prévios, enviada à consulta de Reumatologia por dor e limitação da mobilidade das articulações coxofemorais com grande incapacidade funcional, com cerca de 2 anos de evolução. As queixas iniciaram-se de forma súbita duas semanas após o parto do seu 5º filho (5G5P). Imagiologicamente constataram-se alterações compatíveis com osteonecrose bilateral da anca. Não apresentava qualquer outra patologia ou factor de risco frequentemente associados a osteonecrose, além da gravidez.

**Resultados:** Discussão: A osteonecrose é pouco frequente durante a gravidez ou no período pós-parto, mas constitui a 2ª causa de coxopatia no decurso da mesma. Entre as causas potenciais que predispõem a osteonecrose na gravidez ou período pós parto estão a congestão venosa, a hipercoagulabilidade, o stress mecânico e «overload», resultantes do ganho excessivo de peso e várias modificações endócrinas, todos estas frequentes no decurso da gravidez.

**Conclusões:** O diagnóstico de osteonecrose na gravidez ou período pós-parto surge como um desafio clínico, que obriga a um elevado grau de suspeição. É difícil estabelecer uma relação causal entre gravidez e osteonecrose pelo facto de esta as-

sociação ser rara. No entanto, os autores realçam a importância de ponderar este diagnóstico perante uma coxalgia durante a gravidez, pois a detecção precoce e uma intervenção atempada, condicionarão certamente um melhor prognóstico.

#### **P70 – HOMOCISTEINA E METOTREXATO EM DOENTES COM ARTRITE PSORIÁTICA**

Ana Ribeiro,<sup>1</sup> Mónica Bogas,<sup>1</sup> J.A. Costa,<sup>1</sup> Domingos Araújo<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia – CHAM Ponte de Lima

**Objectivos:** O metotrexato (MTX) é o DMARD mais utilizado no tratamento das artropatias inflamatórias. O seu modo de acção, resulta da inibição da dihidrofolato reductase com depleção do «pool» de folatos. Esta impede a transmetilação de homocisteína em metionina aumentando a homocisteína plasmática (Hc). Sabe-se que a hiperhomocisteinemia (HH) é um factor de risco para doença cardiovascular. Os autores avaliaram a prevalência de HH em doentes com artrite psoriática (APs) com e sem tratamento com MTX.

**Material e Métodos:** Estudo transversal em doentes com APs, seleccionados aleatoriamente na consulta de Reumatologia. Analisaram-se os seguintes parâmetros: idade, sexo, anos de evolução da doença, extensão da psoríase, hábitos tabágicos, tratamento com metotrexato, suplementação com ácido fólico e antecedentes de eventos cardiovasculares. Foram excluídos doentes que apresentavam outros factores de risco que pudessem influenciar o metabolismo da Hc. A cada doente foi feito um doseamento de homocisteína sérica. Considerou-se HH para valores superiores a 16  $\mu\text{mol/L}$ .

**Resultados:** Os doentes incluídos no estudo apresentavam diagnóstico de APs segundo os critérios de CASPER. Incluíram-se 41 doentes, 20 do sexo feminino e 21 do sexo masculino, com idade média de 50 anos (30-74 anos). A duração média da doença foi de 125 meses (7-540 meses). O MTX foi utilizado em 30 (73%) doentes, todos em suplementação com ácido fólico. A HH verificou-se em 5 (12%) doentes sob tratamento com MTX e em nenhum dos restantes. Não foram referidos quaisquer antecedentes de eventos cardiovasculares.

**Conclusões:** Contrariamente ao descrito para a artrite reumatóide, a APs, neste grupo de doentes, não parece estar associada a HH, apesar da psoríase ser um factor de elevação da Hc. No nosso estu-

do, a não elevação da Hc nos doentes a fazer MTX, pode ser justificada pela suplementação com ácido fólico. No entanto, apesar de não estatisticamente significativo, verificou-se que o grupo de doentes com maior envolvimento cutâneo e o grupo de doentes a tomar MTX tinham tendência para valores mais elevados de Hc.

#### **P71 – POLIARTRITE ASSIMÉTRICA EM DOENÇA DE CROHN OCULTA**

Ana Rodrigues,<sup>1</sup> Helena Canhão,<sup>1</sup> Elsa Sousa,<sup>1</sup> Cristina Catita,<sup>1</sup> Luis Correia,<sup>1</sup> Ilídio Barjas,<sup>1</sup>

João Lopes,<sup>1</sup> Maria Emilia Oliveira,<sup>1</sup>

António Marques,<sup>1</sup> João Eurico Fonseca,<sup>1</sup>

José A Pereira da Silva,<sup>1</sup> Mário Viana Queiroz<sup>1</sup>

1. Hospital de Santa Maria

**Objectivos:** As artrites periféricas associadas à doença de Crohn (DC) são habitualmente autolimitadas, não erosivas e evoluem por surtos relacionados com a exacerbação da doença intestinal. As manifestações intestinais são dominantes mas, nalguns casos raros, a DC tem como principal manifestação o quadro articular. Nestes casos, e especialmente nos doentes idosos, nem sempre é simples estabelecer o diagnóstico de uma poliartrite erosiva e crónica associada à DC.

**Material e Métodos:** Homem, 76 anos, com poliartrite assimétrica, deformante e lombalgia de ritmo inflamatório, com 30 anos de duração. Inicialmente o quadro clínico evoluiu com períodos de agudização, intercalados por períodos assintomáticos. Nos últimos anos a poliartrite manteve-se activa não se registando períodos livres de sintomas, apesar da terapêutica com anti-inflamatórios não esteroides e corticoides. Referia obstipação crónica, sem outras queixas gastrointestinais e sem antecedentes de psoríase ou uveíte. Internado por agravamento de poliartrite simétrica com um mês de evolução, atingindo MCF, IFP, MTE, punhos, tibiotársicas, joelhos e cotovelos. À observação salientava-se tofos gotosos nos pavilhões auriculares e IFP, deformação assimétrica com desvio cubital dos dedos da mão direita, limitação da mobilidade anterior e lateral de coluna lombar e da expansão torácica.

**Resultados:** Analiticamente destacava-se: anemia ferropénica, elevação dos parâmetros inflamatórios, uricémia normal e factores reumatóides e tipagem HLAB27 negativos. Radiografias das mãos com imagens, à direita, em «pencil and cup» e, bi-

lateralmente, sinais de carpíte erosiva, erosões e subluxação das MCF. As radiografias dos pés mostravam erosões em «saca bocados» e imagem de «pé eriçado» à esquerda, bem como sinais de entesopatia nas inserções da fascia plantar e do tendão de Aquiles. Evidência de sacroíleite unilateral grau 3 na radiografia da bacia. Para estudo da anemia, a colonoscopia efectuada evidenciou estenoses ulceradas no cólon direito simulando pregas e algumas úlceras isoladas. O exame anatomo-patológico das biopsias da mucosa intestinal mostrou aspectos sugestivos de doença de Crohn em fase activa. Foi medicado com sulfassalazina 1,5g/dia e prednisolona 7,5mg/dia com melhoria da poliartrite.

**Conclusões:** O caso reflecte a dificuldade do diagnóstico de poliartrite crónica no idoso e alerta para a forma de apresentação tardia da DC. A gota evolui por surtos e quando crónica, pode apresentar-se como artrite assimétrica deformante e com tofos gotosos. Contudo, a associação de poliartrite assimétrica e lombalgia inflamatória sugeria espondilartrite seronegativa. As radiografias mostravam aspectos de sobreposição de ambas as entidades.

#### P72 - ESPONDILITE ANQUILOSANTE E OSTEOPOROSE (AVALIAÇÃO INTERINA)

Ana Filipa Mourão,<sup>1</sup> Sandra Falcão,<sup>1,2</sup>  
Célia Ribeiro,<sup>1</sup> T. Laura Pinto,<sup>1</sup> Rita Barros,<sup>1</sup>  
FM Pimentel-Santos,<sup>1,2</sup> Patrícia Nero,<sup>1,2</sup>  
Rui André Santos,<sup>3</sup> Jaime C. Branco<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa
2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
3. Serviço de Reumatologia do Hospital Militar Principal, Lisboa.

**Objectivos:** A osteoporose uma das complicações da espondilite anquilosante (EA) de longa duração. É possível que o valor de densidade mineral óssea (DMO) esteja relacionado, não apenas com o tempo de duração da doença, mas também com o grau de actividade e incapacidade da EA. Com este trabalho, pretendemos avaliar a possível associação entre a DMO e parâmetros de avaliação da EA, nomeadamente, BASDAI, BASMI, BASFI, avaliação da actividade da doença pelo médico (EVA) e velocidade de sedimentação (VS).

**Material e Métodos:** Recrutaram-se de forma con-

secutiva, desde Março de 2006 a Janeiro de 2008, doentes com o diagnóstico de EA seguidos na consulta de Reumatologia do nosso hospital. Foi aplicado de forma transversal um protocolo que incluía dados demográficos e avaliação clínica, incluindo a avaliação da actividade da doença pelo doente, utilizando a escala BASDAI, avaliação do estado funcional do doente, utilizando os índices BASFI e BASMI, avaliação da actividade da doença pelo médico, utilizando uma escala visual analógica (EVA médico). Foi ainda colhida uma amostra sanguínea, procedendo-se à determinação da velocidade de sedimentação (VS). Todos os doentes realizaram osteodensitometria do fémur proximal.

**Resultados:** Foram avaliados 27 doentes, 56% do sexo masculino, idade média de  $49,6 \pm 12,9$  anos (29-69). O BASMI médio era de  $4,2 \pm 2,5$ ; BASFI:  $4,1 \pm 1,8$ ; BASDAI:  $6,1 \pm 7,5$ ; EVA de actividade da doença pelo médico:  $30 \pm 16$  e VS:  $19,8 \pm 13,1$  mm/h (mediana: 15 mm/h). O valor médio de DMO do fémur proximal era de  $-1,08 \pm 1,24$  (-3,3 - 2,9). Ao compararmos o valor de DMO com cada uma das variáveis clínicas estudadas não encontramos uma associação estatisticamente significativa (BASMI:  $p=0,62$ , BASFI:  $p=0,65$ ; BASDAI:  $p=0,34$ , EVA médico:  $p=0,23$ ), o mesmo se verificando para a velocidade de sedimentação ( $p=0,53$ ).

**Conclusões:** Estes resultados sugerem não existir relação entre o grau de actividade e incapacidade da EA, e os valores de massa óssea avaliados no fémur. A confirmação destes resultados depende de uma amostra de maiores dimensões, pelo que continuaremos a realizar este estudo.

#### P73 – COMPRESSÃO MEDULAR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Mourão,<sup>1</sup> Sandra Falcão,<sup>1,2</sup>  
Artur Lourenço,<sup>3</sup> Teresa Laura Pinto,<sup>1</sup>  
Célia Ribeiro,<sup>1</sup> Rita Barros,<sup>1</sup>  
FM Pimentel-Santos,<sup>1,2</sup> Walter Castelão,<sup>1</sup>  
Patrícia Nero,<sup>1,2</sup> Jaime Cunha Branco<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa.
2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
3. Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

**Objectivos:** Uma das complicações neurológicas da espondilite anquilosante (EA) são os síndromes

de compressão medular, descritos em doentes com doença de longa duração com fusão vertebral importante. Os sintomas resultam da lesão das raízes nervosas e a confirmação do diagnóstico é efectuada por técnicas imagiológicas. Apresentamos o caso de um jovem com EA com 12 anos de evolução, sob terapêutica biológica, submetido a cirurgia descompressiva por estenose dorsal e lombar importantes com compromisso medular.

**Material e Métodos:** Descreve-se o caso de um doente do sexo masculino de 31 anos, de raça negra. Tinha EA com 12 anos de evolução, apresentando envolvimento articular (axial e periférico) e extra-articular (uveíte). Estava medicado com AINE's (diclofenac 100 mg, 2x/dia), prednisona (7,5 mg/dia), metotrexato (10 mg/semana) e infliximab (5 mg/Kg de 6/6 semanas) desde há 2 anos. As radiografias da coluna vertebral evidenciavam «coluna de bambu». Desde há cerca de 1 ano iniciou quadro lentamente progressivo caracterizado por parestesias dos membros inferiores e perineo, acompanhadas recentemente por diminuição da força dos membros inferiores e perda de controlo dos esfíncteres. O exame neurológico revelou diminuição da sensibilidade algica e proprioceptiva nos membros inferiores com paraparésia (força grau IV), ataxia proprioceptiva com desequilíbrio na marcha e hiperreflexia osteotendinosa nos membros inferiores.

**Resultados:** O electromiograma dos membros inferiores não revelou alterações. As TAC e RMN da coluna dorso-lombar demonstraram estenose dorsal e lombar importantes (D9-D10 e L4-L5), com importante compromisso da coluna dorsal. Foi enviado à consulta de Neurocirurgia sendo-lhe proposta intervenção cirúrgica descompressiva. O doente foi submetido a descompressão cirúrgica da coluna dorsal por abordagem posterior com remoção de importante osteófito posterior. No pós-operatório verificou-se recuperação da sensibilidade dos membros inferiores, do controlo dos esfíncteres e da capacidade da marcha.

**Conclusões:** O quadro neurológico descrito poderia corresponder a um efeito adverso da terapêutica efectuada ou a compressão medular, uma complicação rara da EA relatada habitualmente nos doentes com longa evolução da doença. Este caso clínico alerta-nos para a possibilidade de ocorrência desta entidade em doentes ainda jovens com doença rapidamente progressiva.

#### **P74 – VALOR PREDITIVO PARA TROMBOSE DOS ANTICORPOS ANTIFOSFOLÍPIDO EM DOENTES COM LES: QUAIS OS MELHORES CRITÉRIOS DE POSITIVIDADE?**

Maura Couto,<sup>1</sup> Cátia Duarte,<sup>1</sup> Cláudia Vaz,<sup>1</sup> Marta Pereira,<sup>1</sup> Luís Inês,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Os anticorpos antifosfolípido (aFL) associam-se a eventos trombóticos em doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). No entanto, não estão definidos quais os critérios de positividade que melhor se correlacionam com o risco de eventos. Foram propostos critérios laboratoriais preliminares em 1998 (Sapporo) e revistos em 2006 (Sydney). O objectivo deste trabalho é avaliar o risco de eventos trombóticos nos doentes com LES e a sua correlação com a presença e níveis séricos de aFL.

**Material e Métodos:** A Coorte de Lúpus de Coimbra inclui 165 doentes cumprindo os critérios de classificação ACR para LES e seguidos prospectivamente no Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Foram incluídos todos os doentes desta Coorte. Os dados clínicos foram obtidos por inquérito aos doentes e revisão do processo clínico. Os doseamentos séricos de Anticorpos antifosfolípido, incluindo anticardiolipinas e anti-Beta2-Glicoproteína-1 IgG e IgM e de Anticoagulante Lúpico (ACL) foram realizados durante o seguimento clínico. Os doentes foram classificados de acordo com o cumprimento dos critérios de positividade de aFL de Sapporo (1998) e de Sydney (2006). Foi analisado o valor preditivo positivo (VPP) e negativo (VPN) para eventos trombóticos associado a cada um dos conjuntos de critérios serológicos. Foi calculado o *Odds Ratio* (OR) e analisadas as diferenças entre grupos através do teste Chi-quadrado.

**Resultados:** Dos 165 doentes incluídos, 91% são do sexo feminino (média de idade actual=42,3 anos; média de idade à data do diagnóstico de LES=32,0 anos; duração média da doença=10,4 anos). Cumpriram critérios de positividade de aFL 13,3% dos doentes, de acordo com os critérios de Sapporo, mas apenas 7,3% de acordo com os critérios de Sydney. Verificou-se um aumento do risco trombótico nos doentes cumprindo critérios de Sapporo ( $p<0,01$ ; OR=5,08) em comparação com os restantes doentes. O VPP para trombose dos critérios de Sapporo e de Sydney foi de 27,3% e 21,4%,

respectivamente, enquanto que o VPN foi de 93,1% e 91,8%, respectivamente.

**Conclusões:** Confirma-se o aumento de risco trombótico associado aos aFL em doentes com LES. O valor preditivo dos critérios laboratoriais definidos em Sapporo é superior ao dos critérios revistos em Sydney.

#### **P75 – ELEVADA PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES MICROVASCULARES NO LES: ESTUDO TRANSVERSAL DE 102 DOENTES**

Maura Couto,<sup>1</sup> Luís Inês,<sup>1</sup> Cláudia Vaz,<sup>1</sup>  
Cátia Duarte,<sup>1</sup> Maria João Salvador,<sup>1</sup>  
Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Estudar a prevalência e caracterizar as alterações microvasculares nos doentes com LES. Avaliar a correlação entre estas alterações e características clínicas e imunológicas da doença.

**Material e Métodos:** A Coorte de Lúpus de Coimbra inclui 165 doentes cumprindo os critérios de classificação ACR para LES e seguidos prospectivamente no Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Foi realizada capilaroscopia periungueal a doentes desta Coorte observados consecutivamente em consulta. Foi utilizada uma escala semiquantitativa para caracterizar as alterações capilares, incluindo 5 parâmetros: tortuosidade, dilatações capilares, angiogénese, hemorragias e áreas avasculares. A actividade da doença foi avaliada pelo SLEDAI e o dano cumulativo pelo SLICC. As diferenças entre grupos foram analisadas utilizando testes paramétricos e não paramétricos.

**Resultados:** Foram incluídos 102 doentes (média de idade=41,2 anos; 90% do sexo feminino, duração média da doença=9,8 anos). 47% dos doentes referiam Fenómeno de Raynaud (FR). 72% dos doentes apresentaram alterações microvasculares. A alteração mais frequente foi o aumento da tortuosidade (26%) seguida por dilatações capilares (24%), hemorragias (12%), angiogénese (6%) e áreas avasculares (2%). 3% dos doentes apresentaram alterações típicas de Esclerose Sistémica. Verificou-se uma associação significativa entre a presença de FR e dilatações capilares e aumento da tortuosidade ( $P<0.05$ ). A presença de Anti-U1-RNP e de envolvimento renal mostrou associação com a presença de angiogénese ( $P<0.05$ ). Não houve associa-

ção entre as alterações microvasculares e outras manifestações clínicas do LES, com o SLEDAI, o SLICC, a duração do LES, a coexistência de Diabetes mellitus, hipertensão arterial ou hábitos tabágicos.

**Conclusões:** Este estudo mostrou uma prevalência elevada de alterações microvasculares em doentes com LES, que se correlacionam com algumas características da doença.

#### **P76 - TRATAMENTO COM PAMIDRONATO INTRAVENOSO 60MG DURANTE 6 MESES NA ESPONDILOARTROPAZIA SERONEGATIVA REFRACTÁRIA À TERAPÊUTICA CONVENCIONAL**

D. Medeiros,<sup>1</sup> M. Sousa,<sup>1</sup> R. Figueiredo,<sup>1</sup>  
C. Miguel,<sup>1</sup> F. Barcelos,<sup>1</sup> M. Micaelo,<sup>1</sup> C. Silva<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Objectivos:** Os bifosfonatos têm propriedades anti-inflamatórias já comprovadas ao nível da imunidade celular e humoral. Destes, o Pamidronato detêm a maior potência anti-inflamatória, com boa tolerabilidade e escassos efeitos adversos. Estudos recentes têm revelado dados favoráveis no grupo das espondiloartropatias seronegativas (EASN). Pretendemos determinar a segurança e eficácia do tratamento com pamidronato endovenoso em doentes com EASN com resposta refractária à terapêutica convencional.

**Material e Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo aberto envolvendo 20 doentes com critérios de classificação para EASN, com doença activa, refractários à terapêutica convencional. 60mg de pamidronato endovenoso foi administrado mensalmente, durante 6 meses. Foram avaliados parâmetros demográficos, clínicos e o tratamento prévio. Foram medidos trimestralmente, BASDAI, BASFI, BASMI, EVA, avaliação global médico, expansão torácica, distância mento-esterno, e contagem articular. Foi realizada avaliação laboratorial mensal com VS, PCR, hemograma, função hepática e função renal. Utilizou-se o teste estatístico Wilcoxon para amostras emparelhadas (SPSS).

**Resultados:** Dos 20 doentes avaliados, 80%(16) pertenciam ao sexo masculino, com uma média de idades de 49 anos (MAX69/MIN29; DP14). A duração média da doença foi de 19 anos (DP10). Quanto ao tipo de EASN, 65%(13) tinham Espondilite Anquilosante, 15%(3) Artrite Psoriásica, 20%(4) EASN indiferenciada. 95%(19) doentes en-

contravam-se a realizar anti-inflamatórios não-esteróides previamente ao tratamento, 75%(15) agentes modificadores de doença, 50%(10) glucocorticóides. Os valores iniciais médios de metrologia foram: BASDAI 5,52, BASFI 5,55, EVA 69, VS 46 e PCR de 3,69, contagem articular dolorosa 2,9; expansão torácica 2,77; distância mento-esterno 3,28; AG médico 52,6. Ao fim de 6 meses de terapêutica, verificou-se uma descida estatisticamente significativa para a PCR (n8; p = 0,012), BASDAI (n7; p = 0,018), EVA (n8; p = 0,012), BASFI (n6; p = 0,046). Não foram detectadas diferenças com significado estatístico para os restantes parâmetros analisados. Os efeitos adversos ocorreram em 11 casos (9 mialgias, 2 hipocalcémias transitórias), após a 1ª infusão.

**Conclusões:** Na nossa série observaram-se melhorias objectivas do BASDAI, BASFI, EVA, e PCR. Apesar de se tratar de um estudo não controlado e não randomizado, a excelente resposta clínica e analítica, associada à tolerabilidade e à ausência de efeitos adversos, leva a crer que nos encontramos na presença de uma alternativa terapêutica nos casos de EASN refractários à terapêutica convencional, podendo inclusivamente ser utilizada nos casos de contra-indicação para tratamento biológico.

#### P77 – NÚCLEO DE ENFERMAGEM EM REUMATOLOGIA

José Félix,<sup>1</sup> Lurdes Barbosa,<sup>2</sup> Lurdes Narciso,<sup>3</sup> Paula Mateus<sup>4</sup>

1. Hospital Militar Principal
2. Hospital Garcia de Orta
3. Hospital de Santa Maria
4. Hospital Militar Principal

**Objectivos:** O número de especialistas e centros de Reumatologia tem vindo a aumentar de forma quase exponencial e o número de profissionais de saúde não médicos tem vindo, obviamente, a crescer na mesma proporção. Os enfermeiros constituem um grupo muito motivado e diferenciado que pretendem aumentar a sua participação e competência no tratamento dos doentes reumáticos. O núcleo de enfermagem em Reumatologia vem divulgar a sua constituição, organização, missão e estratégia com vista ao conhecimento e reconhecimento destes profissionais que tanto podem fazer para melhorar a globalidade de prestação de cuidados de saúde aos doentes reumáticos.

#### P78 – HIPOALGESIA NA MONOARTRITE EM VÁRIOS MODELOS DE HIPERTENSÃO

Dora Pinho,<sup>1,4</sup> Marta R. Couto,<sup>1,4</sup> Manuela Mourato,<sup>1,3</sup> José Marques-Lopes,<sup>1,4</sup> Teresa Sousa,<sup>1,4</sup> Isaura Tavares,<sup>2,4</sup> António Albino Teixeira<sup>1,4</sup>

1. Instituto de Farmacologia e Terapêutica, Faculdade de Medicina
2. Instituto de Histologia e Embriologia, Faculdade de Medicina
3. Departamento de Farmacologia, Faculdade de Farmácia
4. Instituto de Biologia Molecular e Celular, Universidade do Porto, Portugal

**Objectivos:** Em doentes hipertensos e em modelos experimentais de hipertensão há hipoalgesia em situações de dor aguda. Embora a dor crónica tenha prevalência elevada, desconhece-se se esta também se acompanha de hipoalgesia. Procedeu-se a esta avaliação usando 4 modelos de hipertensão (genético, cirúrgico e 2 modelos farmacológicos determinados pela infusão de um bloqueador dos receptores da adenosina e de angiotensina II) em ratos nos quais se induziu previamente monoartrite.

**Material e Métodos:** Sob anestesia com isoflurano, induziu-se monoartrite na articulação tibiotársica da pata posterior esquerda com adjuvante completo de Freund (CFA) em ratos machos hipertensos e seus respectivos controlos normotensos. Antes desta e após 2, 4, 7, 10 e 14 dias, avaliaram-se as respostas comportamentais dos animais usando filamentos de Von Frey e mobilização da articulação. A progressão da monoartrite foi avaliada utilizando um sistema validado de pontuação que considera os sinais inflamatórios e capacidade de locomoção do animal e medindo o diâmetro da articulação. No dia 16, os ratos anestesiados com pentobarbital foram submetidos a estimulação mecânica nóxica cutânea da pata lesada e procedeu-se à quantificação da expressão da proteína Fos da espinhal medula.

**Resultados:** Antes da injeção de CFA, os ratos hipertensos exibiam limiares superiores de Von Frey em relação aos respectivos controlos normotensos. No dia 2, os limiares de Von Frey decresceram em todos os grupos, e a pontuação à manipulação da articulação foi máxima. A pontuação no sistema de avaliação da inflamação atingiu igualmente o seu pico neste dia. Do dia 7 em diante, observaram-se limiares de Von Frey superiores em todos os ratos

hipertensos quando comparados com os seus controlos normotensos, enquanto a pontuação da flexão articular e inflamação permaneceu inferior. A expressão de c-Fos foi menor nas lâminas profundas da medula espinhal dos ratos hipertensos.

**Conclusões:** O presente estudo evidencia que os ratos hipertensos exibem menor alodínia e hiperalgesia num modelo de dor inflamatória persistente, usando quer métodos de avaliação da dor quer a detecção imunohistoquímica da activação de neurónios da espinhal medula após estimulação nociceptiva. Estes resultados demonstram que num modelo experimental de dor crónica, como já evidenciado para a dor aguda, há igualmente diminuição da resposta à dor em animais hipertensos.

**P79 – AVALIAÇÃO BIOMECÂNICA E ESTRUTURAL DO TENDÃO: IMPLICAÇÕES PARA O SIGNIFICADO FUNCIONAL DA TENDINOSE E DO EFEITO DA INFILTRAÇÃO DO TENDÃO COM CORTICÓIDES**

Miguel Maria Lino,<sup>1,2</sup> Fernando Saraiva,<sup>3</sup> Joana Caetano-Lopes,<sup>1</sup> Ricardo Henriques,<sup>4,5</sup> Pedro Amaral,<sup>2</sup> Mário Viana Queiroz,<sup>3</sup> M. Fátima Vaz,<sup>2</sup> João Eurico Fonseca<sup>1,3</sup>

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

2. Instituto de Ciência e Engenharia de Materiais e Superfícies (ICEMS), Instituto Superior Técnico

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

4. Instituto de Sistemas e Robótica, Instituto Superior Técnico

5. Unidade de Biologia Celular, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

**Objectivos:** A tendinose corresponde a um padrão ecográfico cujas implicações prognósticas e funcionais para o tendão não estão bem esclarecidas. Por outro lado, os efeitos dos corticóides sobre as propriedades dos tendões não estão também adequadamente compreendidos. Este trabalho teve como objectivos relacionar as alterações ecográficas induzidas por ensaios de tracção em tendões de porco com as suas propriedades biomecânicas, estabelecendo-se uma comparação com a tendinose que ocorre nos seres humanos.

**Material e Métodos:** Usaram-se três tipos de tendões de porco, o tendão do músculo tibial anterior, a inserção do músculo tibial anterior e o tendão do

músculo flexor longo dos dedos. As amostras foram visualizadas ex vivo com uma sonda 8-16 MHz, usando-se músculo de porco como interface entre o tendão e a sonda. Posteriormente, realizaram-se ensaios de tracção numa máquina de ensaios mecânicos INSTRON 5566 com uma velocidade de alongamento de 0,5mm/minuto. Os ensaios foram realizados até diferentes pontos da curva de tracção. Os tendões foram novamente visualizados em ecografia. As imagens foram analisadas quanto à regularidade dos contornos e à homogeneidade da ecoestrutura, procurando-se áreas hipoecogénicas causadas pela mudança estrutural de fibras. Antes da primeira visualização ecográfica sete amostras foram injectadas com 0,5 cm<sup>3</sup> de acetato de metilprednisolona. A análise microestrutural das amostras foi realizada por microscopia multifotónica com geração de segunda harmónica.

**Resultados:** Na análise das imagens ecográficas procuraram-se padrões similares aos exibidos em casos de tendinose, procurando-se áreas hipoecogénicas mal delimitadas no sentido das fibras. Registaram-se alterações compatíveis com o padrão ecográfico de tendinose em tendões que atingiram as regiões de cedência e de ruptura da curva de tensão-extensão. A análise estrutural por microscopia multifotónica permitiu a identificação de áreas de desorganização e descontinuidade fibrillar que são consistentes com as áreas hipoecogénicas encontradas em ecografia. Nos tendões infiltrados com corticóides verificou-se que os valores de tensão máxima e de energia absorvida eram mais baixos do que nos tendões não infiltrados.

**Conclusões:** A partir dos resultados dos ensaios mecânicos, do estudo ecográfico e da análise estrutural, pode concluir-se que um tendão com padrão ecográfico de tendinose é susceptível à ruptura, como consequência de compromissos a nível fibrillar. A infiltração de corticóides no tendão mostrou induzir um condicionamento das suas propriedades mecânicas.

**P80 – ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES EDUCACIONAIS NA ARTRITE (ENAT)**

Pedro Machado,<sup>1</sup> Jacqueline Hill,<sup>2</sup> Marta Campos,<sup>1</sup> João Apóstolo,<sup>3</sup> Arménio Cruz,<sup>3</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da

Universidade de Coimbra, Portugal  
 2. Academic and Clinical Unit for Musculoskeletal  
 Nursing, University of Leeds, United Kingdom  
 3. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

**Objectivos:** A educação e informação do doente fazem parte de uma visão integrada do tratamento da artrite reumatóide (AR). O questionário *Educational Needs Assessment Tool* (ENAT) foi desenvolvido com o objectivo de proporcionar uma rápida avaliação das necessidades educacionais dos doentes com AR, podendo ser utilizado na avaliação de intervenções a esse nível. Foi nosso objectivo a tradução e validação do ENAT para a Língua Portuguesa., submetendo o questionário traduzido à análise pelo método de Rasch.

**Material e Métodos:** O ENAT é um questionário simples e auto-administrado, demorando poucos minutos a completar. Compreende 39 itens agrupados em 7 categorias: combate à dor, movimento, sentimentos, processo de artrite, tratamentos, medidas de auto-ajuda e sistemas de apoio. Os doentes atribuem um *score* a cada item, assinalando a resposta numa escala do tipo Likert com 5 pontos, desde «nada importante» a «extremamente importante». A metodologia utilizada prevê a validação da tradução pelo modelo de Rasch, que se tem implementado como uma nova abordagem para a standardização de medidas de avaliação usadas na área da saúde. O método da tradução é reconhecido e está bem definido, envolvendo cinco fases: tradução inicial, síntese das traduções, retroversão, comissão de peritos e fase de teste da versão adaptada. Após as cinco fases anteriores, a análise pelo método de Rasch é realizada assim que a versão traduzida e adaptada do ENAT esteja finalizada e seja entregue a 125 doentes com AR para preenchimento.

**Resultados:** Este estudo teve início em Julho de 2007 e terminará em Março de 2008. Até ao momento não se verificaram problemas major no processo de adaptação. Já foram completadas as fases 1 a 5 e a recolha dos 125 questionários preenchidos por doentes com AR, para análise posterior pelo método de Rasch, ficará completa no final de Janeiro de 2008.

**Conclusões:** A adaptação portuguesa do ENAT está a ser realizada segundo uma metodologia criteriosa, procurando prevenir diferenças transculturais e viés ao nível dos vários itens. Estas diferenças e viés poderiam pôr em perigo a confiança e validade do questionário. É nosso objectivo final que

o ENAT possa ser utilizado como uma ferramenta útil para guiar e avaliar intervenções educacionais, contribuindo assim para uma melhoria dos cuidados de saúde prestados aos doentes com AR.

### P81 – PREVALÊNCIA AUMENTADA DE SENSIBILIZAÇÃO ALÉRGICA EM DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE TRATADOS COM ANTI-TNF $\alpha$

Pedro Machado,<sup>1</sup> Alexandra Santos,<sup>2</sup> Jorge Silva,<sup>1</sup> Celso Pereira,<sup>2</sup> Carlos Loureiro,<sup>2</sup> Celso Chieira,<sup>2</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra  
 2. Serviço de Imunoalergologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** O factor de necrose tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) é um alvo terapêutico em doenças inflamatórias com resposta imunológica do tipo Th1, como a artrite reumatóide (AR). A presença de doenças com perfil imunológico Th2, nomeadamente doenças alérgicas, poderá ser influenciada quer pela presença de AR, quer pela terapêutica com anti-TNF $\alpha$ . Propusemo-nos a avaliar a prevalência de sensibilização a aeroalergenos e de doença alérgica em doentes com AR, com e sem terapêutica com anti-TNF $\alpha$ , e em controlos saudáveis.

**Material e Métodos:** Foram incluídos doentes com AR com (n=20) e sem (n=20) terapêutica com anti-TNF $\alpha$  (grupos T e R, respectivamente). Foram determinadas: actividade da doença (DAS28), velocidade de sedimentação (VS) e proteína C reactiva (PCR). Os controlos saudáveis (n=60, grupo C) foram seleccionados aleatoriamente a partir da população geral. Todos os doentes e controlos responderam a um questionário standardizado destinado a avaliar a prevalência de doença alérgica, e foram submetidos a testes cutâneos de alergia por picada (TCA) com um painel standardizado de extractos de aeroalergenos, que incluiu o painel pan-europeu proposto pelo Ga2len. Nos doentes com AR, foram determinadas a contagem total de eosinófilos no sangue periférico e a IgE sérica total. Os grupos T, R e C foram comparados estatisticamente usando os testes de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney, Qui-Quadrado e Fisher, conforme apropriado. Valores de p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

**Resultados:** Observaram-se diferenças significativas na prevalência de TCA positivos entre os grupos T e R (70% vs 35%, p=0,027) e entre os grupos

T e C (70% vs 36,7%,  $p=0,009$ ), mas não entre os grupos R e C ( $p=0,893$ ). A prevalência de doença alérgica, avaliada através do questionário aplicado, foi semelhante nos três grupos (55% grupo T, 35% grupo R, 36,7% grupo C;  $p=0,307$ ). Não se encontraram diferenças entre os grupos T e R relativamente à contagem total de eosinófilos (165 vs 139/mm<sup>3</sup>,  $p=0,229$ ) e IgE sérica total (18 vs 18 U/ml,  $p=0,242$ ). Os grupos T e R eram semelhantes quanto à idade (mediana 54,5 vs 58 anos,  $p=0,189$ ), género (90% vs 85% do sexo feminino,  $p=1,00$ ), duração da doença (mediana 10 vs 17 anos,  $p=0,355$ ), DAS28 (mediana 3,07 vs 2,57,  $p=0,142$ ), VS (mediana 15 vs 13 mm/h,  $p=0,565$ ) e PCR (mediana 0,5 vs 0,7 mg/dl,  $p=0,383$ ). No grupo T a duração média da terapêutica anti-TNF $\alpha$  foi de 29,7 $\pm$ 22,5 meses. O grupo controlo tinha uma idade inferior (mediana 36 anos) ao grupo T ( $p<0,001$ ) e ao grupo R ( $p<0,001$ ), mas a distribuição do género era semelhante (66,7% do sexo feminino,  $p=0,058$ ).

**Conclusões:** Observou-se um aumento na prevalência de sensibilização a aeroalergenos nos doentes com artrite reumatóide em tratamento com anti-TNF $\alpha$ . Os Reumatologistas devem estar cientes deste achado e manter um elevado índice de suspeição relativamente à possibilidade de desenvolvimento futuro de doença alérgica nestes doentes, visando um diagnóstico precoce e um tratamento atempado.

#### **P82 – INFEÇÕES EM ARTROPLASTIA DA ANCA E DO JOELHO: A INFLUÊNCIA DO SEXO NO RISCO DE INFEÇÃO E DA IDADE NA DURAÇÃO DO INTERNAMENTO**

J. Garcia,<sup>1</sup> P. Machado,<sup>1</sup> M. J. Saavedra,<sup>1</sup> P. Abreu,<sup>1</sup> J. Silva,<sup>1</sup> A. Garruço,<sup>2</sup> R. Ferreira,<sup>2</sup> J. Serpa Oliva<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Serviços Ortopedia – Unidade de Patologia Séptica Osteoarticular - Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Caracterizar as taxas de infecção de próteses da anca (PA) e do joelho (PJ), correlacionar o sexo com o risco de infecção, a idade com a duração do internamento e comparar o tempo desde o início dos sintomas até à data do internamento, em ambos os sexos, num Serviço de Ortopedia.

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados, numa unidade diferenciada de ortopedia no período de 2003 a 2006, com o diagnóstico de Infecção em PA e PJ.

Recurso aos dados da estatística global dos HUC para determinação das taxas de infecção. Análise estatística com o teste de X<sup>2</sup>, correlação de Spearman e U de Mann-Whitney, consoante as variáveis em estudo.

**Resultados:** Total de 2417 PA, ocorreu infecção em 40 doentes (72,5% no sexo masculino), 62,5% em PA primárias e 37,5% em PA de revisão. A taxa total de infecções foi 1,7%, 72,5% do sexo masculino, (OR: 2,866; IC 95% [1,425-5,763];  $p=0,002$ ). A taxa de infecção das PA primárias foi 2,1%, 84,0% do sexo masculino (OR: 5,635; IC 95% [1,927-16,475];  $p<0,001$ ). Nas PA de revisão a taxa foi 4,5%, 53,3% do sexo masculino (OR: 1,33; IC 95% [0,473--3,743];  $p=0,588$ ). Correlação entre a idade e a duração do internamento ( $r_s=0,278$ ;  $p=0,016$ ). Correlação sexo com início dos sintomas até ao internamento ( $p=0,416$ ). Total de 1364 PJ, ocorreu infecção em 28 doentes (60,7% no sexo masculino), 67,9% em PJ primárias e 32,1% em PJ de revisão. A taxa total de infecções em PJ foi 2,1%, 60,7% do sexo masculino (OR: 3,931; IC 95% [1,824-8,471];  $p<0,001$ ). A taxa de infecção nas PJ primárias foi 1,5%, 68,4% do sexo masculino (OR: 5,560; IC 95% [2,097-14,742];  $p<0,001$ ). Nas PJ de revisão a taxa foi 11,4%, 44,4% do sexo masculino (OR: 1,745; IC 95% [0,427-7,137];  $p=0,434$ ). Correlação entre a idade e a duração do internamento ( $r_s=0,087$ ;  $p=0,59$ ). Correlação sexo com início dos sintomas até ao internamento ( $p=0,228$ ).

**Conclusões:** Verificou-se uma taxa de infecção superior em próteses de revisão. O risco total de infecção das PA e PJ foi superior no sexo masculino. Nas próteses primárias o risco de infecção foi superior nos homens, o mesmo não se verificando nas próteses de revisão. A idade correlacionou-se com a duração do internamento apenas para as PA. O intervalo de tempo desde o início da sintomatologia até ao internamento não mostrou diferenças entre os sexos.

#### **P83 – ARTROPLASTIA DO JOELHO E INFEÇÃO – ESTUDO RETROSPECTIVO**

J. Garcia<sup>1</sup>, P. Machado,<sup>1</sup> P. Abreu,<sup>1</sup> M. J. Saavedra,<sup>1</sup> J. Silva,<sup>1</sup> A. Garruço,<sup>2</sup> R. Ferreira,<sup>2</sup> J. Serpa Oliva<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Serviço de Ortopedia – Unidade de Patologia Séptica Osteoarticular - Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Caracterização demográfica, clínica,

bacteriológica e terapêutica dos doentes internados numa unidade diferenciada de ortopedia por Infecção em Prótese do Joelho

**Material e Métodos:** Análise retrospectiva dos processos clínicos dos doentes internados entre 2003 e 2006 por Infecção em Prótese do Joelho.

**Resultados:** Contabilizaram-se 41 doentes, com uma média etária de  $71,2 \pm 7,7$  anos, 51,2% do sexo feminino, para um total de 60 internamentos. 92,3% das infecções foram tardias (> 1 mês pós-cirurgia), para um total de 31 próteses primárias (75,6%) e 10 próteses de revisão (24,4%). A Osteoartrose primária foi a principal indicação para artroplastia do joelho (85,4%). A dor e a drenagem por fistula cutânea estiveram presentes em 62,5%. A VS e a PCR encontravam-se quase sempre elevadas (93,9% e 94,7% respectivamente). A radiografia do joelho mostrava sinais sugestivos de infecção em 82,1% dos casos tendo sido necessária, em 17,1% dos doentes, a realização de cintigrafia com gálio para confirmação do diagnóstico. As culturas dos exsudatos foram positivas em 52,6% dos doentes sendo o *S. aureus* meticilino-resistente o germen mais frequente (35,0%). 79,5% dos doentes foram submetidos a antibioterapia empírica, tendo sido a associação cefalosporinas de 1ª geração + aminoglicosídeo (37,0%) o esquema de maior preferência. 87,8% dos doentes necessitou de tratamento cirúrgico. A terapêutica foi curativa em 51,9% dos casos tendo sido necessário o reinternamento em 29,3% dos doentes.

**Conclusões:** Não se verificou predomínio de infecções em qualquer dos sexos. A maioria das infecções foi tardia, ocorrendo sobretudo em doentes com próteses primitivas. A drenagem por fistula cutânea e a dor foram manifestações clínicas mais frequentes. A maioria apresentou alterações radiológicas sugestivas de infecção. O *S. aureus* meticilino-resistente foi o germen mais prevalente. Apenas uma minoria dos doentes fez terapêutica médica isolada. Cerca de um terço dos doentes necessitou de novo internamento.

#### **P84 – ARTROPLASTIA DA ANCA E INFECÇÃO – ESTUDO RETROSPECTIVO**

J. Garcia,<sup>1</sup> P. Machado,<sup>1</sup> M. J. Saavedra,<sup>1</sup> P. Abreu,<sup>1</sup> J. Silva,<sup>1</sup> A. Garruço,<sup>2</sup> R. Ferreira,<sup>2</sup> J. Serpa Oliva<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia - Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Serviço de Ortopedia - Unidade de Patologia Séptica Osteoarticular dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Caracterização demográfica, clínica, bacteriológica e terapêutica dos doentes internados numa unidade diferenciada de ortopedia por Infecção de Prótese da Anca.

**Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos doentes internados entre 2003 e 2006 com o diagnóstico de Infecção em Prótese da Anca.

**Resultados:** Contabilizaram-se 74 doentes, com uma média etária de  $68,5 \pm 11$  anos, 74,3% eram do sexo masculino, para um total de 98 internamentos. 3/4 das infecções foram tardias (> 1 mês pós-cirurgia), para um total de 46 próteses primárias (62,2%) e 28 próteses de revisão (37,8%). A Osteoartrose primária (68,9%) foi a principal indicação para implantação de prótese. A drenagem por fistula cutânea esteve presente em 76,4%, tendo metade dos doentes referido dor na altura do internamento. AVS e a PCR encontravam-se frequentemente elevadas (96,4% e 88,9% respectivamente). Radiologicamente observaram-se sinais de infecção em 83,6% dos casos. As culturas dos exsudatos foram positivas em 56,5% dos casos sendo o *S. aureus* meticilino-resistente o germen mais frequente (51,3%). 72% dos doentes foram submetidos a antibioterapia empírica, tendo sido a associação cefalosporinas de 1ª geração + aminoglicosídeo, a teicoplanina e a piperacilina e tazobactan (17,3%), os fármacos mais prescritos. 91,9% dos doentes foi submetido a intervenção cirúrgica. A terapêutica foi curativa em 62,0% dos casos tendo havido necessidade de reinternamento em 28,4% dos doentes.

**Conclusões:** Houve um predomínio de infecções no sexo masculino. A maioria das infecções foi tardia, ocorrendo sobretudo em doentes com próteses primitivas. A drenagem por fistula cutânea foi a principal manifestação da doença. A maioria dos doentes apresentou alterações radiológicas sugestivas de infecção. O *S. aureus* meticilino-resistente foi o germen mais prevalente. Uma minoria dos doentes foi tratada exclusivamente com terapêutica médica. Cerca de um terço dos doentes necessitou de novo internamento.

#### **P85 – DESEMPENHO DE ALGORITMOS DE AVALIAÇÃO DO RISCO OSTEOPORÓTICO EM MULHERES PÓS-MENOPÁUSICAS**

Pedro Machado,<sup>1</sup> José A P da Silva<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Apesar da validação de vários algo-

ritmos de selecção de mulheres pós-menopáusicas (MPM) para realização de *dual-energy x-ray absorptiometry* (DEXA), a informação sobre a sua utilidade clínica é escassa. Foi nosso objectivo avaliar e comparar o desempenho de 5 desses algoritmos numa população Portuguesa de MPM. Esta análise foi expandida através da avaliação do impacto de cada algoritmo tendo em conta a poupança em DEXA, a probabilidade de fractura e a repercussão económica de ambas.

**Material e Métodos:** Foram incluídas 588 MPM com características semelhantes às da população Portuguesa em geral. Seleccionaram-se 5 algoritmos simples de decisão: o *Osteoporosis Risk Assessment Instrument* (ORAI), o critério *Age, Body Size, No Estrogen* (ABONE), o *Body Weight Criterion* (BWC), o *Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians* (OSTA) e uma versão modificada do OSTA (OST). Calculou-se a sensibilidade, especificidade, valores preditivos e área da curva *under the receiver operating characteristic* (AUROC), para cada um dos algoritmos de decisão. O número de casos de OP não detectados, número de fracturas evitáveis, poupança total e poupança por cada caso de fractura evitável foram calculados para cada algoritmo e faixa etária, a partir da prevalência de OP e sensibilidade do algoritmo nas várias faixas etárias, estimativa publicada do risco de fractura osteoporótica em função do resultado da DEXA e idade, e dados de tabelas económicas oficiais sobre o custo da DEXA e custo hospitalar das fracturas.

**Resultados:** A idade média foi de 60,18±8,57 anos e o tempo médio desde a menopausa foi de 12,30±9,25 anos. Todos os algoritmos tiveram um bom desempenho no grupo total de MPM, apresentando boa capacidade discriminativa (curvas AUROC entre 0,611 e 0,674). As sensibilidades foram de 80,8% para o ORAI, 71,2% para o ABONE, 77,6% para o BWC, 75,6% para o OSTA e 80,8% para o OST. Considerando as MPM com ≥65 anos, a utilização dos algoritmos avaliados traduziu-se em custos adicionais ou numa poupança apenas residual, oferecendo por isso a realização de DEXA a todos os indivíduos o melhor desempenho custo-benefício. Pelo contrário, nas MPM com <65 anos, a utilização de qualquer um dos algoritmos traduziu-se em poupanças significativas e logo num bom desempenho custo-benefício. Nas MPM com ≥55 e <65 anos, considerando a poupança absoluta, o ABONE tem o melhor desempenho, mas considerando a poupança por fractura evitável, o

ORAI assume a liderança, seguido pelo BWC. No grupo com ≥40 e <55 anos, a opção mais rentável em termos de poupança absoluta seria mesmo a de não realizar DEXA a ninguém. No entanto, considerando a poupança por fractura evitável, o BWC afigura-se como o algoritmo mais vantajoso.

**Conclusões:** Este estudo fornece evidência da validade do ORAI, ABONE, BWC, OSTA e OST como algoritmos úteis na decisão sobre que MPM referenciar para realização de DEXA. Com base nos resultados e considerando a importância da simplicidade na aplicabilidade de um algoritmo, sugerimos a seguinte estratégia na população Portuguesa: 1) Idade ≥65 anos: realizar DEXA independentemente de outros factores de risco. 2) Idade <65 anos: realizar DEXA se o peso for inferior a 70 Kg (cut-off do BWC).

### P86 – QUALIDADE DE VIDA NAS DOENÇAS REUMÁTICAS

Paulo Monteiro,<sup>1</sup> Paula Oliveira,<sup>2</sup>

Margarida Coutinho,<sup>1</sup> Maria João Salvador,<sup>1</sup>

Maria Emília Costa,<sup>2</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

**Objectivos:** Avaliar diferenças entre grupos de doentes com artrite reumatóide, fibromialgia e osteoartrose no que se refere à qualidade de vida, avaliada pelo questionário de qualidade de vida SF-36 (versão portuguesa).

**Material e Métodos:** O recrutamento da amostra, constituída por 31 doentes com AR, 25 com FM e 30 com OA, ocorreu no Serviço de Reumatologia dos HUC, entre Maio e Dezembro de 2007. Após serem informados relativamente aos aspectos associados à participação no estudo os participantes foram sujeitos às seguintes medidas de avaliação: Questionário de Estado de Saúde (SF-36v.2; Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1997). O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) – versão 13

**Resultados:** A idade média situou-se nos 55,15 anos (entre os 23 e os 80 anos). Em relação ao género, 77,9% são indivíduos do sexo feminino. Em termos de situação laboral, a maioria da amostra encontra-se em situação de reforma. Comparando os 3 grupos nos diferentes domínios avaliados pelo SF-36, foram encontradas diferenças estatísticas

ticamente significativas entre os grupos no que se refere às dimensões: função física, desempenho físico, dor corporal, vitalidade, função social e saúde mental. Em relação à saúde geral e ao desempenho emocional não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Relativamente aos componentes gerais de saúde física e de saúde mental foram igualmente encontradas diferenças entre os grupos ( $p < 0,001$ ).

**Conclusões:** O tipo de doença Reumática em causa parece condicionar a qualidade de vida dos doentes nos diversos domínios avaliados, havendo diferenças estatísticas entre os grupos estudados.

**P87 – IMPACTO DA IDADE DE INÍCIO DO LES NO PROGNÓSTICO. ESTUDO DE 164 DOENTES NA COORTE DE LÚPUS DE COIMBRA**

C Duarte,<sup>1</sup> M Couto,<sup>1</sup> C Vaz,<sup>1</sup> P Abreu,<sup>1</sup> L Inês,<sup>1</sup> A Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Avaliar o valor prognóstico da idade de início do Lúpus Eritematoso Sistémico

**Material e Métodos:** A Coorte de Lúpus de Coimbra inclui 165 doentes com LES (cumprindo critérios de classificação ACR) seguidos prospectivamente. Os doentes foram agrupados de acordo com idade de diagnóstico em três grupos (precoce  $\leq 20$ ; intermédio: 21-49 e tardio  $\geq 50$ ). O fenótipo da doença no primeiro ano após o diagnóstico e no momento actual foi classificado em moderado ou severo de acordo com a presença de envolvimento de órgão major. As diferenças foram avaliadas utilizando o teste do Chi-quadrado.

**Resultados:** Foram incluídos 164 doentes. 8,5% dos doentes correspondiam a doentes com LES tardio e 19,5 % no grupo de início precoce. Os doentes do sexo masculino apresentaram mais frequentemente um LES de início tardio ( $p < 0,05$ ). No momento do diagnóstico, apresentaram um fenótipo severo 50%, 34,7% e 16,7% dos doentes no grupo de diagnóstico em idade precoce, intermédio e tardio, respectivamente ( $p = n.s.$ ). Na avaliação actual, apresentam um fenótipo severo 62,5%, 48,4% e 16,7% dos doentes no grupo de diagnóstico precoce, intermédio e tardio, respectivamente ( $p = n.s.$ ). O Anti-SSA foi mais prevalente e o Anti-Sm menos frequente nos doentes com LES tardio ( $p < 0,05$ ). As restantes manifestações clínicas e laboratoriais não apresentaram diferenças estatisticamente sig-

nificativas.

**Conclusões:** Nesta coorte de doentes com LES, os doentes com apresentação tardia da doença apresentam um fenótipo inicial moderado e nenhum apresentou envolvimento de novo órgão major após o primeiro ano, contudo nenhuma das diferenças encontradas apresentou significado estatístico.

**P88 – IMPACTO DO LES NA QUALIDADE DE VIDA: ESTUDO COMPARATIVO DE 105 DOENTES COM CONTROLOS SAUDÁVEIS**

C Duarte,<sup>1</sup> L Inês,<sup>1</sup> P Abreu,<sup>1</sup> F Vinagre,<sup>2</sup> MJ Santos,<sup>2</sup> M Couto,<sup>1</sup> C Vaz,<sup>1</sup> A Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Serviço de Reumatologia, Hospital Garcia de Orta

**Objectivos:** O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença reumática crónica com grande impacto na qualidade de vida. A qualidade de vida nas populações é também influenciada por diversos factores socioeconómicos e demográficos. O SF-36 é um auto-questionário, validado em português, adequado para a avaliação da qualidade de vida no LES. O objectivo deste trabalho é avaliar a qualidade de vida em doentes com LES em comparação com controlos saudáveis.

**Material e Métodos:** Inclusão de doentes consecutivos cumprindo critérios de de classificação ACR para LES, seguidos em dois centros de Reumatologia portugueses. Cada doente convidou um amigo, do mesmo sexo, aproximadamente da mesma idade e saudável, a participar como seu controlo. A qualidade de vida foi avaliada utilizando a versão validada em português do auto-questionário SF-36. Cada doente entregou um SF-36 ao seu controlo, sendo este posteriormente devolvido por correio. A pontuação para cada uma das subescalas do SF-36 foi quantificada. A actividade do LES foi avaliada utilizando o índice de actividade SLE-DAI e o dano cumulativo através do SLICC. Efetuou-se a comparação entre os dois grupos utilizando testes paramétricos e não paramétricos, conforme adequado. O nível de significância estatística considerado foi de 5%. A análise estatística foi efectuada utilizando o software SPSS.

**Resultados:** Foram incluídos 210 indivíduos (105 doentes com LES e 105 controlos saudáveis). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de indivíduos com LES e controlos sau-

dáveis relativamente ao sexo, estado civil e sector profissional. Os indivíduos saudáveis apresentaram um nível educacional médio mais elevado ( $p=0,021$ ) e eram mais frequentemente profissionalmente activos ( $p < 0,01$ ). Os doentes com LES apresentavam uma duração média de doença de  $7,8 \pm 6,7$  anos, tinham uma baixa actividade da doença (SLE-DAI:  $4,2 \pm 4,7$ ) e um dano cumulativo devido ao LES reduzido (SLICC:  $0,9 \pm 1,3$ ). Os doentes com LES apresentavam pontuações significativamente mais baixas em todos os domínios do SF-36 comparativamente aos indivíduos saudáveis ( $p < 0,01$ ). A diferença média entre os dois grupos no SF-36 foi de cerca de 30%. A diferença observada foi superior nos domínios Desempenho Físico e Saúde Geral (40 e 30% respectivamente) e menor na Função Mental e Função Social (aproximadamente 12%).

**Conclusões:** Os doentes com LES apresentam qualidade de vida significativamente mais baixa que os controlos saudáveis, apesar da baixa actividade clínica e do reduzido dano cumulativo.

#### **P89 - AVALIAÇÃO PROGNÓSTICA DOS DOENTES COM FRACTURA DO FÉMUR PROXIMAL**

J. A. Costa,<sup>1</sup> M. Bogas,<sup>1</sup> A. Ribeiro,<sup>1</sup> L. Costa,<sup>1</sup> C. Varino,<sup>2</sup> R. Lucas,<sup>3</sup> C. Pinheiro,<sup>3</sup> A. Rodrigues,<sup>2</sup> D. Araújo<sup>1</sup>

1. Serviço Reumatologia, Hospital Conde de Bertandos - Ponte de Lima - Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE

2. Serviço de Ortopedia, Hospital de S. Luzia - Viana do Castelo - Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE

3. Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Projecto ONDOR)

**Objectivos:** As fracturas osteoporóticas do fémur proximal (FFP), muito comuns na terceira idade, representam uma das causas mais importantes de mortalidade e morbidade sendo responsáveis por um enorme custo socio-económico, a curto e a longo prazo. A incidência é mais elevada nas mulheres pós-menopáusicas com osteoporose. Os objectivos deste trabalho foram avaliar o prognóstico das FFP e identificar os eventuais factores preditores, bem como a necessidade de ulteriores cuidados de saúde.

**Material e Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo, observacional, envolvendo doentes admitidos no Serviço de Ortopedia entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2006 com o diagnóstico de FFP. Os dados foram recolhidos decorridos pelo menos 12

meses após FFP através de entrevista telefónica e por consulta dos processos clínicos. Os questionários aplicados contemplavam variáveis sócio-demográficas, tipo de fractura, factores de risco para ocorrência de fractura, co-morbilidades e suas terapêuticas, actividades de vida actuais e uma avaliação de qualidade de vida, quando possível.

**Resultados:** Foi tentado contacto telefónico com 150 doentes. Efectuados 108 inquéritos verificando-se que 20.4% dos casos, tinham falecido, 55% no domicílio e 66.7% até 6 meses pós-FFP. Foram divididos em dois grupos: falecidos e sobreviventes. Nos sobreviventes, o próprio doente respondeu apenas em 23.3%. Os falecidos eram mais frequentemente do sexo feminino (86.4% Vs 77,9%), mais idosos (percentagem de doentes com mais de 85 anos era 63.6% Vs 32.6%) e ficaram alectuados após a alta mais frequentemente (80% Vs 66,3%). Eram menos frequentemente casados (9,1 Vs 26,7%), tinham menos história prévia de fractura (15.8% Vs 33.7%), menor percentagem de prescrição de fisioterapia após alta (25% Vs 46.5%) e menos conhecimento prévio de osteoporose (25% Vs 35.3%). Em relação à qualidade de vida, obteve-se resposta em 20 doentes: 60% considerava razoável a sua saúde em geral; comparando o seu estado actual com o ano anterior, 26.3% notavam alguma melhoria. Na avaliação das actividades de vida diária, a maioria revelou grande dificuldade nas actividades que envolvem deambulação, deitar ou levantar da cama, sentar-se na cadeira, e entrar e sair de casa.

**Conclusões:** Este estudo mostra as dificuldades inerentes a um estudo retrospectivo que envolve inquéritos telefónicos. Os resultados, no seu global, estão de acordo com o esperado: idade mais elevada, desconhecimento de diagnóstico prévio de osteoporose, e um decréscimo na qualidade de vida e nas actividades de vida diária dos doentes falecidos. Nesta amostra, a localização da fractura no colo do fémur, o sexo feminino, o alectuamento após a alta e a idade parecem estar associados a um pior prognóstico.

#### **P90 – CONTRIBUTO PARA A ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE MEDIDA PARA A SEVERIDADE DA OSTEOPOROSE DO JOELHO (LEQUESNE INDEX OF SEVERITY FOR KNEE OSTEOARTHRITIS INDEX)**

Nunes S.,<sup>1</sup> Lopes A.,<sup>1</sup> Pascoalinho J.<sup>1</sup>

1. Escola Superior de Saúde do Alcoitão

**Objectivos:** O presente estudo é de natureza me-

tológica, e teve como objectivo dar um contributo para a adaptação e validação de uma Escala de Medida para a Severidade da Osteoartrose do Joelho à população portuguesa.

**Material e Métodos:** Foram utilizados dois questionários construídos e validados no âmbito do estudo, para a recolha de opiniões junto aos peritos. Foram ainda utilizados como medida padrão as versões portuguesas do auto-questionário Womac e da escala Lysholm modificada, previamente validadas

**Resultados:** Análise de conteúdo- verificámos que a maior parte dos peritos foram unânimes em considerar que a Lequesne e o seu respectivo manual de instruções mede os itens a que se propõe medir; validade concorrential- foi demonstrada pela obtenção dos valores 0,566 (Womac) e -0,622 (Lysholm) para um grau de significância ( $p < 0,000$ ); sensibilidade- pela análise dos diagramas de dispersão entre a Lequesne e o Womac e a Lequesne e a Lysholm, verificámos que os resultados, se aproximam, segundo uma linha recta, positiva para o Womac e negativa para a Lysholm.

**Conclusões:** Perante os resultados obtidos constatámos que a 5ª versão portuguesa da Lequesne apresenta, qualidade de tradução/adaptação, validade concorrential e sensibilidade. Após a conclusão deste estudo julgamos que este instrumento está apto para ser utilizado na prática clínica.

#### **P91 – ARTERITE DE CÉLULAS GIGANTES: CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO**

Catarina Ambrósio,<sup>1</sup> Sara Serra,<sup>1</sup>  
Pedro Machado,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>  
1. Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** A arterite de células gigantes (ACG) é uma vasculite granulomatosa que afecta vasos de médio e grande calibre. Atinge mais frequentemente mulheres, geralmente nas 7ª e 8ª décadas de vida, com uma incidência de 15-25 por 100.000 habitantes. No presente trabalho os autores fazem uma revisão casuística dos doentes internados, no Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, por arterite de células gigantes.

**Material e Métodos:** Foram incluídos nesta casuística os doentes internados no Serviço de Reumatologia dos HUC, com o diagnóstico primário final de ACG, desde Janeiro de 1990 a Outubro de 2007. Avaliou-se, para cada doente, a idade, sexo, sinais e sintomas apresentados, tempo de duração das

queixas, co-existência de polimialgia reumática, mês de início da sintomatologia, exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica instituída.

**Resultados:** Um total de 24 doentes foi incluído nesta casuística, com uma média de idade de  $71,6 \pm 5,1$  anos, sendo maior a prevalência de ACG no sexo feminino (79%). Verificou-se uma maior incidência de casos na Primavera/Verão (70,9%) comparativamente aos meses de Outono/Inverno (29,1%). Os sintomas mais frequentes foram as cefaleias (22 doentes) e alterações visuais (15 doentes), com uma média de 1,8 meses de duração da sintomatologia à data do internamento. 14 doentes apresentavam concomitantemente o diagnóstico, actual ou passado, de PMR. Analiticamente a velocidade de sedimentação média à entrada foi de  $73,7 \text{ mm } 1^{\text{a}} \text{ h}$  e da PCR  $5,3 \text{ mg/dl}$ . Todos os doentes realizaram biopsia da artéria temporal, tendo esta apresentado alterações sugestivas de arterite em 70,8% dos casos.

**Conclusões:** Os resultados obtidos são o esperado, nomeadamente no que toca à distribuição por sexo, idade, sintomatologia apresentada e resultados analíticos. A aparente tendência para uma sazonalidade carece ainda de maior investigação. Reforça-se a importância da biopsia para o estabelecimento de um diagnóstico mas relembra-se que a normalidade desta não pode excluir a existência de ACG.

#### **P92 – CAPILAROSCOPIA: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO**

Catarina Ambrósio,<sup>1</sup> Pedro Machado,<sup>1</sup>  
Sara Serra,<sup>1</sup> Maria João Salvador,<sup>1</sup>  
Armando Malcata<sup>1</sup>  
1. Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Analisar a experiência de 2 anos de realização de capilaroscopia no Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra através da caracterização da amostra e descrição dos resultados.

**Material e Métodos:** Entre Março de 2005 e Dezembro de 2007 foram realizadas 203 capilaroscopias. Avaliou-se para cada doente, o sexo, idade, comorbilidades, profissão e proveniência bem como a presença/ausência de fenómeno de Raynaud, caracterização e duração deste, presença/ausência de ANA's, velocidade de sedimentação e proteína C reactiva, à data da realização do exame.

**Resultados:** média de idade da amostra foi de  $42,3 \pm 16,5$  anos, com 178 mulheres e 25 homens.

139 dos doentes foram enviados da Consulta de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), 29 de outra instituição de saúde, 19 de consultórios particulares e 16 de outros serviços dos HUC. O Fenómeno de Raynaud (FR) esteve presente em 180 dos doentes, sendo completo em 55. Os ANA's foram positivos em 113 doentes, com a presença de Anti-centrómero em 24 e Anti scl 70 em 6.

Após a análise, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a presença de ANA's e a existência de alterações, ainda que inespecíficas, na capilaroscopia ( $p=0,0029$ ). Como seria de esperar, a presença de anticorpos anti-scl-70 e anti-centrómero correlacionou-se directamente com um padrão esclerodérmico ( $p<0,0001$ ). A existência de FR completo, parece correlacionar-se com uma maior probabilidade de encontrar um padrão esclerodérmico na capilaroscopia ( $p=0,015$ ).

**Conclusões:** A capilaroscopia parece ser um exame auxiliar de diagnóstico de elevado potencial. O seu baixo custo e facilidade de execução, aliados à informação que pode fornecer, tornam-na uma ferramenta aliciante, especialmente face à possibilidade de um despiste de alterações sugestivas, ou a um diagnóstico precoce de certas doenças reumáticas.

### P93 – REACÇÃO DE CORPO ESTRANHO A FOLHA DE PALMEIRA: DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Falcão S.,<sup>1,2</sup> de Miguel E.,<sup>3</sup> Gamero F.,<sup>3</sup>  
Bravo Pimentão J.,<sup>1</sup> Branco J.C.,<sup>1,2</sup> Martín Mola E.<sup>3</sup>

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

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

3. Serviço de Reumatologia, Hospital la Paz, Madrid

**Objectivos:** Os fragmentos da folha de palmeira provocam uma reacção de corpo estranho, caracterizada histologicamente por um processo inflamatório crónico, granulomatoso, na sua maioria asséptico. Na literatura estão descritos casos de sinovite, tenossinovite, bursites e miosites secundários à retenção destes fragmentos. As dificuldades diagnósticas, o atraso na instituição terapêutica e, nalguns casos, a sua ineficácia são as principais causas de cronicidade.

**Material e Métodos:** Actualmente, persistem dúvidas relativamente ao tratamento de eleição. Na sinovite a artroclise com solução salina, a sinovec-

tomia parcial ou total surgem como opções terapêuticas. Nos casos de localização intramuscular, na maioria das publicações, está descrita a realização de cirurgia aberta. Procedimento agressivo, por vezes necessitando de mais de uma intervenção cirúrgica para que ocorra a remoção completa do fragmentos, acompanhando-se de importante perda muscular. Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um homem, de 35 anos de idade, que durante a manipulação de folhas de palmeira, introduziu acidentalmente na face supero-externa do antebraço um fragmento desta planta com subsequente remoção. Quinze dias após recorreu à consulta de reumatologia por dor intensa, impotência funcional e tumefação nesta região, sem outros sintomas acompanhantes.

**Resultados:** No exame objectivo apresentava movimentos dolorosos na extensão da mão homolateral e nódulo doloroso à palpação, de limites bem definidos, na região supero-externa do antebraço. Sem rubor ao aumento da temperatura cutânea. A ecografia evidenciou dois fragmentos intra-musculares, lineares, hiperecogénicos, sem cone de sombra, com sinal *Doppler* positivo (grau 3) e sem alterações do tecido celular subcutâneo. Iniciou naproxeno (500 mg - 2x/dia) que manteve 4 semanas com resolução completa do quadro clínico. Realizou ecografias seriadas que evidenciaram diminuição progressiva do sinal *Doppler* e na avaliação 6 meses depois permanecia assintomático, mantinha os dois fragmentos intra-musculares, mas com sinal *Doppler* negativo. Neste caso obteve-se uma excelente resposta com o tratamento sintomático e a ecografia assumiu um importante papel no diagnóstico diferencial, permitindo a identificação e localização exacta do corpo estranho. O efeito *Doppler*, através da semi-quantificação do fluxo vascular, auxiliou na monitorização do processo inflamatório.

**Conclusões:** Face a esta experiência e uma vez que a remoção cirúrgica completa implicaria uma alargada excisão muscular, em casos semelhantes como terapêutica de primeira linha sugere-se tratamento sintomático.

### P94 – REDUÇÃO DE SINOVECTOMIAS QUÍMICAS APÓS A INTRODUÇÃO DE TERAPÊUTICAS BIOTECNOLÓGICAS E RESPECTIVOS CUSTOS

Falcão S.,<sup>1,2</sup> Mourão A.F.,<sup>1</sup> Pinto T.,<sup>1</sup> Ribeiro C.,<sup>1</sup>  
Bravo Pimentão J.,<sup>1</sup> Branco J.C.<sup>1,2</sup>

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

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** A sinovectomia química está indicada em casos de mono/oligoartrite nas doenças reumáticas inflamatórias resistentes à terapêutica de fundo. Pretendemos analisar se ocorreu variação na realização de sinoviorteses com intensificador de imagem após a introdução de terapêuticas biotecnológicas (infiximab, etanercept e adalimumab) em doentes com artrite reumatóide (AR), espondilite anquilosante (EA), artrite psoriásica (AP) e artrite idiopática juvenil (AIJ), e respectivos custos associados.

**Material e Métodos:** Foram avaliadas de forma consecutiva todas as sinoviorteses efectuadas durante 15 meses consecutivos antes da introdução de terapêuticas biotecnológicas (de Outubro de 1999 a Dezembro de 2000 – grupo1) e durante 15 meses consecutivos após a introdução deste grupo farmacológico (de Outubro de 2006 a Dezembro de 2007 – grupo2), num serviço de reumatologia de um hospital central de Lisboa.

**Resultados:** No grupo 1 foram efectuadas 125 sinoviorteses: 98 (78,4%) em doentes com AR, EA, AP e AIJ e 27 (21,6%) em doentes com patologia degenerativa (poliosteoartrose e capsulite retráctil); no grupo 2 das 96 sinoviorteses efectuadas 43 (44,7%) corresponderam a doentes com AR, EA, AP e AIJ e 53 (55,3%) a doentes com poliosteoartrose e capsulite retráctil. No grupo 1 o valor médio mensal de sinoviorteses realizadas em patologias reumáticas inflamatórias foi 8,17 +/- 2,33, enquanto que no grupo 2 foi 3,91 +/- 2,30 ( $p < 0,05$ ). Os valor médio mensal dos custos da sinovectomia química na AR, EA, AP e AIJ, no grupo 1, foi 1008,5 +/- 287,6 e, no grupo 2, 494 +/- 296,8 ( $p < 0,05$ ).

**Conclusões:** A sinovectomia química mantém indicações específicas nas patologias reumáticas inflamatórias crónicas. Contudo, a introdução de terapêuticas biotecnológicas acompanhou-se de uma redução estatisticamente significativa do número de sinovectomias químicas realizadas, bem como dos seus custos.

#### P95 – FASCEÍTE EOSINOFÍLICA E APLASIA MEDULAR – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Falcão S.,<sup>1,2</sup> Mourão A.E.,<sup>1</sup> Ribeiro C.,<sup>1</sup> Pinto T.<sup>1</sup>  
Mateus M.,<sup>1</sup> Araújo P.,<sup>1</sup> Bravo Pimentão J.,<sup>1</sup>  
Branco J.C.<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Lisboa

Ocidental, E.P.E, Hospital Egas Moniz

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** A fascíte eosinofílica (FE) é uma doença rara, de etiologia desconhecida. Numa primeira fase caracteriza-se por edema e eritema dos membros ou tronco, seguindo-se uma segunda fase de espessamento colagénico da derme e fascia sub-cutânea. A presença de eosinofilia periférica é igualmente característica. Contudo estão descritas outras anomalias hematológicas que cursam em associação com a FE, como a aplasia medular, síndromes mieloproliferativas e mielodisplásicas, linfomas e leucemias.

**Material e Métodos:** Caso clínico: Os autores apresentam o caso clínico de um homem, de 62 anos de idade, saudável até ao ano prévio ao internamento altura que refere espessamento cutâneo dos antebraços e pernas, com agravamento progressivo proximal. Durante o curso da doença refere perda ponderal de 32% do peso corporal (20Kg) e disfagia alta para líquidos e sólidos. Os exames de que era portador evidenciavam eosinofilia periférica. No exame objectivo salientava-se: espessamento cutâneo difuso e lesões eritemato-violáceas na face anterior de ambos os punhos. Analiticamente: anemia normocítica normocrómica (Hb 10,1 g/dl, VGM 101fl), trombocitopenia (76000), sem leucopenia ou eosinofilia periférica, parâmetros de inflamação aumentados (VS 99 mm/1<sup>ah</sup>, PCR 99 – VR<3mg/l); beta2-microglobulina aumentada (4,61-VR:1,01-2,16mg/l); ácido fólico, vitamina B12, imunofixação sérica e urinária e imunofenotipagem normais; estudo imunológico e serologias virais negativas.

**Resultados:** TAC toraco-abdomino-pélvico e ecocardiograma sem alterações. Provas de função respiratória: pressões máximas expiratórias diminuídas compatíveis com fraqueza dos músculos respiratórios. O trânsito esofágico evidenciou disfunção da epiglote. A biopsia óssea e mielograma revelaram medula normocelular (60% hematopoiese, 40% adipócitos), congestiva, sem fibrose e sem alterações maturativas ou topográficas da celularidade trilinear, compatível com medula ligeiramente reactiva. A biopsia de pele, músculo e fascia evidenciou um infiltrado inflamatório crónico, com predomínio de monócitos e linfócitos. Serologias, PCR e exame cultural para *Borrelia* negativos. O cariótipo medular revelou clone anormal em 5 metafases com perda de cromossoma Y. In-

ciou prednisolona (60mg/dia) sem melhoria das lesões cutâneas. Três meses após o início de corticoterapia é reinternado por pancitopénia de agravamento progressivo. Por suspeita de síndrome hemo-fagocítico iniciou ciclosporina A (100 mg/dia) que suspendeu após 1 mês de tratamento por ineficácia. Repetiu mielograma e biopsia óssea que foi compatível com aplasia medular. O doente acabou por falecer por pneumonia nosocomial a *klebsiella pneumoniae*.

**Conclusões:** Trata-se de um caso clínico de FE de gravidade involgar. Durante o curso da doença não houve resposta hematológica à terapêutica instituída e persistem dúvidas relativamente à possível presença de um agente tóxico responsável pela inexorável gravidade do mesmo.

#### P96 – ANÁLISE DAS ACTUAÇÕES MÉDICAS NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE DOENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE (AR) NUMA CONSULTA DE REUMATOLOGIA

A A Matos,<sup>1,2</sup> M Mateus,<sup>1</sup> P Nero,<sup>1,2</sup> P Araújo,<sup>1</sup> W Castelhão,<sup>1</sup> F Pimentel,<sup>1,2</sup> J B Pimentão,<sup>1</sup> Jaime C Branco<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO)/Hospital de Egas Moniz (HEM), Lisboa.
2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** A qualidade da actuação médica faz parte da essência da profissão, constituindo um imperativo deontológico. O Serviço de Reumatologia do CHLO desenvolveu um programa de melhoria dos cuidados médicos aos doentes com AR estabelecendo um registo uniforme de consulta de ambulatório que constiu assim um padrão de actuação de qualidade. Para controlo desta qualidade decidimos verificar a adequação dos procedimentos na prática quotidiana aos padrões preconizados.

**Material e Métodos:** Analisámos de modo consecutivo todos os processos de doentes com o diagnóstico de AR que foram observados na Consulta Externa de Reumatologia (CER) do HEM, entre 15/12/07 e 19/12/08. Excluíram-se os doentes com menos de 6 meses de seguimento e os que estavam sob agentes biológicos. Perante os processos da CER verificámos a presença de registo dos seguintes parâmetros: DAS28, HAQ, rx das mãos, prescrição de DMARDS, terapêutica profiláctica das fracturas osteoporóticas e controles analíticos de se-

gurança nos doentes tratados com DMARDS. Como indicadores de qualidade, foram seguidas as recomendações da SPR e do *American College of Rheumatology* para prescrição (de DMARDS, agentes antifracturários e biológicos) e para o controle de segurança dos fármacos prescritos. Considerou-se, para todos os parâmetros avaliados, que os doentes seriam considerados como observados de maneira regular se tivessem pelo menos 3 registos por ano, excepção feita ao HAQ (6 meses) e à radiologia das mãos, anual.

**Resultados:** Durante o período de estudo, foram consultados na CER 19 doentes que correspondiam aos nossos critérios de inclusão. Catorze eram do sexo feminino. A idade média da população era de 60,6±12,7 anos. A duração da doença era desconhecida em 3 casos; nos restantes esta era de 8,6±6,4 anos. Em 84% (16 de 19) existia um registo ou era possível avaliar o DAS 28 de forma regular (pelo menos 3 vezes por ano). Todos os doentes estavam tratados com DMARDS e todos tinham os testes laboratoriais de segurança efectuados numa base regular. Em apenas 4 doentes (21%) se encontrou um registo de HAQ com regularidade e relativamente à radiologia esse número descia para 2 (10%). O valor médio actual do DAS 28 era de 2,9 ±1,17 (entre 1,5 e 5,75). Cinco doentes tinham DAS >3,2: três estavam em estudo para início de biológicos e nos restantes 2 (10% do total) não existia expressa no processo qual a intenção do médico assistente. Seis doentes tinham DAS entre 2,6 e 3,2. Destes, apenas 1 tinha HAQ regular, não existindo dados sobre a radiologia em qualquer um.

**Conclusões:** Todos os doentes estavam sob DMARDS e em conformidade com o controle da toxicidade, o que significa que a prática dos médicos é neste campo excelente. Apenas 21% dos doentes tinham um HAQ regular e 10% radiografia das mãos anual, pelo que os critérios que envolvem estas variáveis e aplicáveis aos doentes com DAS entre 2,6 e 3,2, não foram seguidos. Neste sentido, torna-se evidente a necessidade de perceber quais as razões que levam os profissionais a não utilizarem estes métodos de avaliação.

#### P97 – DOENÇA DE PAGET – APRESENTAÇÃO INCOMUM

J. A. Costa,<sup>1</sup> M. Bogas,<sup>1</sup> A. Ribeiro,<sup>1</sup> D. Araújo<sup>1</sup>

1. Serviço Reumatologia, Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima - Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE

**Objectivos:** Introdução: A Doença de Paget (DP) é

uma alteração localizada da remodelação óssea de etiologia desconhecida. Atinge 2-3% das pessoas com mais de 50 anos, com ligeira preponderância no sexo masculino e é incomum antes dos 40 anos. Geralmente cursa com alterações dos marcadores de formação e reabsorção. Os bifosfonatos constituem a base do seu tratamento.

**Material e Métodos:** Apresenta-se o caso de um homem com 35 anos de idade com deformidade craniana com 20 anos de evolução, com DP, sem alteração dos marcadores remodelação óssea.

**Resultados:** Caso Clínico: Homem de 35 anos, com tumefacção na região parietal direita, indolor e com desenvolvimento muito lento, com cerca de 20 anos de evolução, não precedido de qualquer trauma. Posteriormente, surgimento de cefaleias esporádicas, localizadas ao lado afectado, de curta duração, mas de agravamento progressivo. Há 2 anos iniciou quadro de lombalgias mecânicas. Sem sinais ou sintomas sugestivos de patologia endócrina. A cintigrafia óssea revelou alterações compatíveis com DP polioestótica: calote craniana, ramo direito da mandíbula, D4, 4º arco costal posterior à direita, D10, D12 e L3. Analiticamente apresentava marcadores de formação e reabsorção óssea sem alterações. Função tiroideia, doseamento de cortisol e PTH eram normais. Foi realizada biopsia óssea da calote craniana cujo estudo anatomopatológico foi compatível com a hipótese clínica de DP, excluindo diagnóstico de Displasia Fibrosa ou Neoplasia. O doente foi tratado com bifosfonatos por via endovenosa. Ainda não se dispõe de dados sobre a sua evolução.

**Conclusões:** O caso clínico apresentado distinguiu-se pela sua raridade quanto à idade de início da doença e sua apresentação clínica, com ausência de alteração dos parâmetros de reabsorção e formação óssea. Estes, na maioria dos casos de DP apresentam-se elevados e constituem a pista para o seu diagnóstico. Neste caso, apenas o exame anatomopatológico, permitiu estabelecer o diagnóstico definitivo. A decisão de tratamento baseou-se em critérios clínicos.

#### **P98 – DOENÇA DE OLLIER - CASO RARO**

J. A. Costa,<sup>1</sup> A. Ribeiro,<sup>1</sup> M. Bogas,<sup>1</sup> D. Araújo<sup>1</sup>

1. Serviço Reumatologia, Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima – Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE

**Objectivos:** Introdução: A Doença de Ollier (DO), também designada de Encondromatose Múltipla

é uma doença hereditária, rara, com prevalência de 1/100 000 pessoas, de etiologia desconhecida, caracterizada por um crescimento anormal da cartilagem. Inicia-se geralmente na infância. É caracteristicamente assimétrica, afectando os ossos curtos das mãos, pés e os ossos longos das extremidades, poupando o crânio e esqueleto axial. Afecta ambos os sexos, mas mais frequentemente o masculino.

**Material e Métodos:** Apresenta-se o caso clínico de um doente com diagnóstico de DO realizado aos 36 anos.

**Resultados:** Caso Clínico: Homem de 36 anos de idade que notou, desde os 14 anos de idade, tumefacção do 2º dedo da mão esquerda (E), sem queixas álgicas associadas. Durante os anos seguintes notou agravamento do quadro, com deformação progressiva desse dedo. Concomitantemente começou a ter queixas semelhantes na outra mão, pés e joelho direito, tendo sido submetido a uma correcção cirúrgica de encurtamento do membro inferior direito e varo acentuado do joelho direito, aos 16 anos de idade. Aos 18 anos de idade foi submetido a nova correcção cirúrgica, desta vez na mão E. Nos anos subsequentes ocorreu uma recidiva da deformação no dedo intervencionado e deformação progressiva e quase sempre indolor das mãos e pés. O estudo analítico realizado revelou normalidade do metabolismo fosfocálcico e dos parâmetros inflamatórios. O estudo radiológico efectuado revelou alterações da arquitectura óssea, envolvendo principalmente as metáfises dos ossos envolvidos.

**Conclusões:** O caso clínico descrito é raro mas o diagnóstico está facilitado pelos aspectos clínico e imagiológico típicos. O início dos sintomas acontece habitualmente na idade infantil e não apenas na adolescência, como neste caso. O risco de transformação maligna é de cerca de 25%. O tratamento desta patologia passa pela correcção cirúrgica das deformidades e pela vigilância de eventual transformação maligna.

#### **P99 – CARACTERIZAÇÃO DAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS DO FÉMUR PROXIMAL NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA**

J. A. Costa,<sup>1</sup> A. Ribeiro,<sup>1</sup> M. Bogas,<sup>1</sup> L. Costa,<sup>1</sup> C. Varino,<sup>2</sup> R. Lucas,<sup>3</sup> C. Pinheiro,<sup>3</sup> A. Rodrigues,<sup>2</sup> D. Araújo<sup>1</sup>

1. Serviço Reumatologia, Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima – Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE

2. Serviço de Ortopedia, Hospital de S. Luzia – Viana do Castelo - Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE

3. Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Projecto ONDOR)

**Objectivos:** As fracturas osteoporóticas do fémur proximal (FFP) são uma importante causa de morbidade e mortalidade com implicações familiares, sociais e económicas. A incidência é maior em mulheres com mais de 65 anos de idade. O tratamento das FFP visa restaurar a funcionalidade existente antes da fractura e prevenir a incapacidade. O objectivo deste trabalho foi caracterizar uma população de doentes com FFP no distrito de Viana do Castelo.

**Material e Métodos:** Análise prospectiva dos doentes com idade superior a 65 anos, internados por FFP de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2007. A todos eles foi aplicado um questionário estruturado que contemplou variáveis sócio-demográficas e comportamentais, mecanismo de fractura, factores de risco para ocorrência de fractura, co-morbilidades e suas terapêuticas, hábitos, actividades de vida diária e história ginecológica. Para os doentes a quem não foi possível realizar inquérito, foi assumido tempo em risco de meio ano. Foi averiguado por consulta do processo clínico o tipo de FFP, seu tratamento e duração de internamento. Nos participantes a quem era tecnicamente possível foi realizada densitometria óssea no antebraço distal não-dominante por DEXA. Para os cálculos assumiu-se que todas as FFP do distrito deram entrada no Serviço de Ortopedia e que a população se manteve estável usando-se os valores do INE, em 2006, da população residente com idade igual ou superior a 65 anos para o distrito estudado.

**Resultados:** Foram identificadas 184 FFP. Não se realizou inquérito a 8 doentes. Em 59.7% dos casos o inquérito foi respondido pelo próprio. A incidência na população total foi 3.51/1000 pessoas-ano, sendo 1.54 no sexo masculino e 4.81 no sexo feminino. Idade superior a 74 anos em 81,2% dos doentes. Do total das FFP, 59.8% eram trocântéricas e 96.6% foram submetidos a intervenção cirúrgica. Ocorreram em 60% dos casos na residência e em 62,9% por quedas do mesmo nível. A duração do internamento foi menor que 2 semanas em 77,9%. História prévia de osteoporose (32.8% Vs 3.3%,  $p=0.001$ ) e hipertensão arterial (65.7% Vs 41.9%  $p=0.01$ ) mais frequente em mulheres. No ano anterior, 13,8% dos doentes estiveram alec-tuados e 19.4% estiveram internados. Quedas no

mês anterior (17% Vs 3.2%,  $p<0.05$ ) e história de fracturas prévias (39.4% Vs 22.6%) mais frequentes em mulheres, embora esta última diferença não seja significativa. Apenas 11,4% dos doentes realizaram alguma vez uma densitometria óssea. A maioria dos doentes negou história familiar de fracturas. Diariamente, 72,9% consumiam bebidas alcoólicas e 93,7% seriam não-fumadores. A DEXA foi realizada em 123 doentes e 64.2% apresentava T-score  $< 2,5$  SD.

**Conclusões:** As incidências obtidas situam-se dentro da média descrita na literatura. A maioria das FFP ocorreu no sexo feminino, em doentes com critérios densitométricos de osteoporose. O conhecimento de co-morbilidades é significativamente maior no sexo feminino. Também o número de quedas no último mês foi maior no sexo feminino. Os cuidados ortopédicos que influenciam o prognóstico destes doentes encontram-se num nível acima da média, nomeadamente em relação ao número de cirurgias e média de internamento.

#### P100 – A ANALGESIA NA PRÁTICA REUMATOLÓGICA – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Rui Figueiredo,<sup>1</sup> Claudia Miguel,<sup>1</sup> Dina Medeiros,<sup>1</sup> Miguel Sousa,<sup>1</sup> Felipe Barcelos,<sup>1</sup> Eugénia Simões<sup>1</sup>  
1. IPR

**Objectivos:** A dor crónica é um problema central na prática diária da consulta de Reumatologia. O controlo da sintomatologia dolorosa é difícil, existindo recomendações de várias entidades incluindo a OMS. O objectivo deste estudo é observar a prescrição de Paracetamol e de outros agentes analgésicos por Reumatologistas.

**Material e Métodos:** A amostra populacional é composta por 120 doentes com patologia reumatológica (inflamatória e degenerativa), diagnosticada por um Reumatologista, com seguimento durante um mínimo de um ano e com pelo menos uma consulta efectuada. Excluiu-se a população com idade inferior a 16 anos. Foram considerados para este estudo o Paracetamol, Anti-inflamatórios não esteróides, Tramadol, Glicocorticóides

**Resultados:** 80% dos doentes eram do sexo feminino e 20% do sexo masculino. A média de idades é de 52,3 anos, sendo a masculina de 53,5 anos e a feminina de 52,0 anos. Os 6 diagnósticos mais frequentes foram: Artrite Reumatóide 20,2%; Osteoartrose 20%; Osteoporose grave 17,5%; Espondiloartropatia indiferenciada 15,3%; Espondilite An-

quilosante 8,3%; Fibromialgia 7,5%. A prescrição global de paracetamol foi relativamente baixa (25%) bem como a do tramadol (10% dos casos sempre associado ao paracetamol). Em apenas 15% dos doentes foi tentada a introdução do Paracetamol, tendo a totalidade destes tolerado a terapêutica. O uso dos vários agentes anti-inflamatórios atingiu 70%. Outros agentes igualmente usados foram Glicocorticóides – Deflazacort e Metilprednisolona - (35%), antidepressivos tricíclicos com indicação anti-álgica expressa (5%).

**Conclusões:** Verificou-se uma discrepância significativa entre a prescrição e as indicações da OMS para o controlo da dor crónica. Este estudo não permite avaliar o motivo destes hábitos de prescrição, mas põe-se a hipótese de a elevada prevalência de patologia inflamatória requerer o uso de AINEs. É necessária uma maior sensibilização para o uso de fármacos tais como o Paracetamol. Para averiguar tais hipóteses serão necessários estudos futuros.

#### **P101 – AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES BIOMECÂNICAS DE EPÍFISES FEMORAIS DE DOENTES COM FRACTURA OSTEOPORÓTICA DA ANCA**

Ana Rodrigues,<sup>1,2</sup> Helena Canhão,<sup>1,2</sup> Mário Vale<sup>1,2</sup>  
Ana Margarida Nery,<sup>1,3</sup> Joana Caetano-Lopes,<sup>1</sup>  
Elsa Sousa,<sup>1,2</sup> Joaquim Pereira,<sup>1,2</sup>  
Ricardo Henriques,<sup>1,3</sup> Pedro M. Amaral,<sup>3</sup>  
Mário Viana Queiroz,<sup>2</sup> Jacinto Monteiro,<sup>2</sup>  
M. Fátima Vaz,<sup>3</sup> João Eurico Fonseca<sup>1,2</sup>

1. Instituto de Medicina Molecular

2. Hospital de Santa Maria

3. Instituto Superior Técnico

Instituto de Medicina Molecular

Trabalho suportado pela bolsa SPR/Schering-Plough 2006

**Objectivos:** A resistência do osso depende não só da sua densidade mineral mas também da qualidade da microestrutura, o que se reflecte nas suas propriedades mecânicas e no risco de fractura. De facto a maioria das fracturas da anca ocorre em doentes sem critérios densitométricos de osteoporose. O objectivo deste estudo foi avaliar propriedades biomecânicas de cabeças femorais obtidas após artroplastia por fractura de fragilidade e compará-las com as de um grupo controlo submetido a cirurgia por coxartrose.

**Material e Métodos:** Foram avaliadas cabeças femorais de doentes submetidos a artroplastia da anca, tendo como causa da cirurgia, fracturas os-

teoporóticas da anca ou coxartrose. Durante as cirurgias foram colhidas as epífises femorais e posteriormente, foram realizados testes de compressão, numa máquina Instron modelo 5566, para avaliação das propriedades biomecânicas do osso. 33 doentes, 14 com fractura osteoporótica da anca e 19 com coxartrose, foram avaliados de acordo com um protocolo clínico e laboratorial e foram ainda efectuadas densitometrias ósseas. Verificou-se um predomínio de doentes do sexo feminino em ambos os grupos, 93% no grupo com fractura e 58% no grupo com coxartrose. A idade média do grupo das fracturas foi de 74,8±9,2 anos e do grupo das coxartroses de 67,9±7,5 anos. 14 epífises femorais humanas foram submetidas a ensaios de compressão: 9 com fractura osteoporótica (8 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) e 5 com coxartrose (4 do sexo feminino e 1 do sexo masculino).

**Resultados:** Por análise das curvas de força-deslocamento, verificou-se que os doentes com fractura do colo do fémur apresentavam módulo de elasticidade mais baixo (313,4±84,2N/mm vs 363±96,3N/mm), menor força de cedência (3410,6±1568N vs 4038,2±1158,7N), menor energia absorvida até à cedência (20424,4±14007,6N/mm vs 25726±18792,4N/mm) e menor energia absorvida até à densificação (61499,2±25175,4N/mm vs 82272,8±40664,5N/mm) do que os doentes com coxartrose. Nos doentes com fractura, a DEXA revelou osteoporose em 28,5%, osteopenia em 43% e massa óssea normal em 28,5% dos doentes. Dos doentes com coxartrose, 17% tinham osteoporose, 33% osteopenia e 50% massa óssea normal. Os valores séricos de cálcio, fósforo, apolipoproteína E, fosfatase alcalina, *b-crosslaps* e osteocalcina encontravam-se dentro dos parâmetros da normalidade, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. O PINP foi avaliado em 23 doentes, 15 dos quais apresentavam valores acima da referência, mas sem diferenças significativas entre os grupos.

**Conclusões:** As epífises femorais dos doentes que sofreram fracturas osteoporóticas apresentavam piores propriedades biomecânicas quando comparadas com o grupo controlo. A degradação destas propriedades ocorreu de forma desproporcionada às diferenças encontradas nas densitometrias ósseas, onde a percentagem de osteoporóticos e osteopénicos não diferia estatisticamente entre grupos, embora a proporção de doentes com densidade mineral óssea normal tenha sido superior no grupo com coxartrose.

### P102 – SÍNDROME DE FELTY: UMA REVISÃO DE 3 CASOS CLÍNICOS

M Sousa,<sup>1</sup> D Medeiros,<sup>1</sup> R Figueiredo,<sup>1</sup> C Miguel,<sup>1</sup> F Barcelos,<sup>1</sup> S Cortes,<sup>1</sup> H Santos,<sup>1</sup> P Coelho<sup>1</sup>  
1. Instituto Português de Reumatologia (IPR)

**Objectivos:** O Síndrome de Felty (SF) é uma manifestação extra-articular rara da Artrite Reumatóide (AR). A tríade clássica é constituída por AR, neutropénia e presença de esplenomegália embora se saiba que a neutropénia ocorre também na ausência de um baço de volume aumentado. Pretendeu-se documentar o quadro clínico, laboratorial e imagiológico dos doentes com SF seguidos no IPR e avaliar a resposta à terapêutica instituída.

**Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão dos doentes com AR e SF associado, seguidos no IPR. Através da consulta do processo clínico foi recolhida a informação relativa às alterações clínicas, laboratoriais e imagiológicas de 3 doentes e foi documentada a resposta à terapêutica instituída.

**Resultados:** Foram identificados 2 mulheres e 1 homem, com idade média de 68anos e 33 anos de evolução da doença. Na altura do diagnóstico nunca tinham realizado qualquer terapêutica de fundo. Apresentavam doença erosiva e deformante, seropositiva para factores reumatóides e apenas 1 doente apresentava ANA's positivos. Ambos apresentavam leucopénia com neutropénia e uma doente apresentava trombocitopénia. A esplenomegália estava presente em 2 dos doentes. Uma doente apresentava evidência de envolvimento pulmonar pela AR com um padrão ventilatório restritivo e infiltrados difusos em vidro despolido e espessamento intersticial. Todos os doentes realizaram exames de imagem para confirmação de esplenomegália e mielograma para exclusão de processo infiltrativo ou mielodisplásico. Dois doentes foram medicados com sais de ouro parentéricos e 1 doente iniciou metotrexato por via oral com melhoria gradual das queixas articulares e resolução do quadro hematológico em cerca de 1 mês.

**Conclusões:** Não existem estudos controlados acerca da melhor abordagem terapêutica nestes doentes. Várias terapêuticas estão descritas em pequenas séries sendo o metotrexato e sais de ouro os que oferecem maior evidência clínica. A terapêutica imunomoduladora da AR é geralmente efectiva na melhoria e prevenção das manifestações extra-articulares da AR. Actualmente, vários autores referem uma menor incidência deste quadro clínico, provavelmente associada a uma utili-

zação mais difundida e precoce dos DMARDs.

### P103 – IMUNOSSUPRESSÃO E TUBERCULOSE

M Sousa,<sup>1</sup> M Felizardo,<sup>2</sup> D Medeiros,<sup>1</sup> A Gomes,<sup>2</sup> A Teixeira,<sup>1</sup> J Freitas,<sup>2</sup> A Tavares,<sup>2</sup> I Ribeiro,<sup>2</sup> J Vaz Patto,<sup>1</sup> MC Gomes<sup>2</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia (IPR)  
2. Centro Diagnóstico Pneumológico da Alameda (CDP Lisboa)

**Objectivos:** A imunossupressão é uma arma terapêutica cada vez mais utilizada na prática clínica, não só em patologia reumatológica como em outras situações de imunossupressão crónica como os transplantes. Está documentado que, em populações com incidência elevada de tuberculose (TB), os doentes submetidos a estas terapêuticas têm um risco acrescido de desenvolver a doença. Pretendeu-se avaliar o risco de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* numa população portuguesa sob imunossupressão variada.

**Material e Métodos:** Foram revistos retrospectivamente todos os doentes sob imunossupressão referenciados ao CDP da Alameda para rastreio de TB latente / TB doença, entre Dezembro de 1997 e Janeiro de 2008, onde fizeram provas tuberculínicas (PT) a 2 Unidades de RT23, determinação do Quantiferon (Q) e exames clínicos e imagiológicos. Esta amostra foi caracterizada de acordo com idade, sexo, proveniência, diagnóstico e terapêutica imunossupressora de base. Procedeu-se a uma análise crítica dos resultados e das consequências da instituição ou não de quimioprofilaxia com isoniazida ao fim de nove meses.

**Resultados:** Foram referenciados 128 doentes, 68% do sexo feminino, média de idades de 50±15 anos. Foram referenciados pelo IPR 97 doentes (76%). Dos 128 doentes, 91% tinham doença reumatológica (60 AR, 13 AP, 9 EASN indiferenciada, 8 EA, 5 LES e outras). Medicados com corticoterapia 72 doentes, 59 MTX, 20 SLZ, 10 HCQ, 9 AZA, 7 leflunomida, 5 ciclosporina, 8 infliximab, 3 etanercept e 2 adalimumab. Sete doentes tinham história passada de tuberculose. Aquando do rastreio, 124 (97%) realizaram PT, 82 (64%) dos quais realizaram *two steps*. A determinação do Quantiferon foi realizada em 5 destes doentes, tendo sido obtido um resultado discordante em 1 doente com PT positivo (20mm) e Q negativo. A radiografia de tórax foi realizada em 105 doentes (82%), revelando alterações residuais ou de micronodularidade em

29, a TC foi realizada em 99 (77%) doentes. Após avaliação 52% tiveram indicação para terapêutica com isoniazida 300 mg/dia e vitamina B6 40 mg/dia. Dos doentes medicados com isoniazida, nenhum teve tuberculose doença e todos puderam iniciar ou continuar a sua terapêutica com biológicos ou outros imunossuppressores. Não houve morbidade associada, nomeadamente alterações das transaminases.

**Conclusões:** Nesta amostra, os resultados sugerem que a terapêutica de TB latente reduz efectivamente o risco de evolução para TB doença. O rastreio dos doentes imunossuprimidos deveria ser feito no início da avaliação da doença subjacente, visto que uma PT negativa não exclui TB. A todos os doentes deverá ser efectuado o teste de Quantiferon. No entanto, serão necessários mais estudos para validar a relevância deste método quantitativo. Nesta amostra, não ocorreu toxicidade hepática associada à isoniazida.

#### **P104 – TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATÓIDE COM RITUXIMAB – EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HOSPITAL DE EGAS MONIZ**

Walter Castelão,<sup>1</sup> Filipa M. Almeida,<sup>2</sup>  
 Patrícia Nero,<sup>1,3</sup> Paula Araújo,<sup>1</sup>  
 Margarida Mateus,<sup>1</sup> António A. Matos,<sup>1,3</sup>  
 Jaime C. Branco<sup>1,3</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE – Hospital de Egas Moniz, Lisboa
2. Serviço de Medicina 1 – Departamento de Medicina, Hospital do Espírito Santo, EPE – Évora
3. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** O Rituximab é um anticorpo monoclonal anti-CD20 que promove a depleção de células B. A sua utilização está aprovada no tratamento da Artrite Reumatóide (AR), em combinação com o Metotrexato, em doentes que não responderam a terapêutica com pelo menos um agente anti-TNFalfa; ou foram intolerantes à mesma. Apresentamos a nossa experiência em doentes com AR que apresentaram uma resposta inadequada a agentes anti-TNFalfa, ou contra-indicação para os mesmos.

**Material e Métodos:** Neste estudo prospectivo observacional foram seleccionados doentes com AR resistente a pelo menos um agente anti-TNFalfa ou com contra-indicação para a sua utilização, apresentando doença activa persistente (DAS28>5,1).

Procedeu-se à perfusão de Rituximab 1000mg nos dias 1 e 15. Foi avaliado o DAS28(DAS) pré-tratamento, às 8 semanas, 6 meses e um ano pós-tratamento e registados os efeitos adversos.

**Resultados:** O tratamento foi administrado em 5 doentes do sexo feminino com média etária de 57 anos e duração média de doença de 15 anos. Estas tinham sido submetidas a terapêutica prévia com uma média de 5 DMARDs clássicos. Três realizaram fármacos anti-TNFalfa (média de 2,67 agentes prévios). Dois doentes não tinham sido submetidos previamente a fármacos anti-TNFalfa. Um doente apresentava contra-indicação por tuberculose de repetição prévia e o outro uma associação entre AR e Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), pelo que iniciaram terapêutica biológica com Rituximab, em vez de fármacos anti-TNFalfa. A média do DAS pré-tratamento foi de 6,12 (entre 5,17 e 7,36). O DAS médio às 8 semanas (n=5) foi de 4,772 (deltaDAS=-1,368). De referir que numa doente o DAS aumentou, deltaDAS=1,365. O DAS médio aos 6 meses (n=2) foi de 5,2 (deltaDAS=-0,345). Num destes doentes o DAS aumentou (deltaDAS=0,88) após uma melhoria inicial. O DAS um ano pós-tratamento (n=1) foi de 2,27 (deltaDAS=2,9) sendo este o Síndrome de Sobreposição AR+LES. Como intercorrências, há a salientar uma reacção perfusional, que implicou o adiamento da segunda administração de Rituximab, e uma infecção respiratória alta ligeira.

**Conclusões:** Ainda que aguardemos a consolidação de tempo necessário para valorizar a resposta em alguns doentes e apesar de o número de doentes ser limitado, a perfusão com Rituximab revelou-se uma mais valia em doentes tratados com múltiplos fármacos anti-TNFalfa prévios, ou em doentes com contra-indicação para os mesmos, e com doença activa.

#### **P105 - RITUXIMAB NO TRATAMENTO DO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PEDIÁTRICO**

Joaquim Polido Pereira,<sup>1</sup> Catarina Nascimento,<sup>2</sup>  
 João Eurico Fonseca,<sup>1</sup> Helena Canhão,<sup>1</sup>  
 Carla Simão<sup>2</sup>, José Eduardo da Silva,<sup>2</sup>  
 José C Teixeira da Costa,<sup>1</sup> Margarida Almeida,<sup>2</sup>  
 José A Pereira da Silva<sup>1</sup>, Mário Viana Queiroz<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria
2. Unidade de Nefrologia Pediátrica, Departamento da Criança e da Família do Hospital de Santa Maria

**Objectivos:** O rituximab tem uma vasta experiência de utilização em linfomas de células B, está

aprovado para doentes com artrite reumatóide refractária à terapêutica antagonista do TNF-alfa e tem sido utilizado no tratamento de diversas complicações do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) do adulto. Contudo, a sua experiência de utilização em pediatria é reduzida. Neste resumo os autores apresentam dois casos clínicos nos quais foi utilizado o rituximab em doentes pediátricos com LES. **Material e Métodos:** Sexo feminino, 15 anos, história de LES diagnosticado aos 11 anos com envolvimento cutâneo, articular e renal, medicada com prednisolona (PDN) 20 mg/dia. Teve três internamentos por deterioração da função renal no contexto de nefrite lúpica, inicialmente classe III e posteriormente classe IV, com encefalopatia hipertensiva e proteinúria nefrótica. Fez pulsos de ciclofosfamida que teve que suspender por efeitos adversos graves. Fez azatioprina que teve que interromper por intolerância oral. Após o segundo internamento foi medicada com micofenolato mofetil. Sob esta terapêutica teve um episódio de trombocitopenia grave (5000/uL), tratada com gama-globulina. Foi reinternada uma semana depois por novo agravamento da trombocitopenia (22000/uL) tendo repetido gama-globulina com franca melhoria. Foi feito mielograma que foi compatível com trombocitopenia de causa periférica. Perante a gravidade do caso e refractariedade à terapêutica fez rituximab (375/m<sup>2</sup>) em 4 pulsos semanais.

**Resultados:** Após 1 ano, mantém-se com proteinúria nefrótica, com parâmetros hematológicos estabilizados e sem outras manifestações da doença. Como intercorrências a referir apenas 3 infecções respiratórias altas. Sexo masculino, 12 anos, internado por quadro com um mês de evolução de astenia, aftose oral, febre, anemia hemolítica (LDH elevada, esquizocitos e *coombs* positivo) e insuficiência renal aguda com proteinúria. No internamento constatou-se a existência de hipocomplementémia, ANAs, anti-ds-DNA, anti-sm e anti-RNP-sm positivos, derrame pleural e vasculite do sistema nervoso central (SNC). Fez biopsia renal que revelou achados compatíveis com microangiopatia trombótica. Estabelecidos os diagnósticos de púrpura trombótica trombocitopenica e LES, iniciou terapêutica com ciclofosfamida oral, PDN 2mg/Kg, plasmaferese e gama-globulina. Pela gravidade do quadro e má resposta terapêutica iniciou rituximab (375/m<sup>2</sup>) em 4 pulsos semanais. Após 5 semanas apresenta remissão do envolvimento do SNC, função renal normal, sem altera-

ções hematológicas (nomeadamente sem esquizocitos) nem consumo de complemento, com redução da dose de PDN para 1 mg/kg/dia e suspensão da plasmaferese e gama-globulina.

**Conclusões:** Apesar da escassa experiência na utilização de rituximab em crianças com LES, estes casos clínicos apontam para uma eficácia promissora em casos de mau prognóstico e/ou refractários à terapêutica convencional.

#### P106 – CARACTERIZAÇÃO DE LINFÓCITOS B DE SANGUE PERIFÉRICO NA FASE INICIAL DA ARTRITE REUMATÓIDE

Rita Moura,<sup>1</sup> Pamela Weinmann,<sup>1</sup> Patrícia Pereira<sup>1</sup>, Joana Lopes,<sup>1</sup> Helena Canhão,<sup>1,2</sup> Elsa Sousa,<sup>1,2</sup> Ana Filipa Mourão,<sup>3</sup> Mário Viana Queiroz,<sup>2</sup> João Eurico Fonseca<sup>1,2</sup>

1. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal
2. Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal
3. Serviço de Reumatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

**Objectivos:** Evidências recentes sugerem que os linfócitos B desempenham um importante papel no desenvolvimento da artrite reumatóide (AR). Contudo, o conhecimento da função destas células na fase inicial da doença é escasso. O efeito de terapêuticas comuns, como o MTX, nos linfócitos B é também desconhecido. O objectivo deste trabalho é caracterizar os linfócitos B em circulação em doentes numa fase muito inicial da AR e analisar a influência da terapêutica com corticosteróides e MTX sobre estas células.

**Material e Métodos:** Amostras de sangue periférico de 14 doentes VERA («very early rheumatoid arthritis patients») e 17 controlos saudáveis foram colhidas para marcação directa de linfócitos B e T com diferentes combinações de anticorpos monoclonais em três fases distintas: antes do início do tratamento, 4-6 semanas após o início de baixas doses de prednisolona (5-10 mg) e cerca de 4 meses após atingir-se 20mg/semana de MTX. As diferentes fases de diferenciação dos linfócitos B foram analisadas por citometria de fluxo.

**Resultados:** Observou-se uma diminuição na classe de linfócitos B memória «pre-switch» (CD19+IgD+CD27+) nos doentes VERA, independentemente do tratamento, em comparação com

os controlos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas restantes subpopulações de linfócitos B dos doentes VERA quando comparados com os controlos. Não se obtiveram também alterações significativas nas percentagens de linfócitos T efectores e citotóxicos em ambos os grupos considerados.

**Conclusões:** Em doentes numa fase inicial da AR ocorre uma redução nos linfócitos B memória «pre-switch» (CD19+IgD+CD27+) em circulação. As razões para este efeito são ainda desconhecidas, mas poderão ser secundárias a uma migração preferencial desta subpopulação para a membrana sinovial. A terapêutica com baixas doses de corticosteróides e MTX não parece ter um efeito directo sobre as subpopulações de linfócitos B no sangue periférico. Este trabalho foi suportado por uma Bolsa SPR/Schering-Plough 2005.

#### **P107 – LOMBALGIA INFLAMATÓRIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE QUISTO PERINEURAL LOMBO-SAGRADO**

Paulo Monteiro,<sup>1</sup> Maria João Salvador,<sup>1</sup> Armando Malcata

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** A lombalgia inflamatória constitui um clássico sinal de alarme em Reumatologia. Situações tumorais podem estar na sua origem, no entanto, esta forma de apresentação não é vulgar em quistos ou tumores benignos.

**Caso clínico:** Mulher de 48 anos com quadro de lombalgia de ritmo predominantemente inflamatório associada a rigidez matinal com 6 anos de evolução e agravamento progressivo. O quadro aliviava pouco com anti-inflamatórios melhorando sobretudo com analgésicos. Recentemente o quadro intensificara-se e a lombalgia, apesar de mais intensa durante a noite e manhã, incomodava também ao longo de todo o dia. Referenciada à consulta de Reumatologia. Objectivamente não apresentava alterações ao exame da coluna vertebral e bacia e tinha manobras sacroilíacas duvidosas para sacroilíte esquerda.

Parâmetros inflamatórios de VS e PCR normais. Radiografia da bacia com esclerose da articulação sacroilíaca esquerda. Cintigrama osteoarticular revelando aumento da actividade nas articulações sacroilíacas sobretudo à esquerda. TAC lombossagrada: quisto de L5 a S2 com moldagem a nível do

sacro e sem relação com as raízes nervosas – quisto de Tarlov. Ressonância magnética das articulações sacroilíacas: sem evidência de sacroilíte.

**Conclusões:** Trata-se de um quisto perineural que, pela localização, simula quadro clínico de sacroilíte, sem contudo haver qualquer doença inflamatória concomitante. Tratam-se de tumores raros e, neste caso, com uma forma de apresentação ainda mais rara.

#### **P108 – OSTEOPOROSE MULTIFACTORIAL EM ADULTO JOVEM**

T. Videira,<sup>1</sup> L. Silva,<sup>1</sup> F.Brandão,<sup>1</sup> J.Brito,<sup>1</sup> F. Simões Ventura<sup>1</sup>

1. Serviços de Reumatologia e Faculdade de Medicina do Porto

**Objectivos:** A osteoporose é uma doença óssea metabólica em que há uma predisposição para fracturas por diminuição da densidade mineral óssea e deteriorização da sua microarquitatura, é rara em idade jovem, e, neste caso, habitualmente secundária a certas patologias e a fármacos. Os corticosteróides são fármacos de uso comum em diversas patologias mas não são isentos de risco, sendo a causa mais frequente de Osteoporose secundária e, conseqüentemente, de fracturas osteoporóticas. As fracturas vertebrais de etiologia osteoporótica são responsáveis por dorsalgia e lombalgia, limitação funcional e psicossocial com conseqüente implicação na qualidade de vida.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, com 20 anos, caucasiana com antecedentes de menarca aos 8 anos, Neurofibromatose, Epilepsia (medicada com valproato de sódio), Psoríase e diagnóstico de Colite Ulcerosa 3 anos antes. Medicada com azatioprina 150 mg/dia, prednisolona entre 30 – 60 mg/dia, e a efectuar dieta pobre em fibras e sem lactose (sem leite e derivados). Internada no Serviço de Reumatologia do HSJ por dorsalgia incapacitante com 2 meses de evolução exacerbada com o esforço (também com dor nocturna e em repouso) após trauma *minor*, de agravamento progressivo e com dependência de terceiros para as actividades de vida diária. Sem queixas do foro neurológico. Ao exame objectivo: estava muito queixosa com diminuição da mobilidade (por dor) da coluna dorso-lombar e pressão sobre a transição dorso-lombar significativa. Analiticamente verificava-se anemia ferropénica e ausência de alteração do metabolismo fosfo-cálcio com PTH I, função tiroideia e metabólitos da vitamina D normais. O estudo radioló-

gico evidenciou vértebras em «cunha» a nível do corpo de T10, T11, T12 e L1. O cintilograma ósseo revelou hiperfixação em L1. A RM ráquis mostrou alterações sugestivas de fracturas osteoporóticas. A densitometria óssea confirmou osteoporose (T score L1-L4 -4,0 DP, Cóló fémur -3,5 DP). O quadro clínico e o estudo analítico e radiológico permitiram a exclusão de outras hipóteses de diagnóstico (como neoplasia primária, secundária, infecção...) Foi efectuado o diagnóstico de Osteoporose secundária de etiologia multifactorial (corticoterapia crónica, Colite Ulcerosa, Neurofibromatose, menarca precoce, dieta sem lactose e valproato de sódio). Foi proposto o seguinte tratamento: repouso relativo no leito; Suplementos de cálcio (1500 mg) e vitamina D (800 U); Pamidronato na perfusão de 90 mg ev diluído em 250 cc de SF a correr em 2 horas; Tramadol 50 mg de 8/8 horas; calcitonina *spray* nasal (200 UI). Foi sugerido a Gastroenterologia a redução da dose de corticoterapia, eventualmente com recurso a imunossuppressores. Actualmente a doente apresenta-se assintomática sob o ponto de vista osteoarticular, a efectuar suplementos de cálcio (1500 mg/dia) e vitamina D (800 UI) e alendronato de sódio 70 mg/semana.

**Conclusões:** A osteoporose ocorre em todas as raças e em todas as idade. Geralmente associada a mulheres pós-menopausa, é muitas vezes negligenciada nas outras populações (homens, jovens).

#### P109 – DERMATOMIOSITE AMIOTRÓFICA? DIAGNÓSTICO DE UMA SITUAÇÃO RARA

Paulo Monteiro,<sup>1</sup> Cátia Duarte,<sup>1</sup>  
Maria João Salvador,<sup>1</sup> Armando Malcata,<sup>1</sup>  
Nascimento Costa<sup>2</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

2. Serviço de Medicina III dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** A dermatomiosite amiotrófica ou «dermatomiosite sine miosite» trata-se de uma situação rara diagnosticada pela existência de lesões cutâneas compatíveis com dermatomiosite na ausência de miosite.

**Caso clínico:** Homem de 41 anos com queixas de mialgias difusas e astenia desde há 25 anos. Nega falta de força muscular, artralhas ou outras queixas. Teve actividade física intensa até há 8 anos atrás. Agravamento das queixas de astenia e mialgias nos últimos anos com episódios frequentes

de mialgias intensas e incapacitantes com curta duração (30 min a 1 h) e resolução espontânea. Alguns episódios duravam várias horas. Em investigação médica desde há 15 anos tendo mantido o diagnóstico de Fibromialgia até há 3 anos, altura em que surgiram lesões cutâneas interpretadas como Dermatomiosite mas que resolveram espontaneamente. Realizou sucessivos exames analíticos mantendo parâmetros inflamatórios (VS e PCR) e enzimas musculares (CK e aldolase) sistematicamente normais. Realizou diversos electromiogramas que se revelaram normais e fez 2 biópsias musculares que se revelaram normais.

Referiu reaparecimento de lesões cutâneas desde há 4 meses e mantinha queixas de astenia e mialgias difusas sobretudo matinais. Apresentava pápulas de gottron e eritema heliotrópico; sem déficits musculares. Ausência de parâmetros analíticos inflamatórios. Normalidade de CK e aldolase. ANA com padrão granular fino denso e nucleolar com Ac anti nucleolares positivos. (+++). Capilaroscopia: alguns capilares tortuosos, alargamento segmentar em 25% e inúmeras hemorragias, alterações compatíveis com doença mista, miosite ou esclerose sistémica. Estudo funcional ventilatório normal. Electromiograma normal. Biopsia muscular (deltóide): sem evidência de miosite, estudo histoenzimológico normal e estudo imunocitoquímico revelando expressão dos antigénios MHC I na superfície da fibra muscular. Ressonância magnética dos músculos proximais (braços e coxas): sem alterações de sinal nestas localizações, havendo contudo áreas de acentuado hipersinal dos músculos grande redondo e grande dorsal compatível com miosite. Pesquisa de neoplasia oculta negativa. Estabelecido o diagnóstico de dermatomiosite.

**Conclusões:** Discussão: A evolução deste caso ao longo dos anos, seria enquadrável numa dermatomiosite amiotrófica: Neste momento há evidência de miosite («limitada») por ressonância magnética, sem repercussão clínica, electromiográfica ou histopatológica (biopsia noutra localização). Os autores levantam a hipótese de poder haver situações clínicas de «dermatomiosite sine miosite» com fenómenos focais de miosite não identificados.

#### P110 – DISFAGIA E XEROSTOMIA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO DE SARCOIDOSE

T. Videira,<sup>1</sup> M. Fernandes,<sup>1</sup> F. Brandão,<sup>1</sup> J. Silva,<sup>1</sup>  
F. Simões Ventura,<sup>1</sup>

1. Hospital de São João - Porto

**Objectivos:** A Sarcoidose é uma doença sistémica crónica caracterizada por uma acumulação anómala de linfócitos T e formação de granulomas não caseosos que pode envolver vários órgãos. O envolvimento digestivo é raro (0,1 0,9%) e ocorre mais frequentemente no estômago. A disfagia pode ocorrer através de 4 mecanismos: dismotilidade pela neuropatia ou pela miopatia e obstrução mecânica por envolvimento intramural do esófago ou por compressão extrínseca por adenomegalias subcarinais.

**Material e Métodos:** Neste caso clínico, descreve-se uma mulher de 54 anos (internada no Serviço de Reumatologia do HSJ) com 6 meses de evolução de disfagia intermitente para sólidos com regurgitação, halitose, xerostomia, rouquidão, tosse seca, anorexia e emagrecimento (6 kg em 4 meses). Referia também episódios de dor torácica anterior com sensação de empactação quando comia. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Ao exame objectivo não apresentava alterações de relevo, nomeadamente adenomegalias ou organomegalias palpáveis. Analiticamente além de Enzima de Conversão da Angiotensina aumentada (80 – N < 20), não se verificavam outras alterações (nomeadamente – ANA e Anti Ssa/SSb negativos) e a Prova de Mantoux era negativa. O Cintilograma das glândulas salivares efectuado no ambulatório sugeria a parotidite bilateral. Observada por Otorrinolaringologia que não encontrou alterações relevantes.

**Resultados:** Efectuou Rx tórax que sugeria alargamento do mediastino alto. Sem alterações pleuroparenquimatosas. As Provas Funcionais Respiratórias e o Electrocardiograma eram normais. A Endoscopia digestiva alta revelava compressão extrínseca do esófago na transição do 1/3 proximal para o 1/3 médio mas sem alterações macroscópicas da mucosa. A Manometria e a Phmetria foram consistentes com refluxo gastroesofágico moderado e alteração inespecífica da mobilidade. A biopsia glândulas de salivares excluía Síndrome de Sjogren e não evidenciava granulomas nem alterações sugestivas de doença linfoproliferativa. Realizou TC cervico-torácico que revelava múltiplas adenomegalias mediastínicas bilaterais com aparente compressão do esófago e adenomegalias hilares bilaterais. Fez TC abdomino-pélvico que foi normal Realizou broncofibroscopia com lavado broncoalveolar e biópsia endobrônquica que revelou infiltrado inflamatório crónico granulomatoso não necrosante sugestivo de Sarcoidose, sem iso-

lamento de *Mycobacterium tuberculosis*. Teve alta medicada com corticoterapia (40 mg/dia), com melhoria sintomática ao fim de 2 meses.

**Conclusões:** Na sarcoidose o envolvimento digestivo é raro na evolução da doença e ainda mais raro como apresentação, como é relatada na revisão de Cowdell em que apenas 3 de 90 doentes com sarcoidose apresentavam disfagia. De qualquer forma o diagnóstico diferencial deve incluir causas de adenopatias hilares como o Linfoma de Hodgkin e granuloma mediastínico.

#### P111 – PULSOS ENDOVENOSOS DE CLOMIPRAMINA COMO TERAPÊUTICA ADJUVANTE NA FIBROMIALGIA

Miguel Sousa,<sup>1</sup> Dina Medeiros,<sup>1</sup> Cláudia Miguel,<sup>1</sup> Rui Figueiredo,<sup>1</sup> Filipe Barcelos,<sup>1</sup> Sara Cortes,<sup>1</sup> Helena Santos,<sup>1</sup> Paulo Coelho,<sup>1</sup> Ana Teixeira,<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia (IPR)

**Objectivos:** Avaliar o benefício de um protocolo trimestral de pulsos endovenosos de clomipramina como terapêutica adjuvante em doentes com FM, refractários à terapêutica oral com um mínimo de 3 meses de duração

**Material e Métodos:** Estudo aberto e prospectivo de administração trimestral de pulsos endovenosos de clomipramina 100mg +150mg em dias seguidos, em regime de hospital de dia, em doentes com o diagnóstico de FM (critérios ACR 1990). Os doentes foram avaliados antes de cada administração através do preenchimento de um protocolo. Esta amostra de doentes foi caracterizada de acordo com variáveis demográficas, preenchimento do *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), Escala Visual Analógica (EVA) do doente «como se sente em relação à sua doença?» e um inquérito não validado contendo uma Escala Visual Numérica (EVN) (valores de 0-10) para os seguintes 12 itens: «dor no corpo todo, fadiga, perturbação do sono, rigidez matinal, formigueiros, ansiedade, depressão/tristeza, securas, intestino irritável, urgência urinária, dor menstrual, rubor da pele» (para um máximo possível de 120). Procedeu-se a uma análise crítica dos resultados e das consequências da instituição ou não desta abordagem terapêutica.

**Resultados:** Catorze doentes preenchiem critérios para avaliação de 12 meses de terapêutica (4 pulsos). A amostra era constituída apenas por mulheres, com uma média de idades de 47±8 anos. Na avaliação inicial os doentes apresentavam valores médios do FIQ de 79±12, EVA de 83±17 e da soma

dos 12 itens avaliados por EVN de 71. Da avaliação prospectiva, verificou-se um agravamento dos valores na EVA entre os 6 e os 12 meses, de 80 para 87 ( $p=0,043$ ). Não se verificaram diferenças evolutivas nos valores do FIQ e na soma dos 12 itens avaliados por EVN. Verificou-se que a idade estava inversamente correlacionada com os valores do FIQ na avaliação inicial e aos 3 meses,  $\rho=-0,562$  ( $p=0,037$ ) e  $\rho=-0,540$  ( $p=0,046$ ) respectivamente. Não se registaram efeitos secundários relevantes. Alguns doentes referiram sonolência de curta duração após a administração. Informalmente, a maioria das doentes referem melhoria transitória da sintomatologia até cerca de 2 meses após a administração de Clomipramina.

**Conclusões:** Nesta amostra, os resultados sugerem que doentes mais jovens tendem a ter uma doença mais grave, quando avaliada pelo FIQ, e que a administração de pulsos endovenosos de Clomipramina de periodicidade trimestral não conduziu a uma melhoria da gravidade das queixas. No entanto, o número reduzido da amostra pode ter enviesado os resultados. Serão necessários mais estudos, com incorporação de um grupo controlo, para esclarecer o papel desta terapêutica como adjuvante no tratamento da FM.

#### P112 – SÍNDROME DE SJÖGREN

Jorge Correia,<sup>1</sup> Catarina Dias,<sup>1</sup>  
João Carlos Alexandre,<sup>1</sup> Pedro Henriques<sup>1</sup>

1. Serviço de Medicina I, Hospital de São Teotónio, Viseu

**Objectivos:** Os autores pretendem apresentar um caso clínico de uma mulher de 41 anos internada pelo serviço de urgência por queixas de fadiga, xerostomia, disfagia para sólidos, visão turva, secura vaginal, mialgias e artralguas das tibiotársicas e coxofemorais esporádicas, assim como aumento progressivo do tamanho das regiões parotídeas, com cerca de 3 meses de evolução.

**Material e Métodos:** Exame objectivo, antecedentes pessoais e análise dos exames complementares de diagnóstico, a saber: análises ao sangue, nomeadamente hemograma, VS, proteinograma electroforético, factor reumatóide e auto-imunidade; ecografia das parótidas; teste de Shirmer; biópsia das glândulas salivares.

**Resultados:** Do exame objectivo, salientavam-se, apenas, tumefação e endurecimento parotídeo bilateral e lábios secos. Tinha antecedente pessoal de úlcera duodenal, diagnosticada há cerca de 4 me-

ses e medicada com pantoprazol 40mg/dia. Dos exames que era portadora, destacavam-se uma Anemia Normocrómica Normocítica, Velocidade de Sedimentação elevada e Ecografia das parótidas com «aumento de volume glandular e aspecto compatível com parotidite bilateral». Durante o internamento, solicitaram-se várias análises, destacando-se as seguintes alterações: Hemoglobina 11.4g/dL, Hematócrito 33.4%, Volume Globular Médio 84.4fL, Velocidade de Sedimentação 32mm, Gamaglobulinemia 1.63g/dL (21.2%), Factor Reumatóide 40.6UI/mL e Anticorpos antinucleares 1/2560 (padrão homogéneo). Refira-se, também, que o Teste de Shirmer foi positivo. A biópsia das glândulas salivares revelou «infiltrado inflamatório linfocítico moderado, disperso ou em agregados superiores a 50 linfócitos por 4mm<sup>2</sup>. A arquitectura lobular está relativamente mantida, identificando-se ligeira ectasia do ducto intralobular. Os achados enquadram-se num grau IV de Chisholm e Mason».

**Conclusões:** A doente teve alta, sendo orientada para a consulta externa com o diagnóstico de Síndrome de Sjögren. Foi medicada com lágrimas artificiais e alertada no sentido de ter uma boa higiene oral.

#### P113 – TUBERCULOSE PULMONAR EM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE EM TRATAMENTO COM METOTREXATO

Mónica Bogas,<sup>1</sup> Carmo Afonso,<sup>1</sup> Domingos Araújo<sup>1</sup>  
1. CHAM, Ponte de Lima

**Objectivos:** O metotrexato é actualmente um dos fármacos mais usados no tratamento da artrite reumatóide e, em baixas doses, não tem sido frequente a sua associação a imunossupressão e infecções oportunistas.

**Caso clínico:** Os autores descrevem o caso clínico de um doente de 49 anos, com o diagnóstico de artrite reumatóide (AR) seropositiva com envolvimento articular clássico e sem manifestações extra-articulares que na sua evolução apresenta um quadro clínico de infecção respiratória. Na altura do diagnóstico de AR, e ainda apenas sob tratamento sintomático não apresentava alterações na radiografia do tórax e a prova tuberculínica era negativa. Foi medicado com prednisolona 10 mg/dia e metotrexato 10 mg/sem, havendo evolução clínica e funcional favoráveis. Dois meses depois, apresentava quadro clínico de tosse produtiva e

anorexia. As alterações na radiografia e TAC do tórax eram compatíveis com cavitação pulmonar típica de tuberculose pulmonar. Apesar dos exames culturais da expectoração e lavado broncoalveolar e da pesquisa de PCR para micobactérias serem negativos, e a biópsia pulmonar também não mostrar alterações, a resolução do quadro clínico foi manifesta após início de terapêutica anti-tuberculosa. Os aspectos radiológicos normalizaram 3 meses após início do tratamento. Por reagudização do quadro de poliartrite, o doente retomou a terapêutica com metotrexato quatro meses depois.

**Conclusões:** A descrição de tuberculose pulmonar ou extra-pulmonar em doentes com artrite reumatóide medicados com metotrexato em baixas doses é pouco frequente na literatura. A corticoterapia, geralmente associada ao tratamento destes doentes, poderá constituir um factor sinérgico. A vigilância regular e a atenção prestada perante uma sintomatologia suspeita poderá permitir um diagnóstico precoce e um melhor prognóstico.

#### **P114 – QUANDO COMEÇA A ARTRITE REUMATÓIDE? ANÁLISE DA CAPACIDADE PREDITIVA À LUZ DE UM CASO DE REUMATISMO PALINDRÓMICO**

Pedro Machado,<sup>1</sup> Sara Serra, Jorge Silva,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Uma decisão acertada em relação ao tratamento da artrite indiferenciada requer a identificação dos doentes que irão progredir para artrite reumatóide. O mesmo raciocínio é extensível ao reumatismo palindrómico. Propusémo-nos por isso a aplicar um destes modelos preditivos num caso de reumatismo palindrómico.

**Material e Métodos:** O reumatismo palindrómico (RP) é uma forma de artrite recorrente que em cerca de 50% dos casos evolui para artrite reumatóide (AR). Pode ser encarado como uma forma de artrite crónica indiferenciada (AI). Do grupo de doentes com AI, 6-55% irão progredir para AR em 1 ano. Na AI, o metotrexato é uma terapêutica eficaz na supressão dos sintomas, dano estrutural e progressão para AR. No entanto, 40-50% dos doentes com AI têm remissão espontânea. A utilização de modelos preditivos de prognóstico clínico para doentes com AI pode ser útil a este nível.

**Resultados:** Os autores apresentam um caso de uma doente de 52 anos, com queixas de poliartral-

gias inflamatórias, migratórias e recorrentes, com cerca de 3 anos de evolução e descrevendo surtos durando dias a semanas. Durante o internamento observou-se tumefacção dolorosa do punho direito. A doente apresentava uma VS de 34 mm/h, FR de 95 UI e anti-CCP2>600 U/ml. As radiografias das mãos e pés não apresentavam alterações. A ressonância magnética do punho direito revelou uma sinovite radiocárpica com erosões cárpicas. A descrição clínica apresentada enquadra-se no conceito de RP. Este último conceito enquadra-se no de AI. Utilizou-se por isso um modelo preditivo de prognóstico clínico para doentes com AI como auxílio na decisão terapêutica. Este exercício clínico apontou para uma elevada probabilidade de progressão para AR. A doente foi medicada com corticosteróide e metotrexato, com sucesso terapêutico.

**Conclusões:** A utilização de um modelo preditivo de prognóstico clínico em doentes com artrite indiferenciada pode ser útil na prática clínica e extensível a doentes com reumatismo palindrómico. Desta forma, em doentes com reumatismo palindrómico, poder-se-ão usar modelos preditivos semelhantes aos da artrite indiferenciada, podendo o risco de progressão para artrite reumatóide ser previsto e permitido decisões individualizadas quanto à introdução de fármacos modificadores da doença.

#### **P115 – DOENÇA ÓSSEA DE PAGET**

Ana Filipa Mourão,<sup>1</sup> Sandra Falcão,<sup>1,2</sup>

Teresa Laura Pinto,<sup>1</sup> Célia Ribeiro,<sup>1</sup>

FM Pimentel-Santos,<sup>1,2</sup>

António Alves de Matos,<sup>1,2</sup> Jaime C. Branco<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** A Doença óssea de Paget é, depois da osteoporose, a doença óssea metabólica mais frequente. Pode afectar qualquer osso mas habitualmente envolve a pélvis, o fémur, a coluna lombar, o crânio e a tibia. No nosso país, a região do Alentejo apresenta a maior prevalência da doença. Os autores apresentam um estudo retrospectivo de 38 doentes pagéticos seguidos em consulta externa de Reumatologia.

**Material e Métodos:** Trinta e oito processos clínicos avaliados, 22 (58%) do sexo masculino, com

idade média de 71.7 anos (mínimo: 45; máximo: 89), com duração média da doença de 7.3 anos e duração média do seguimento de 6.1 anos. Dois doentes (5.3%) apresentavam um familiar com doença óssea de Paget. A maioria dos doentes era natural da região do Alentejo (55,3%) e Lisboa (26,3%). Vinte e cinco doentes (66%) apresentavam doença polioestótica e 13 (34%) doença monostótica, sendo o ilíaco o osso mais atingido (50% dos doentes), seguido de fémur (45%), vértebras lombares (37%), sacro (24%), vértebras dorsais (21%), úmero (21%) e crânio (18%).

**Resultados:** As manifestações clínicas extra-articulares mais frequentemente associadas foram: hipocáusia (21% dos doentes), fractura óssea (13%), canal lombar estreito (8%), insuficiência cardíaca (8%) e osteoporose (8%). À data do diagnóstico a fosfatase alcalina média era de 262 UI/l (mínimo:60; máximo:1122) e na data actual era de 109 UI/l. A maioria dos doentes foram tratados com pamidronato (68%), isoladamente (42%) ou em combinação com alendronato (26%). Seis doentes (16%) eram medicados com alendronato, 1 doente faz ácido zoledrónico e 4 (11%) não fazem actualmente terapêutica com bisfosfonatos.

**Conclusões:** Apesar de habitualmente ter um curso benigno, a doença óssea de Paget pode ser incapacitante associando-se a deformações irreversíveis, pelo que se torna imprescindível a monitorização e tratamento destes doentes. Como esperado, a grande maioria dos doentes eram naturais da região do Alentejo, suportando os resultados de outros estudos nacionais previamente publicados.

#### **P116 – REVISÃO SISTEMATIZADA DA LITERATURA – APLICAÇÃO DO MÉTODO NA ELABORAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DO METOTREXATO NO TRATAMENTO DE DOENÇAS REUMÁTICAS**

Ana Filipa Mourão,<sup>1</sup> Mónica Bogas,<sup>2</sup> Pedro Machado,<sup>3</sup> Helena Donato,<sup>4</sup> Maria José Santos,<sup>5</sup> Lúcia Costa,<sup>2</sup> José António Pereira da Silva<sup>3</sup>, João Eurico Fonseca<sup>6</sup>, Helena Canhão<sup>6</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa.
2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE, Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima.
3. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra.
4. Serviço de Documentação, Hospitais da Universidade de Coimbra

5. Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

6. Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, EPE, Lisboa

**Objectivos:** As revisões sistematizadas da literatura (RSL) são fundamentais para, rápida e eficientemente, integrar a informação existente e providenciar os dados necessários para uma decisão clínica fundamentada, baseada na melhor evidência. Existe metodologia própria que assegura a correcta realização das RSL mas a sua variedade e complexidade pode criar dificuldades na avaliação dos dados. Posteriormente, é necessário efectuar uma rigorosa interpretação sobre a relevância clínica dos dados obtidos.

**Material e Métodos:** Descrição da metodologia utilizada na revisão sistematizada da literatura para responder a questões sobre a utilização do metotrexato na terapêutica das doenças reumáticas, formuladas no âmbito do projecto *3e initiative*. Apresentam-se as etapas utilizadas na realização de uma revisão sistematizada, bem como, sugestões para o uso apropriado dos motores de busca com vista a pesquisas mais rápidas e selectivas da literatura *on-line*. São detalhados os passos mais importantes como a formulação e selecção das perguntas, as bases de dados electrónicas utilizadas (PubMed, Embase, Cochrane databases), a forma de colheita, análise e apresentação de dados, a sua divulgação e elaboração das recomendações finais.

**Resultados:** 1. Formulação da questão: modelo PICO: doente ou problema; Intervenção; Comparação das intervenções; resultados (outcome) 2. Identificação da literatura relevante: Selecção das palavras-chave (methotrexate, RA, tuberculosis, infections, adverse effects, remission) e das bases de dados bibliográficas. A pesquisa foi orientada por uma perita em pesquisas bibliográficas no Medline, Embase e Cochrane. Foi também efectuada nos resumos dos congressos EULAR e ACR 2005-2007. Inclusão: adultos com artrite reumatóide (AR), terapêutica com metotrexato (MTX), ensaios clínicos aleatorizados e controlados, estudos observacionais, normas de orientação para MTX. Exclusão: idade < 20 anos 3. Avaliação da qualidade dos artigos seleccionados: escala *Oxford centre for evidence-based medicine levels of evidence* 4. Sumarização da evidência: Extrair dos artigos seleccionados os dados relevantes que respondessem à pergunta em questão 5. Interpretação dos dados: Responder às questões formuladas con-

siderando o nível de evidência

**Conclusões:** O acesso à informação da literatura, a avaliação crítica e a aplicação na prática clínica precisa ser aprendida. O desenvolvimento das ciências médicas e a implementação de estratégias de pesquisa nos cuidados de saúde dependem, cada vez mais, dos métodos de RSL científica. Estas revisões fornecem-nos um resumo do conhecimento actual num subdomínio da ciência. A Medicina baseada na evidência deve integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência externa disponível oriunda da RSL.

#### P117 – DERMATOMIOSITE JUVENIL – CASO CLÍNICO

Ana Filipa Mourão,<sup>1</sup> Teresa Laura Pinto,<sup>1</sup> Sandra Falcão,<sup>1,2</sup> Célia Ribeiro,<sup>1</sup> Patrícia Nero,<sup>1,2</sup> FM Pimentel-Santos,<sup>1,2</sup> Jaime Cunha Branco<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

2. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

**Objectivos:** A dermatomiosite juvenil é uma doença sistémica rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por inflamação do músculo estriado, pele e tubo digestivo, sendo o prognóstico muito variável. Alguns estudos sugerem existir uma associação entre o polimorfismo -308 AA do gene do Factor de Necrose Tumoral alfa (TNFalfa) e mau prognóstico da doença. Apresentamos o caso clínico de uma doente com dermatomiosite juvenil com alguns factores de mau prognóstico.

**Caso clínico:** Doente do sexo feminino, 14 anos, raça negra, referenciada à nossa consulta por febre, poliartrite migratória (cotovelos, punhos e joelhos), perda ponderal (12% peso habitual), fraqueza muscular proximal das cinturas escapular e pélvica e disfagia alta para sólidos com 5 meses de evolução. No exame objectivo destacava-se rash palpebral e edema periorbitário, mucosas descoradas, flexo dos cotovelos e fraqueza muscular nos 4 membros (Força grau 3) com diminuição de todos os reflexos osteo-tendinosos. Laboratorialmente salientava-se Hg: 10,8 g/dl, VGM: 85,1 fl, HGM: 28,2 pg, CK: 24343 UI, LDH: 5785 UI, AST: 590 UI, ALT: 862 UI, VS: 85 mm/h; ANA's 1/1280 (padrão mosqueado), Ac SSA: positivos. Realizou Electromiograma que evidenciou um padrão miopático inflamatório e biópsia muscular que revelou aspectos compatíveis com vasculite necrotizante. A manometria esofágica evidenciou esfíncter esofágico inferior hipotónico.

Realizou 2 pulsos de imunoglobulina ev (1mg/Kg/dia) sem melhoria sintomática. No nosso serviço realizou pulso de metilprednisolona ev (1500 mg), com recuperação da capacidade funcional. À data da alta apresentava CK de 6000 UI. Realizou dois pulsos mensais de metilprednisolona ev (30 mg/Kg). Dois meses após este internamento foi reinternada no nosso serviço por febre, tosse com expectoração mucosa e fraqueza muscular proximal. À entrada apresentava-se febril, com edema exuberante da face, membros superiores e inferiores. Das análises sanguíneas destacava-se CK 24728 UI, VS: 75 mm/h; PCR: 18.90 mg/dl. A radiografia de tórax revelou pequeno derrame pleural direito e o ecocardiograma trans-torácico um derrame pericárdico anterior e posterior. As hemoculturas e urocultura foram negativas. Realizou pulso de metilprednisolona ev (1000 mg), com evolução clínica favorável. Teve alta medicada com prednisona oral (1 mg/Kg/dia: 20 mg de 8 em 8 horas), verificando-se recuperação completa da capacidade funcional e, actualmente, apresenta CK normal. A genotipagem da posição -308 do TNFalfa revelou genótipo GG e esta citocina não foi detectável no soro.

**Conclusões:** A doente foi reinternada com quadro de febre, anasarca e agravamento da fraqueza muscular, sendo este interpretado, após exclusão de infecção, como uma agudização da doença. Apesar de ter respondido de forma favorável aos pulsos de metilprednisolona ev, a anasarca e o envolvimento gastrointestinal foram descritos como factores de mau prognóstico da dermatomiosite juvenil, tal como o polimorfismo -308 AA do gene do TNFalfa, que a doente não apresenta.

#### P118 - UMA VISÃO REAL SOBRE A ARTRITE REUMATÓIDE

Herberto de Jesus,<sup>1</sup> Alberto Quintal<sup>1</sup>

1. Hospital Central do Funchal

**Objectivos:** Introdução: O aparecimento de fármacos biotecnológicos contribuiu para o renascimento da Artrite Reumatóide (AR). A avaliação pelo DAS 284v continua a ser o «gold standard» na definição da introdução e da resposta aos fármacos, no entanto existem factores extrínsecos que alteram a percepção da «actividade real» da AR. Objectivo: Determinar a relevância do DAS 284v e a sua relação com os parâmetros de inflamação (VS, PCR).

**Material e Métodos:** Estudo prospectivo de 11 doentes do sexo feminino com AR seguidos na Consulta de Terapêuticas Biológicas do Hospital Central do Funchal desde 2002. A idade média era de 50 anos (22-68) A duração média da AR era de 129 meses (25-228) e o tempo médio até o início da terapêutica biológica foi de 87 meses (13-173). A duração média da terapêutica biológica (TB) é de 42,4 meses (12-60). A avaliação da actividade da doença era obtida através da análise integrada de dados clínico-laboratoriais (VS, PCR) e complementada pela determinação do DAS 284v.

**Resultados:** A aplicação da análise de regressão linear à nossa amostra permitiu a estimação de vários modelos tendo como variável explicada (Y) o DAS 284v. Destes o que apresentava o coeficiente de determinação mais elevado (64%) era o modelo que tinha como variável explicativa a velocidade de sedimentação. O modelo estimado para explicar o DAS 284v através da variável PCR apresentava um coeficiente de determinação muito baixo (58%). O DAS 284v médio antes do início da TB foi de 5,69 e o DAS 284v médio actual é de 4,3. O valor actual elevado do DAS 284v relacionou-se com intercorrências (infecção, osteonecrose, coxite), nestas o valor médio da PCR era de 67,2 mg/l (28,5-160,1).

**Conclusões:** A PCR é um bom marcador de «intercorrências» e um alerta para a suspensão de TB. A VS é um constituinte relativamente importante na definição do DAS 284v. A avaliação da AR deverá ser baseada num conjunto de factores clínico-laboratoriais e coadjuvada pela medicina baseada na experiência.

#### **P119 – «OVERLAP DE ARTRITE PSORIÁSICA E ARTRITE REUMATÓIDE?»**

L.Silva,<sup>1</sup> J.Bernardes,<sup>1</sup> J.Pinto,<sup>1</sup> J.Brito,<sup>1</sup> F.Simões Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Faculdade de Medicina, Hospital de São João, Porto, Portugal

**Objectivos:** Apesar de a Artrite Reumatóide e a Artrite Psoriásica serem patologias relativamente frequentes, a coexistência num mesmo doente, de aspectos clínicos e imagiológicos sugestivos das duas entidades, é extremamente rara.

**Material e Métodos:** Os autores descrevem o caso de uma doente de 49 anos, com poliartrite erosiva há cerca de 15 anos, envolvendo ombros, ancas, joelhos, MCF, IFP, IFD e MTF de forma simétrica e evolução crónica e destrutiva, com necessidade de

colocação de próteses a vários níveis (ombro direito, joelhos e ancas), não obstante ter efectuado diversos DMARDs clássicos em monoterapia sequencial. Posteriormente fez bioterapia com anti-TNFs em «switch» (intolerância e ausência de resposta ao Infliximab, e falta de resposta ao Etanercept e Adalimumab). Mais recentemente iniciou terapêutica com Rituximab, com boa resposta clínica e funcional (melhoria do DAS 28 em 2,09 pontos, e do HAQ em 0,13 pontos). Antecedentes familiares de 1º grau de poliartrite reumatóide, e história pessoal de psoríase do couro cabeludo.

**Resultados:** Analiticamente, síndrome biológico inflamatório; factor reumatóide de 135 (normal inferior a 30 UI/ml) e anti-CCP de 367 (normal inferior a 20 U). Imagiologicamente, osteólise das MCF, IFP, MTF («pencil-in-cup» de MCF, IFP e MTF), anquilose do tarso esquerdo e dos carpos, entesopatia plantar, e ausência de osteopenia.

**Conclusões:** Apesar do quadro clínico e imagiológico típico de poliartrite psoriásica, a persistência, no bilan analítico, de FR e anti-CCP positivos em títulos elevados, a história familiar de artrite reumatóide, e a boa resposta ao anti-CD20, leva os autores a questionar a possibilidade da existência de duas entidades sobrepostas, e se estes achados serológicos poderão modificar o espectro clínico e terapêutico da poliartrite psoriásica.

#### **P120 - BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR ASSOCIADO AOS FACTORES DE RISCO TRADICIONAIS NA COORTE DE LÚPUS DE COIMBRA**

C Duarte,<sup>1</sup> L Inês,<sup>1</sup> M Couto,<sup>1</sup> C Vaz,<sup>1</sup> P Abreu,<sup>1</sup> A Malcata<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Avaliar a prevalência de factores tradicionais de risco cardiovascular e estimar o risco de eventos cardiovasculares associado em doentes portugueses com LES. Estimar a adequação das medidas farmacológicas para a prevenção de eventos cardiovasculares previamente instituídas a estes doentes

**Material e Métodos:** A Coorte de Lúpus de Coimbra inclui 165 doentes com LES (cumprindo critérios de classificação ACR) seguidos prospectivamente. Foram incluídos 100 doentes desta coorte observados consecutivamente. Efectuou-se avaliação dos factores de risco tradicionais e eventos

cardiovasculares prévios. O diagnóstico de Síndrome Metabólico foi estabelecido de acordo com os critérios NCEP/ATP III. Estimou-se o risco de eventos cardiovasculares aos 10 anos através da fórmula de Framingham. Foram ainda registadas as medidas farmacológicas preventivas em curso.

**Resultados:** Foram incluídos 100 doentes (sexo feminino -88,9%, média de idade=40±13,7 anos, duração média de doença =9,1±6,9 anos). 40% dos doentes apresentavam excesso de peso ou obesidade (2% com obesidade mórbida). 11% dos doentes eram fumadores e 72% dos doentes não praticavam qualquer tipo de actividade física. 40% dos doentes têm hipertensão arterial mas apenas 23% dos doentes apresentavam valores tensionais elevados na altura da avaliação. 29,3% dos doentes tinham dislipidemia, e 23% dos doentes mantinham valores de L-LDL>130 mg/dl. 21% dos doentes apresentavam síndrome metabólico. Apenas num doente foi registado a ocorrência de um evento cardiovascular e 23% referia história de eventos cardiovasculares em familiares de 1º grau. 16% dos doentes encontravam-se medicados com aspirina em baixa dose, 16% com estatinas e 52% com pelo menos um anti-hipertensor. A estimativa de eventos cardiovasculares aos 10 anos foi inferior a 1% em 56% dos doentes e apenas 10% dos doentes apresentavam um risco superior a 5%.

**Conclusões:** A maioria dos doentes da Coorte de Lúpus de Coimbra apresenta um baixo risco cardiovascular estimado, estritamente em função dos factores de risco tradicionais.

#### **P121 – CASO CLÍNICO: ADENOMEGALIAS CERVICAIS EM DOENTE COM ARTRITE REUMATÓIDE**

L. Silva,<sup>1</sup> F. Brandão,<sup>1</sup> J. Brito,<sup>1</sup> F. Pinto,<sup>2</sup>  
F. Simões Ventura<sup>1</sup>

1. Serviço de Reumatologia e Faculdade de Medicina, Hospital de São João, Porto, Portugal

2. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de São João, Porto, Portugal

**Objectivos:** A Artrite Reumatóide (AR) está associada a um risco aumentado (cerca de 2 vezes) de linfoma, especialmente linfoma não-Hodgkin (LNH). A etiopatogenia não está totalmente esclarecida. Têm sido considerados factores importantes: elevada actividade inflamatória da doença, de forma persistente, e infecções crónicas, muito particularmente pelo vírus Epstein-Barr, associado ao desenvolvimento de LNH em doentes com AR medi-

cados com metotrexato. Neste contexto, documentamos o seguinte caso.

**Material e Métodos:** Doente de 65 anos, com o diagnóstico de AR seropositiva e erosiva, com onze anos de evolução. Neste percurso evolutivo, constatou-se má adesão às terapêuticas propostas, com recusa de DMARDs e utilização de baixa dosagem de prednisolona. Em 2005 aceitou fazer terapêutica com metotrexato, até a dose de 10 mg/semana, que suspendeu menos de 6 meses depois, por «melhoria subjectiva da artrite». Em 2006, foi avaliada em consulta de Hematologia, com diagnóstico de «anemia de doenças crónicas». A falta de adesão à terapêutica, reflectia-se também na ausência às consultas, pelo que voltou a ser avaliada apenas em Outubro/2007. Nessa altura, apresentou-se com poliartrite e volumosas massas cervicais bilaterais, sem sintomas associados (disfagia, rouquidão, emagrecimento, hipersudorese, queixas algicas ou queixas secas), com 6 meses de evolução.

**Resultados:** Analiticamente apresentava síndrome inflamatório biológico (VS-47 mm1<sup>ah</sup> e PCR-32 mg/l) e anemia (hemoglobina-10,1 g/dl); as serologias revelaram sífilis latente, e anticorpos anti-Epstein Barr IgM negativo e IgG positivo. O doseamento das enzimas hepáticas, marcadores de remodelação óssea, electroforese de proteínas e imunoglobulinas revelou-se normal. A ecografia cervical mostrou «múltiplas adenomegalias, a maior com 4,5 cm de diâmetro», e a TC toraco-abdominal «adenomegalias mediastínicas e ligeira hepatomegalia homogénea». A biopsia de gânglio cervical e de nódulo mamário (diagnosticado, entretanto, ecograficamente), fizeram o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B.

**Conclusões:** Os estudos mais recentes têm evidenciado como factor preponderante no risco de linfoma, a actividade inflamatória (pela AR e infecções crónicas a que estes doentes são mais susceptíveis) e não tanto, a terapêutica imunossupressora, por vezes considerada factor de confusão, traduzindo a agressividade da doença. O papel da «hiperimunidade», é corroborado por este caso clínico. Como tal, e por uma série de outros motivos, é fundamental o rápido e persistente controlo da actividade inflamatória.

#### **P122 – ESPONDILODISCITE ASSÉPTICA – COMPLICAÇÃO DE ESPONDILITE ANQUILOSANTE DE LONGA DURAÇÃO**

Rui Figueiredo,<sup>1</sup> Miguel Sousa<sup>1</sup>  
1. IPR

**Objectivos:** A Espondilite Anquilosante de longa duração é uma doença com potenciais complicações. Dentro das descrições clássicas encontra-se a designada espondilodiscite asséptica. O propósito deste trabalho é rever, a partir de um caso clínico, o entendimento actual deste fenómeno e relembrar o algoritmo clínico que orienta a investigação e intervenção apropriadas a esta complicação.

**Material e Métodos:** O doente, 62 anos, Espondilite Anquilosante diagnosticada aos 20 anos apresenta dorsolombalgia agudizada, resistente à terapêutica analgésica habitual acompanhada de *deficits* neurológicos progressivos dos membros inferiores com 15 meses de evolução e com claudicação neurogénica progressiva.

**Resultados:** Foi efectuado estudo imagiológico com resultados sugestivos de espondilodiscite asséptica D11-D12 é orientado para cirurgia por instabilidade fracturária e compressão do cone medular.

**Conclusões:** O diagnóstico de espondilodiscite asséptica deve ser considerado nas agudizações álgicas tardias no doente com Espondilite Anquilosante, sendo o estudo imagiológico essencial no seu diagnóstico

### P123 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA OSTEOPOROSE NA POPULAÇÃO DO PORTO

Raquel Lucas,<sup>1</sup> Olavo Rocha,<sup>1</sup> Joana Bastos,<sup>1</sup> Lúcia Costa,<sup>2</sup> Henrique Barros,<sup>1</sup> Nuno Lunet<sup>1</sup>

1. Serviço de Higiene e Epidemiologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

2. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar do Alto Minho

**Objectivos:** Após a publicação das recomendações portuguesas para o diagnóstico e terapêutica da osteoporose, o presente estudo teve como objectivos: - estimar a prevalência de utilização de medicamentos com indicação na prevenção ou tratamento da osteoporose na população geral e - quantificar a frequência da suplementação simultânea com cálcio (isoladamente ou associado a vitamina D).

**Material e Métodos:** Este estudo foi baseado nos dados colhidos na primeira reavaliação de uma coorte de adultos residentes no Porto. Entre 2005 e 2007 foram contactados 1778 participantes, dos quais 1517 compareceram à entrevista. O protocolo de avaliação incluiu um inquérito e um exame físico. Neste trabalho foram utilizados dados sócio-

demográficos (idade, escolaridade, profissão, local mais frequentemente procurado para cuidados de saúde), história de diagnóstico de osteoporose por um médico, e idade à menopausa. O consumo alimentar de cálcio foi avaliado através de um questionário semi-quantitativo de frequência alimentar com 82 itens, cujo consumo, em frequência e em dose média, foi convertido em ingestão diária de nutrientes pelo *software Food Processor Plus*. Foi inquirida a utilização continuada de medicamentos e de suplementos no ano anterior à entrevista e as preparações referidas foram classificadas de acordo com a «Anatomical Therapeutic Chemical Classification» da Organização Mundial de Saúde.

**Resultados:** A terapêutica anti-reabsortiva foi referida por 107 (11,4%) mulheres e 7 (1,2%) homens. Nas mulheres, o subgrupo de fármacos anti-reabsortivos mais referido foram o dos bifosfonatos (87,8% das que referiram alguma das terapêuticas), seguido do raloxifeno (11,2% das tratadas) e das calcitoninas (0,7% das tratadas). Nenhum dos participantes referiu preparações de estrôncio. Das 107 mulheres tratadas 46 (43,0%) declararam ter usado suplementos de cálcio. Todos os homens que referiram um tratamento para a osteoporose utilizaram bifosfonatos e destes três (42,9%) declararam que tinham usado suplementos de cálcio. A associação de suplementos de cálcio à terapêutica anti-reabsortiva foi mais frequente nas mulheres com 70 ou mais anos de idade, naquelas com 5 a 12 anos de escolaridade, nas trabalhadoras manuais e nas que referiram utilizar cuidados de saúde privados. A suplementação foi mais frequente nas mulheres cuja menopausa ocorreu 10 ou mais anos antes da entrevista e nas que foram classificadas no tercil mais elevado de consumo de cálcio. O ajuste das proporções para a idade e a escolaridade acentuou as diferenças entre as classes de escolaridade e entre as categorias de profissão.

**Conclusões:** A terapêutica anti-reabsortiva é frequente na população do Porto. No entanto, o tratamento da osteoporose não inclui sistematicamente a suplementação com cálcio prevista nas recomendações nacionais.

### P124 – DISPLASIA FIBROSA POLIOSTÓTICA: DUAS VIDAS, DOIS DESTINOS

Herberto Jesus,<sup>1</sup> Alberto Quintal<sup>1</sup>

1. Hospital Central do Funchal

**Objectivos:** A displasia fibrosa óssea é uma doença rara descrita em 1938 por Lichtenstein. Caracterizada pela disfunção dos osteoblastos e pela proliferação de tecido fibroso na medula óssea. A formação óssea «anormal» promove o aparecimento de lesões osteolíticas múltiplas e o crescimento ósseo desmesurado com a consequente distorção da arquitectura. As consequências desta disfunção são o aparecimento de deformações ósseas exuberantes e de fracturas. Em 20% apresenta-se sob a forma poliostótica.

**Material e Métodos:** Os autores apresentam dois casos com tempos de evolução díspares e percorrem através da imagiologia os estádios desta entidade.

**Resultados:** 1º caso: Mulher, 32 anos de idade com o diagnóstico de displasia fibrosa poliostótica efectuado por radiologia convencional há 6 anos e confirmado por histologia. Apresenta envolvimento preferencial da metáfise da tíbia e peróneo, do colo do fémur e do crâneo (fase inicial). As determinações analíticas dos biomarcadores de remodelação óssea revelaram parathormona normal, aumento da osteocalcina, aumentos da fosfatase alcalina e da sua fracção óssea. A instituição de terapêutica com Pamidronato permitiu a normalização dos parâmetros ósseos. 2º caso: Homem, 44 anos de idade com o diagnóstico efectuado por radiologia convencional em 1997. Esta patologia iniciou-se há 42 anos, facto comprovado por imagiologia. Apresenta envolvimento bilateral de todo o esqueleto. As deformações exuberantes são o resultado do tempo de evolução e de fracturas múltiplas. A imagiologia percorre a sua vida e regista as diferentes etapas da deformação da arquitectura óssea. As determinações analíticas dos biomarcadores de remodelação óssea revelaram aumentos da fosfatase alcalina e da sua fracção óssea. A instituição de terapêutica com Pamidronato permitiu a normalização dos parâmetros ósseos.

**Conclusões:** A displasia fibrosa óssea é uma doença rara. A comparação destes dois casos permite afirmar da importância do tempo de evolução e do número de fracturas, como factores determinantes de prognóstico. A detecção precoce e a terapêutica adequada poderão contribuir para a interrupção deste fado.

#### P125 - HISTÓRIA DE UMA ESPONDILITE ANUNCIADA

Herberto Jesus,<sup>1</sup> Alberto Quintal<sup>1</sup>

1. Hospital Central do Funchal

**Objectivos:** O hipoparatiroidismo primário é uma doença ósseo-metabólica rara. Pode evoluir ao

longo dos anos sem revelar sinais de alerta. O seu diagnóstico é baseado na clínica e na análise dos biomarcadores de remodelação óssea. A evolução conduz ao desenvolvimento de imagiologia «patognomónica». O aparecimento indolente e progressivo de alterações da estática vertebral sugestivas de «atitude espondilítica» sem a imagiologia típica da espondilite anquilosante impõe a investigação desta entidade.

**Material e Métodos:** Os autores apresentam um caso clínico de hipoparatiroidismo primário. Descrição: homem, 56 anos de idade com antecedentes de cirurgia a cataratas subcapsulares e história de hipocalcemia desde há 3 anos. Inicia há 17 anos episódios de caimbras e de fasciculações nos grupos musculares da face e dos membros superiores. Ao longo dos anos adquire uma «atitude postural» sugestiva de espondilite anquilosante.

**Resultados:** A imagiologia revela osteoesclerose dos ossos do crâneo, das cristas ilíacas, das sacroilíacas e dos pratos vertebrais. Os valores laboratoriais demonstraram hipocalcemia, hiperfosforemia, aumento das enzimas musculares e valores da parathormona abaixo do normal. As avaliações séricas suplementares revelaram aumento da fracção óssea da fosfatase alcalina, aumento da piridolina e diminuição da osteocalcina. Na avaliação ecográfica não foram visualizadas paratiróides. A avaliação por outros métodos de imagem (TAC e RMN) demonstrou a presença de calcificações dos núcleos da base (caudados e lenticulares) e da substância branca sub-cortical fronto-parietal. A medição da massa óssea por DEXA revelou valores normais e a electromiografia detectou miopatia proximal. Estes dados clínico-laboratoriais, radiológicos e neuro-fisiológicos permitiram a assumpção do diagnóstico de hipoparatiroidismo primário. A instituição de terapêutica com vitamina D e calcitriol reverteu a sintomatologia neuro-muscular.

**Conclusões:** A detecção precoce desta patologia é a peça fundamental do *puzzle*. A atitude «espondilítica» adquirida ao longo dos anos associada a «sacroileíte» em discrepância com a imagiologia sugere outros caminhos. O hipoparatiroidismo é raro e pode simular uma espondilite anquilosante, mas ao contrário desta é uma entidade de tratamento simples e com uma resposta clínica rápida.

#### P126 – HISTÓRIA NATURAL DA ARTRITE REUMATÓIDE SEM INTERVENÇÃO PRECOZE

Kátia Ferreira,<sup>1</sup> Ana Rita Cravo<sup>2</sup>

1. Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Hospital

Central de Faro, Faro

2. Unidade de Reumatologia, Hospital Central de Faro, Faro

**Objectivos:** Descrição de 4 casos clínicos de artrite reumatóide (AR), com primeira observação em consulta de Reumatologia, já em fase deformante e erosiva.

**Material e Métodos:** De Setembro a Dezembro de 2007, foram observados em consulta de Reumatologia, 4 doentes (3 sexo feminino; 1 sexo masculino) com idades compreendidas entre os 63 e os 77 anos, com vários anos de evolução de poliartralgias de ritmo inflamatório, e com episódios de artrite. Todos os doentes eram previamente seguidos em consultas de várias especialidades, sem ter sido introduzida terapêutica de fundo apesar de três doentes terem diagnóstico de AR. Foi feita a avaliação clínica (incluindo o *Disease Activity Score* - DAS 28), laboratorial e imagiológica dos 4 doentes.

**Resultados:** Clinicamente os doentes apresentavam critérios diagnósticos de AR (ARA 1987), um DAS 28 > 5,1 e deformidade articular típica de AR. Laboratorialmente verificou-se nos 4 casos aumento dos parâmetros inflamatórios, Factor Reumatóide e Ac anti-péptido citrulinado (anti-ccp) positivos, com presença de anemia crónica em 2 dos 4 casos clínicos. Radiologicamente era comum aos 4 doentes a existência de geodos, múltiplas erosões ósseas e sub-luxações de pequenas articulações das mãos e pés.

**Conclusões:** A AR é uma doença inflamatória crónica, que não sendo tratada precocemente, causa deformidade, destruição articular e consequentemente incapacidade funcional. Pretende-se realçar a importância da identificação e referenciação precoce das artrites à consulta de Reumatologia, de forma a ser possível um diagnóstico e tratamento precoces, tentando impedir o dano estrutural articular com evolução para as formas deformantes e incapacitantes, permitindo um prognóstico mais favorável

**P127 - POPULAÇÃO DE DOENTES COM ARTROPATHIA MICROCRISTALINA POR DEPOSIÇÃO DE CRISTAIS DE MONOURATO DE SÓDIO (AMC-MUS) NUMA CONSULTA DE REUMATOLOGIA**

Patrícia Nero,<sup>1,2</sup> Laura Pinto,<sup>1</sup> Célia Ribeiro,<sup>1</sup> Jaime C. Branco<sup>1,2</sup>

1. Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital de Egas Moniz, Lisboa

2. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa

**Objectivos:** A AMC-MUS é uma das principais causas de artrite inflamatória no idoso. Nas duas últimas décadas a hiperuricemia e a AMC-MUS aumentaram de modo significativo, parecendo acompanharem a tendência para um aumento da incidência da síndrome metabólica. Trabalhos recentes têm reforçado a associação entre hiperuricemia e hipertensão arterial (HTA), cardiopatia isquémica e doença arterial periférica. Os autores pretendem caracterizar a população de doentes com AMC-MUS seguida na sua consulta.

**Material e Métodos:** Os doentes com o diagnóstico de AMC-MUS segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia de 1977, foram convocados para uma entrevista por carta e/ou telefone. Foi aplicado um questionário elaborado para o efeito e realizado o exame objectivo tendo em vista a detecção de tofos gotosos, a medição da circunferência abdominal e a determinação do peso e altura.

**Resultados:** Dos 41 doentes avaliados, 97,6% eram do sexo masculino e 92,7% de raça branca. Na tabela 1 estão representados alguns dados clínicos e laboratoriais desta população: Média Idade 62,37±12,87 IMC 28,63±3,89 Circunferência abdominal 103,87±9,66 Idade início doença 44,59±14,2 Tempo evolução doença 19,21±14,39 Uricemia máxima conhecida 9,54±1,71 Uricemia actual 5,46±1,66 Creatinina 1,32±0,55 Depuração creatinina 75,24±40,78 Em 75,6% dos doentes o 1º episódio da doença foi uma podagra e 31,7% têm tofos gotosos. Apenas 7,3% são fumadores actuais (média 44 UMA) e 31,7% consomem bebidas alcoólicas regularmente (média 43,3 gr/dia). Dos doentes avaliados 61% são hipertensos, 53,7% têm dislipidemia, 14,6% são diabéticos, 4,9% têm cardiopatia isquémica e 2,4% doença arterial periférica associadas. São também 75,6% os doentes que fazem medicação com alopurinol (dose média 255 mg/dia), sendo que 7,3% não fazem este fármaco por história prévia de alergia. A uricemia actual foi >ou= a 7mg/dl em 21,8% desta população, sendo que 4 não fazem alopurinol, 2 deles por alergia. Apenas 9,8% da população em estudo não aderiu às consultas agendadas, sendo a média de 2,64 consultas/ano.

**Conclusões:** Verificamos que na nossa população, assim como tem sido descrito na literatura, é elevada a associação da hiperuricemia com alguns

factores de risco cardiovascular. No entanto foi baixa a associação quer com cardiopatia isquémica quer com doença arterial periférica.

**P128 – PAPEL DO POLIMORFISMO -308 DO PROMOTOR DO GENE DO TNF ALFA NA SUSCEPTIBILIDADE E PADRÃO DE ACTIVIDADE DA ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**

Ana Filipa Mourão,<sup>1,2</sup> Joana Caetano-Lopes,<sup>1</sup> Paula Costa,<sup>3</sup> Artur Sousa,<sup>3</sup> Helena Canhão,<sup>1,4</sup> Maria José Santos,<sup>5</sup> Patrícia Pinto,<sup>6</sup> Iva Brito,<sup>6</sup> Paulo Nicola,<sup>7</sup> João Cavaleiro,<sup>1</sup> José Teles,<sup>1</sup> José Melo Gomes,<sup>8</sup> Jaime C. Branco,<sup>2</sup> J. Teixeira da Costa,<sup>4</sup> J. Gomes Pedro,<sup>3</sup> M. Viana de Queiroz,<sup>4</sup> João Eurico Fonseca<sup>1,4</sup>

1. Unidade de Investigação em Reumatologia, Instituto de Medicina Molecular

2. Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Lisboa

3. Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria, Lisboa

4. Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa

5. Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada

6. Serviço de Reumatologia do Hospital de São João, Porto

7. Unidade de Epidemiologia do Instituto de Medicina Molecular

**Objectivos:** Dada a importância do factor de necrose tumoral alfa (TNFalfa) na fisiopatologia da AIJ, é provável que alguns polimorfismos deste gene possam ser relevantes na susceptibilidade e padrão de actividade da doença. Os objectivos deste estudo foram analisar se o padrão de actividade da AIJ e os níveis séricos de TNFalfa são influenciados pelos polimorfismos na posição -308 do promotor do gene do TNFalfa.

**Material e Métodos:** Recrutaram-se de forma consecutiva, desde Março de 2005 a Maio de 2007, doentes com o diagnóstico de AIJ seguidos em alguns centros de Reumatologia Pediátrica do país. Foi aplicado de forma transversal um protocolo que incluía dados demográficos e avaliação clínica, e avaliação do estado funcional, utilizando a versão portuguesa do *Childhood Health Assessment Questionnaire* (CHAQ). Foi colhida uma amostra sanguínea, procedendo-se à determinação da velocidade de sedimentação (VS) e da concentração sérica de TNFalfa. Efectuou-se a extrac-

ção do DNA e determinou-se o genótipo da posição -308 por RFLP. Foi efectuada a genotipagem do mesmo polimorfismo em amostras de sangue de controlos saudáveis.

**Resultados:** 114 doentes avaliados, 68% do sexo feminino, idade média de 13.2±7.1anos. O tempo médio de duração da doença era 6.4±6.7 anos e o tempo médio de seguimento era 5.1±5.5 anos. 65 doentes apresentavam a forma oligoarticular, 24 poliarticular, 10 artrite relacionada com entesite, 9 sistémica e 6 artrite psoriática. No grupo de estudo 76% apresentavam o genótipo -308 GG e 24% os genótipos GA/AA e no grupo controlo 78% apresentavam o genótipo -308GG e 22% os genótipos GA/AA. Os doentes com a forma oligoarticular apresentavam frequência mais elevada do genótipo GG (86%) comparativamente aos doentes com os outros subtipos da doença (63%). Pelo contrário, os doentes com os subtipos poliarticular e artrite psoriática apresentavam uma frequência mais elevada do genótipo -308GA/AA (38% e 50%) do que os doentes com a forma oligoarticular (14%). Os doentes com o genótipo -308 GA/AA apresentavam valor mais elevado de VS (28.4±24.2 vs 14.9±11.7, p=0.007) e níveis de TNFalfa (380.8±574.3 vs 91.8±124.0; p=0.003). Apresentavam ainda tendência para menor capacidade funcional (CHAQ: 0.46±0.66 vs 0.27±0.52; p=0.243) e valor mais elevado na escala visual analógica de actividade da doença (29.8±33.7 vs 20.3±27.5; p=0.166).

**Conclusões:** Estes resultados sugerem que o alelo -308G do gene do TNFalfa diferencia os doentes com o subtipo oligoarticular da doença e o alelo -308A está associado a maior actividade inflamatória e maior concentração sérica de TNFalfa. Contudo, parece não ter um papel relevante na susceptibilidade à AIJ. Trabalho suportado pela bolsa de Investigação AstraZeneca/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

**P129 - PLASMAFERESE NAS DOENÇAS REUMÁTICAS AUTOIMUNES**

Sandra Garcês,<sup>1</sup> Ana Cristina Cordeiro,<sup>1</sup> Fátima Godinho,<sup>1</sup> José Canas da Silva<sup>1</sup>

1. Hospital Garcia de Orta

**Objectivos:** Discutir o actual papel da plasmaferese nas doenças reumáticas sistémicas auto-imunes.

**Material e Métodos:** Apresentam-se quatro casos clínicos: dois de coagulação intravascular disseminada (CID) em doentes com lúpus eritematoso

sistémico (LES), um dos quais associado a síndrome de anticorpos anti-fosfolípidos (SAFL) secundário; um caso clínico de púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) como forma de apresentação de LES e um caso de hemorragia alveolar no contexto de doença mista do tecido conjuntivo (DMTC).

**Resultados:** Homem de 17 anos, com LES diagnosticado na sequência de pancitopénia refractária à terapêutica imunossupressora. Instalação subsequente de falência multiorgânica e discrasia hemorrágica com instalação de CID. Realizou plasmaferese com melhoria transitória dos parâmetros hematológicos. Mulher de 24 anos, com LES e SAFL secundário, internada por anemia hemolítica e trombocitopénia refractária à terapêutica imunossupressora e gamaglobulina ev. Por agravamento do quadro clínico e CID realizou 5 sessões de plasmaferese com melhoria clínica e laboratorial transitória. Mulher de 30 anos, com anemia hemolítica, trombocitopénia e convulsões tónico-clónicas generalizadas no contexto de PTT, associada a leucopénia, hipocomplementemia e ANAS positivos. Iniciou plasmaferese sem resposta imediata, pelo que se associou imunossupressão adjuvante, com progressiva melhoria do quadro clínico. Mulher de 47 anos com DMTC, internada por anemia hemolítica e trombocitopénia de agravamento súbito, com quadro de hemorragia alveolar refractário à terapêutica com corticóides, gamaglobulina e ciclofosfamida. Inicia adicionalmente plasmaferese, com resposta clínica favorável.

**Conclusões:** Com o desenvolvimento de novas terapêuticas imunossupressoras a plasmaferese tem sido utilizada como terapêutica de recurso nas doenças auto-imunes. Nos casos descritos esta medida foi absolutamente determinante na melhoria clínica e laboratorial destes doentes, ainda que transitória em algumas situações. Os autores pretendem discutir o papel actual da plasmaferese nestas situações emergentes.

### P130 - ESTRATÉGIAS PASSIVAS DE COPING COM A DOR CRÓNICA EM DOENTES REUMÁTICOS

Paula Oliveira,<sup>1</sup> Paulo Monteiro,<sup>2</sup>

Margarida Coutinho,<sup>2</sup> Maria João Salvador,<sup>2</sup>

Maria Emília Costa,<sup>1</sup> Armando Malcata<sup>2</sup>

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

2. Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Objectivos:** Avaliar em três grupos de doentes reumáticos (artrite reumatóide, fibromialgia e osteoartrose): - Se existem diferenças na utilização de estratégias passivas de *coping* com a dor crónica (especificamente estratégias de afastamento, preocupação e repouso); - Associações entre estratégias passivas de coping e a percepção do estado de saúde física e mental.

**Material e Métodos:** O recrutamento da amostra ocorreu no Serviço de Reumatologia dos HUC, entre Maio e Dezembro de 2007. Após serem informados relativamente aos aspectos associados à participação no estudo os participantes foram sujeitos às seguintes medidas de avaliação: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Oliveira & Costa, 2005); Questionário de Formas de Lidar com a Dor (PCI; Kraaimaat & Evers, 2003; versão portuguesa: Oliveira & Costa, 2005), Questionário de Estado de Saúde (SF-36v.2; Centro de Estudos e Investigação em Saúde, 1997). O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) – versão 13.

**Resultados:** A amostra incluiu 31 doentes com artrite reumatóide (AR), 25 com fibromialgia (FM) e 30 com osteoartrose (OA). A idade média situou-se nos 55,15 anos (entre os 23 e 80 anos). Em relação ao género, 77,9% são indivíduos do sexo feminino. A análise dos dados revelou que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos AR e OA em nenhuma das estratégias passivas de coping (afastamento, preocupação e repouso). Já o grupo de doentes com FM apresentou uma maior utilização das estratégias de afastamento, preocupação e repouso, comparativamente com o grupo OA (p

**Conclusões:** O presente estudo sustenta a pertinência de uma abordagem biopsicossocial na avaliação e intervenção junto do doente reumático. Estes doentes poderão beneficiar de uma abordagem terapêutica multidisciplinar que inclua uma intervenção no processo de coping com a dor crónica, com vista a promover estratégias de coping eficazes e eliminar estratégias ineficazes, o que se reflectirá positivamente na sua qualidade de vida.

### P131 – EXTRAGLANDULAR INVOLVEMENT IN PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME – STUDY OF A PORTUGUESE POPULATION

F Barcelos,<sup>1</sup> J Vaz Patto,<sup>1</sup> M Sousa,<sup>1</sup> R Figueiredo,<sup>1</sup>

C Miguel,<sup>1</sup> D Medeiros<sup>1</sup>, M Parente,<sup>1</sup> A Teixeira<sup>1</sup>

1. Instituto Português de Reumatologia

**Objetivos:** Sjögren's syndrome (SS) is a chronic inflammatory disease characterized by lymphocytic infiltration and auto-immune lesion of the exocrine glands. The salivary glands (SG) and the lachrymal glands are the most afflicted, originating symptoms of xerostomia and xerophthalmia, but other symptoms of glandular dysfunction include dry skin, vaginal dryness, and dry cough. Other extra-glandular manifestations may occur, including joint pain or arthritis, chronic fatigue or fibromyalgia, cutaneous lesions, Raynaud's phenomenon (RP), pulmonary, neurological, renal, or gastro-intestinal involvement, vasculitis and lymphoma.

Description of the extra-glandular manifestations in patients with primary SS (pSS) consulted at the Portuguese Institute of Rheumatology.

**Material e Métodos:** To evaluate retrospectively a group of 103 patients with pSS, defined by the criteria of the «American-European Consensus Group».

**Resultados:** The patients evaluated were mainly female (101 – 98,1%), with mean age of 55,6 years  $\pm$  12,0 (26-80), and evolution of the disease averaging 13,6 years  $\pm$  8,7 (1-37). Arthralgia were present in 99 patients (96,1%), of which 28 (27,2%) presented arthritis, 2 sacro-iliitis (3,1%) and 3 myositis (3,3%). Fibromyalgia (FM) was present in 27 patients (26,5%) and fatigue in 50%. RP occurred in 35 patients (35,4%) and oral ulceration in 13 (14,4%). Cutaneous involvement occurred in 37 patients (35,9%), distributed in the following manner: xerosis in 15 (16,7%), photosensitivity in 15 (16,7%), rash in 11 (12,2%), annular lesions in 5 (5,6%) and urticaria in 3 (3,3%). Chronic cough occurred in 26 patients (28,9%), obstructive changes in 6 (5,8%) and interstitial disease in 4 (3,9%). Peripheral neuropathy occurred in 5 patients (5,6%) and ischaemic microembolic encephalopathy in 6 (5,8%). Mild hepatic dysfunction was detected in 8 patients (7,8%) and hepatitis in 1 (1,0%). Six patients (5,8%) presented cutaneous vasculitis and 1 (1,0%) with digital infarcts. No cardiac, renal, systemic vasculitis or lymphoproliferative diseases were registered. Reference should also be made to the presence of depression in 35 patients (34,7%), hypothyroidism in 10 (9,8%) and diabetes in 2 (2,0%). Concomitant auto-immune disease was present in 12 patients (11,7%): tiroiditis (6), sarcoidosis (2), primary biliary cirrhosis (2), sclerosing collangitis (1) and antiphospholipid syndrome (1). Antibody profile was as follows: anti-SSA in 80 patients (77,7%), SSB in 55 (53,4%), ANA $\geq$ 1/160 in 95

(93,1%), rheumatoid factor in 60 (63,2%), anti-RNP in 6 (7,2%), DNA in 5 (5,2%), Sm in 1 (1,2%) and anti-phospholipids in 8 (7,7%). Low complement was present in 23 patients (24,5%), cryoglobulins in 8 (14,3%) and increase gammaglobulin in 65 (65,7%).

**Conclusões:** In our series, extra glandular manifestations were very frequent. However we found a lower frequency of renal involvement, vasculitis and lymphoma. Arthralgias and arthritis were more frequent than expected, and in many cases were the inicial presentation. There was also a high frequency of FM and depression, and the involvement of the central nervous system (CNS) in 6 patients is peculiar.

Conclusion: In pSS extra-glandular manifestations are frequent, can involve various organs and systems, and contribute to important morbidity. A careful and regular evaluation is necessary for its early detection and treatment.

### P132 – OBESITY AND BODY COMPOSITION

#### PARAMETERS IN SJÖGREN'S SYNDROME

Filipe Barcelos,<sup>1</sup> Alexandra Cardoso,<sup>2</sup>  
Rita Fernandes,<sup>2</sup> José Vaz Patto,<sup>3</sup> Luís Miranda,<sup>3</sup>  
Ana Teixeira<sup>3</sup>

1. Rheumatology Intern

2. Nutritionist

3. Rheumatologist, Instituto Português de Reumatologia

**Objetivos:** Os parâmetros da composição corporal são determinantes importantes da saúde geral e do risco cardiovascular de uma população. Os doentes reumáticos estão também em risco aumentado devido à inflamação crónica, embora doenças como o Síndrome de Sjögren (SSp) não tenham ainda atraído tanta atenção como a Artrite Reumatóide ou o Lupus Eritematoso Sistémico.

**Objetivos:** Avaliação da prevalência de obesidade e análise da composição corporal no SSp.

**Material e Métodos:** Foram avaliados 82 doentes de um único centro, tendo sido aferidos o Índice de Massa Corporal (IMC) e a composição corporal pela bioimpedância eléctrica. Foram determinadas a massa da gordura de corpo (MG), a massa livre de gordura (MLG) e a água corporal total (TBW). Foi definido Excesso de peso como IMC  $\geq$ 25Kg/m<sup>2</sup>, Obesidade como IMC  $\geq$  30Kg/m<sup>2</sup>, e Obesidade de Peso Normal («Normal Weight Obesity» – Síndroma NWO) como IMC <25 e MG  $\geq$  30%.

**Resultados:** A idade media foi de 58,2  $\pm$  11,8 anos.

Sessenta e dois doentes (75,6%) tinham excesso de peso, 26 doentes eram Obesos (31,7%) e 7 doentes (8,5%) tinham Síndrome NWO. A MG média foi de  $32,3 \pm 6,4\%$ , e 65 indivíduos (79,3%) tinham excesso de gordura corporal. A composição de água corporal foi em média de  $49,5 \pm 4,7\%$  e a MLG foi de  $67,7 \pm 6,4\%$ . Considerando valores normais acima de 60%, a maioria dos doentes (80 indivíduos - 97,6%) apresenta défice de água corporal. Mesmo considerando limites mais baixos, como 55% ou 50%, a maioria ainda mantém valores baixos de água corporal - 95,1% e 74,4% dos doentes, res-

pectivamente.

**Conclusões:** A prevalência de excesso de peso e obesidade é significativa na nossa amostra de SSp. Estão também presentes importantes alterações da composição corporal, como excesso de massa gorda e e défice de água corporal. Serão necessários mais estudos para aferir da eventual associação entre o défice de água corporal e as manifestações de secura ou outros sintomas do SSp. Também consideramos importante a avaliação dos factores de risco cardiovascular clássicos e emergentes no SSp.



## **SIMPÓSIOS-SATÉLITE**

SIMPÓSIOS - SATÉLITE

DIA 2 DE ABRIL • QUARTA-FEIRA

18h00 - 19h30 **IBANDRONATO – NOVAS EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA ANTI-FRACTURÁRIA**

CHAIRMAN:

Dr. Augusto Faustino, Reumatologista  
Instituto Português de Reumatologia

**Imagem e Laboratório na Osteoporose**

Dr. Augusto Faustino, Reumatologista  
Instituto Português de Reumatologia

**Nutrição em Osteoporose**

Dr. Custódio César, Nutricionista

**A Eficácia Anti-Fracturária do Ibandronato**

Dr. Domingos Sebastião, Medical Manager Roche

**Patrocínio Roche**

DIA 3 DE ABRIL • QUINTA-FEIRA

12h30 - 14h00 **BEST CHOICES, BETTER FUTURE**

PRESIDENTE:

Dr. José Canas da Silva, Reumatologista  
Hospital Garcia de Orta

**BeSt Evidence, Better choices**

Prof. Doutor José António Pereira da Silva, Reumatologista  
Hospitais da Universidade de Coimbra

**Golimumab: Moving ahead in TNF Blockade**

Dr. Freddy Cornillie  
Centocor

**Patrocínio Schering-Plough**

18h00 - 19h30 **CELEBREX-LYRICA PAIN SYMPOSIUM**

CHAIRMAN:

João Eurico Fonseca, MD, PhD, Rheumatology  
HSM, Lisbon

SPEAKERS:

Elham Rahme, PhD

Epidemiology, McGill University Health Centre, Montreal, Canada

Thomas R. Tölle, MD, PhD

Neurology, Technical University, Munich

18:00h

**Opening Remarks**

Prof. João Eurico Fonseca

**Risks and Benefits of COX-2 Inhibitors vs Non-Selective NSAIDs:**

**Does their Cardiovascular Risk exceed their Gastrointestinal Benefit?**

Prof. Elham Rahme

**painDETECT: a New Screening Questionnaire to Identify Neuropathic Components in Patients with Back Pain**

Prof. Thomas R Tölle

- 19:00h **Discussion (Q&A)**  
 19:30h **Take Home Messages**  
**Closing Remarks**  
 Prof. João Eurico Fonseca  
**Patrocínio Pfizer**
- 19h30 - 20h30 **CONFERÊNCIA «STRONTIUM RANELATE FLASHES: LATE BREAKING NEWS. RANELATO DE ESTRÔNCIO E NOVAS EVIDÊNCIAS»**  
 PALESTRANTE:  
 Prof.<sup>a</sup> Neveen Hamdy  
 Departamento de Endocrinologia e Doenças Metabólicas  
 Leiden University Medical Center  
 Holanda  
**Patrocínio Servier**

DIÁ 4 DE ABRIL • SEXTA-FEIRA

- 12h30 - 14h00 **ESPONDILOARTROPATIAS SERONEGATIVAS – AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO COM HUMIRA**  
 PALESTRANTE:  
 Prof. Eduardo Collantes Estévez  
 Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário «Reina Sofía»  
 Membro do Grupo ASAS.  
**Patrocínio Abbott**
- 18h00 - 19h30 **ABATACEPT – NOVO TRATAMENTO DA ARTRITE REUMATÓIDE**  
**ABATACEPT – A NEW TREATMENT FOR RHEUMATOID ARTHRITIS**  
 MODERADOR /CHAIRPERSON:  
 Prof. Dr. João Eurico Cabral da Fonseca  
 PALESTRANTES/FACULTY:  
 Prof. Dr. Luis Graça, MD  
 Dr. José Melo Gomes, MD  
 Dr. George Wells, MD
- 18h00 - 18h05 **Abertura/Opening**  
 Prof. Dr. João Eurico Cabral da Fonseca
- 18h05 - 18h25 **Abatacept – O Primeiro Modulador da Coestimulação das Células T/Abatacept – *The First Modulator of T Cells Co-Stimulation***  
 Prof. Dr. Luis Graça
- 18h25 - 18h45 **Abatacept na Artrite Reumatóide – Desenvolvimento clínico /Abatacept in RA – *Clinical Development***  
 Dr. José Melo Gomes
- 18h45 - 19h05 **Para além das Tradicionais Medidas de Eficácia/ *Beyond the Traditional Efficacy Measures***  
 Dr. George Wells
- 19h05 - 19h25 **Discussão**  
 19h25 - 19h30 **Encerramento**  
 Prof. Dr. João Eurico Cabral da Fonseca  
**Patrocínio BMS**

DIA 5 DE ABRIL • SÁBADO

---

- 12h30 - 14h00 **TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE.  
NOVAS RECOMENDAÇÕES SOBRE VITAMINA D**  
PRESIDENTE:  
Prof José A Pereira da Silva  
Serviço de Reumatologia dos HUC
- 12h30 - 12h40 **Introdução**
- 12h40 - 13h00 **Tratamento da Osteoporose: Novos Paradigmas de Avaliação do Risco**  
Dr.<sup>a</sup> Margarida Oliveira, Reumatologista  
Centro Hospitalar da Cova da Beira
- 13h00 - 13h40 **Papel do Fosavance no Tratamento Actual e Futuro da Osteoporose.  
Novas Recomendações sobre Vitamina D.**  
Dr.<sup>a</sup> Cristina Perico  
Departamento Médico MSD
- 13h40 - 13h50 **Discussão**
- 13h50 - 14h00 **Encerramento  
Patrocínio MSD**

ENCONTROS COM AS ASSOCIAÇÕES DE DOENTES

DIA 3 DE ABRIL • SALA LIRA

---

- 09h00 - 10h30 **Associação Nacional dos Doentes com Artrites e Reumatismos de Infância (ANDAI)**  
11h00 - 12h30 **Associação de Doentes com Lúpus**  
14h30 - 16h00 **Associação Nacional de Doentes com Artrite Reumatóide (ANDAR)**  
16h30 - 17h50 **Associação Nacional de Doentes com Espondilite Anquilosante (ANEA)**

DIA 4 DE ABRIL • SALA LIRA

---

- 09h00 - 10h30 **Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR)**  
11h00 - 12h30 **Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica (MYOS)**  
14h30 - 16h00 **Associação Nacional Contra a Osteoporose (APOROS)**  
16h30 - 18h00 **Associação Portuguesa de Osteoporose (APO)**

## INSCRIÇÕES E CONTACTOS

### ■ Organização do XIV Congresso Português de Reumatologia

#### Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Rua de D<sup>a</sup>. Estefânia, n<sup>o</sup> 177 1<sup>o</sup> D  
1000 -154 Lisboa

**Tel.:** 21 353 43 95 **Fax:** 21 778 24 65

**Carmen Semedo:** [carmensemedo@sapo.pt](mailto:carmensemedo@sapo.pt)

**E-mail:** [info@spreumatologia.pt](mailto:info@spreumatologia.pt)

**URL:** [www.spreumatologia.pt](http://www.spreumatologia.pt)

### ■ Secretariado do XIV Congresso Português de Reumatologia

#### Ideias ao Quadrado

Isabel Moita  
Rua Mariana Vilar, Bloco 1, Escritório 1A  
Parque Colombo  
1600-537 Lisboa

**Tel.:** 21 712 10 10 **Fax:** 21 715 90 66

**E-mail:** [isabelmoita@ideiasaoquadrado.com](mailto:isabelmoita@ideiasaoquadrado.com)

### ■ Inscrições / Alojamentos

#### Ideias ao Quadrado

Isabel Moita  
**Tel.:** 21 712 10 10 **Fax:** 21 715 90 66  
**E-mail:** [isabelmoita@ideiasaoquadrado.com](mailto:isabelmoita@ideiasaoquadrado.com)

### ■ Exposição Técnica

#### Ideias ao Quadrado

Paulo Martins  
**Tel.:** 21 712 10 16 **Fax:** 21 715 90 66  
**E-mail:** [pmartins@ideiasaoquadrado.com](mailto:pmartins@ideiasaoquadrado.com)

### ■ Reserva de Sponsorizações

#### Sociedade Portuguesa de Reumatologia

Rua de D<sup>a</sup>. Estefânia, n<sup>o</sup> 177 1<sup>o</sup> D  
1000 -154 Lisboa

**Tel.:** 21 353 43 95 **Fax:** 21 778 24 65

**Carmen Semedo:** [carmensemedo@sapo.pt](mailto:carmensemedo@sapo.pt)

**E-mail:** [info@spreumatologia.pt](mailto:info@spreumatologia.pt)

**URL:** [www.spreumatologia.pt](http://www.spreumatologia.pt)

## ADENDA AO PROGRAMA

---

### **MR11 – Artrite Reumatóide**

---

#### **MR11.1 – TRATAR HOJE A AR: OS FINS JUSTIFICAM OS MEIOS? A VISÃO DO REUMATOLOGISTA**

Jaime C. Branco

Serviço de Reumatologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa.

#### **MR11.2 – TRATAR HOJE A AR: OS FINS JUSTIFICAM OS MEIOS? PERSPECTIVA DE CUSTO-EFECTIVIDADE**

Vasco A. J. Maria

Faculdade de Medicina de Lisboa  
Presidente do INFARMED

Os novos medicamentos biológicos utilizados para tratar a AR são medicamentos de eficácia comprovada mas com um perfil de reacções adversas que exige vigilância. Atendendo à necessidade de um diagnóstico correcto, à fase avançada da doença e ao risco do próprio medicamento, a sua prescrição deverá ser restrita a profissionais com treino e experiência no tratamento desta doença.

O financiamento destes medicamentos pelo Estado tem sido um tema em análise a nível mundial, estando longe de ser consensual. Sendo indiscutível a eficácia destes medicamentos, de acordo com os ensaios clínicos publicados, a sua relação em termos de custo-efectividade é menos clara. De acordo com alguns autores os estudos publicados apresentam resultados

muito díspares. A consideração de diferentes variáveis na análise (perspectiva, horizonte temporal, características da população, etc.) origina resultados que tanto podem concluir por um rácio custo-efectividade dentro dos limites aceitáveis como por um rácio muito além desses limites. Face a estes resultados verifica-se a opção pela restrição da utilização a grupos que comprovadamente possam beneficiar destas terapêuticas.

A utilização das técnicas de custo-efectividade surge num contexto de crescimento acentuado da despesa com medicamentos, num ambiente de recursos limitados, com necessidade de efectuar escolhas.

Em conclusão, e apesar de não se questionar a eficácia destes medicamentos no âmbito dos ensaios clínicos, de forma a confirmar que os meios estão a ser aplicados aos melhores fins é imprescindível o conhecimento de resultados de efectividade, isto é, os resultados da utilização destes medicamentos na prática clínica. Para tal é necessária a colaboração de todos os intervenientes (prescritores, sociedades científicas, doentes e suas associações, titulares de AIM e instituições envolvidas/interessadas).

#### **MR11.3 – TERAPÊUTICA PERSONALIZADA DA AR – TAILORING RA TREATMENT**

Paul Peter Tak

Division of Clinical Immunology and Rheumatology. Academic Medical Center, University of Amsterdam. Amsterdão, Holanda.