



SESSÕES

Sessões

SESSÃO I - SNAPSHOTS EM REUMATOLOGIA / INSTANTÂNEOS REUMATOLÓGICOS

Current therapeutic algorithm in polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis

Cristina Ponte¹

¹ Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, EPE

The therapeutic approach for polymyalgia rheumatica (PMR) and giant cell arteritis (GCA) has evolved significantly in recent years, leading to improved management strategies and patient outcomes. In PMR, glucocorticoids remain the cornerstone, with initial low-dose prednisone. Personalized dosing is vital to balance symptom relief and minimize adverse effects. Disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) such as methotrexate, tocilizumab, and sarilumab have demonstrated effectiveness in reducing glucocorticoid dependence via immune modulation and IL-6 receptor inhibition. In GCA, prompt diagnosis and early treatment initiation are paramount. High-dose glucocorticoid therapy plays a pivotal role in preventing complications, such as visual impairment, and gradual glucocorticoid tapering is essential to manage long-term risks while sustaining disease control. Adjunctive use of conventional DMARDs like methotrexate, and/or biologic DMARDs, particularly tocilizumab, has become integral to the standard of care for GCA, resulting in noticeably decreased glucocorticoid-related adverse effects. Nevertheless, some patients may still relapse under this approach. Ongoing research is currently assessing alternative therapies, including upadacitinib, secukinumab, mavrilimumab, ustekinumab, guselkumab and anakinra. In conclusion, the treatment strategies for PMR and GCA are distinct and should be tailored according to the specific challenges posed by each condition. The therapeutic arsenal is evolving considerably beyond prolonged glucocorticoid usage, and this trend is anticipated to continue progressing in the years ahead.

Doença reumática inflamatória em idade pediátrica – o mesmo diagnóstico em idade adulta?

Raquel Marques¹

¹ Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, EPE

Inflammatory pediatric rheumatic diseases share many similarities with their adult counterparts, but they also exhibit distinct characteristics that set them apart. While both pediatric and adult patients can experience conditions like rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, and juvenile idiopathic arthritis, there are notable differences in their presentation, management, and long-term outcomes.

Moreover, the clinical presentation of these diseases can differ. Children with juvenile idiopathic arthritis, often exhibit distinct subtypes, and their symptoms can vary widely. Additionally, pediatric patients are more likely to experience systemic manifestations of their diseases, involving multiple organ systems, while adult-onset cases may be primarily localized.

Treatment strategies also diverge. The child's growth potential, development, and long-term effects of medications must be considered in children whereas adults may prioritize symptoms management. Medications used in children often need to be tailored to accommodate these factors.

In summary, while inflammatory rheumatic diseases may share commonalities between pediatric and adult populations, they are not identical. Recognizing these distinctions is crucial for providing optimal care, as it informs treatment decisions, prognostic assessments, and long-term monitoring strategies for patients in both age groups. Collaboration between pediatric and adult rheumatologists, along with ongoing research, is vital to improving the outcomes and quality of life for patients of all ages affected by these conditions.

Síndrome do túnel cárpico e amiloidose cardíaca por TTR

Ana Martins¹

¹ Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João

A síndrome do túnel cárpico (STC) é a neuropatia compressiva mais prevalente, afeta 1 a 5% da população e é mais comum em pacientes com idade superior a 50 anos. Embora várias patologias possam estar na origem ou aumentar o risco de STC, na maioria dos casos esta entidade é considerada idiopática.

Vários investigadores, ao estudarem o tecido sinovial e o tecido do ligamento transversal do carpo dos doentes com STC idiopática, identificaram uma elevada prevalência de depósitos de proteína amiloide, principalmente de transtirretina de tipo selvagem (TTRwt). A TTRwt pode-se depositar em vários órgãos, nomeadamente no coração, levando ao desenvolvimento de

insuficiência cardíaca, a complicação mais temível da amiloidose por TTRwt.

A amiloidose por TTRwt, uma entidade prevalente nos idosos, é frequentemente subdiagnosticada ou diagnosticada numa fase avançada da doença, o que lhe confere um mau prognóstico. A STC é uma manifestação frequente e precoce da amiloidose por TTRwt, surgindo previamente ao atingimento cardíaco. Assim, a pesquisa e a identificação de TTRwt no tecido sinovial dos doentes com STC idiopática pode permitir o diagnóstico precoce da amiloidose cardíaca por TTRwt e consequente início atempado de terapêutica eficaz, conduzindo a uma melhoria significativa do prognóstico destes doentes.

Fibromialgia vs síndrome da fadiga crónica vs longo COVID: serão a mesma doença?

Patrícia Pinto¹

¹Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

O síndrome da fadiga crónica e a fibromialgia são doenças crónicas, predominantes no sexo feminino, que se caracterizam por fadiga incapacitante e dor generalizada com palpação dolorosa, respetivamente. O diagnóstico destas duas patologias é baseado em critérios clínicos, sem biomarcadores.

O novo diagnóstico “Longo Covid” foi correlacionado com a fibromialgia e a encefalomielite miálgica por apresentar manifestações clínicas sobreponíveis, com as duas patologias

Nesta apresentação serão revistas as semelhanças e diferenças entre as três patologias nomeadamente nas manifestações clínicas, fisiopatologia, neurotransmissores, genética e resposta terapêutica.

COVID19 – doença e vacinação: origem e/ou agudização de um reumatismo inflamatório crónico?

Ana Rita Cruz-Machado¹

¹ Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, EPE

As of 20 august 2023, more than 750 million confirmed cases of COVID 19 have been reported to WHO and more than 13 billion vaccine doses have been administered. Since the early days of the pandemic, several studies reported on the risk and outcomes of COVID-19 in patients with inflammatory rheumatic diseases (IRD) considering the initial concerns of worse prognosis in this immunocompromised population. Subsequently, an increasing number of cases detailing the emergence of new-onset IRD following SARS-CoV-2 infection or vaccination have entered the discourse. The spectrum of IRD documented encompasses all categories, ranging

from inflammatory joint conditions like rheumatoid arthritis and spondyloarthritis to connective tissue diseases such as systemic lupus erythematosus and idiopathic inflammatory myopathies; not sparing vasculitis/poly-myalgia rheumatica and autoinflammatory syndromes, namely adult-onset Still’s disease, as well. Similarly, instances of exacerbation of pre-existing IRD triggered by either natural infection or anti-SARS-CoV-2 vaccination also appeared in the literature. Molecular mimicry, bystander activation and epitope spreading have been listed as the potential immunological mechanisms underlying these phenomena. It is important for the clinician to be aware of the possibility of these clinical events in order to ensure their prompt recognition and treatment. Nevertheless, it should be noted that they remain uncommon, and that mere temporal association does not imply direct causation. In what concerns COVID-19 vaccination in particular, its benefits clearly have demonstrated to outweigh the potential risks, making discouragement unwarranted.

SESSÃO II – ATUALIDADES NA ARTRITE REUMATOIDE

Artrite reumatóide difícil de tratar: conceito e manejo

João Lagoas Gomes¹

¹ Centro Hospitalar Tâmega Sousa

Rheumatoid Arthritis (RA) is a multifaceted autoimmune disease that poses significant challenges for rheumatologists. Remarkable advances in treatment options were seen during the last decades, substantially increasing the number of patients achieving remission or low disease activity. Despite this, there are still patients in which disease activity remains unbearably high, leading to disease progression.

As defined by the EULAR¹, difficult-to-treat RA (D2T RA) encompasses several facets, including treatment failure history, signs suggestive of active/progressive disease and rheumatologist and/or the patient’s perception of problematic management of disease signs and/or symptoms. D2T RA goes beyond uncontrolled inflammatory disease, as it is influenced by chronic pain, fatigue, comorbidities and adverse events which limit treatment options.

Some estimates of D2T RA prevalence have been published, ranging from 3 to 17% of all RA cases^{2,3}.

The first step in D2T RA management is to consider the possibility of misdiagnosis and/or the presence of a coexistent mimicking disease⁴. Composite measures of disease activity such as the DAS 28 or CDAI should be interpreted carefully, especially in the presence of

concomitant fibromyalgia. If there is doubt about the presence of persistent inflammation, ultrasound imaging should take place. Another point to consider is treatment adherence, which should be assessed and optimized. In patients who fail two consecutive b/ts DMARDs, especially TNF inhibitors, another mode of action has to be considered. Last but not least, non-pharmacological interventions should be applied to all patients, aiming at pain and fatigue reduction as well as functional disability improvement.

REFERENCES

1. Nagy G, Roodenrijs NM, Welsing PM, et al. EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis *Annals of the Rheumatic Diseases* 2021;80:31-35
2. Leon L, Madrid-Garcia A, Lopez-Viejo P, et al. Difficult-to-treat rheumatoid arthritis (D2T RA): clinical issues at early stages of disease. *RMD Open* 2023;9:e002842
3. Watanabe R, Motomu Hashimoto M, et al. Prevalence and predictive factors of difficult-to-treat rheumatoid arthritis: the KURAMA cohort, *Immunological Medicine* 2022, 45:1, 35-44
4. Nagy G, Roodenrijs NMT, Welsing PMJ, et al. EULAR points to consider for the management of difficult-to-treat rheumatoid arthritis *Annals of the Rheumatic Diseases* 2022;81:20-33

Na remissão clínica, a ecografia resolve as divergências de opinião entre médico e doente?

Joaquim Polido Pereira¹

¹ Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, EPE

A ecografia músculo-esquelética, em virtude do notório desenvolvimento tecnológico e do melhor treino dos profissionais de saúde que a utilizam tem-se revelado um exame complementar de diagnóstico de indubitável valor para o melhor manejo das doenças reumáticas inflamatórias. Este instrumento já demonstrou ser superior ao exame físico na deteção de alterações patológicas que permitem um diagnóstico mais precoce, na avaliação de atividade clínica e monitorização da resposta à terapêutica e até no estabelecimento do prognóstico. Estudos como o ARCTIC e TASER, contudo, não revelaram que a avaliação da atividade clínica por ecografia levasse a uma melhor eficácia clínica da terapêutica quando comparado com a monitorização convencional, utilizando em ambas uma estratégia *Treat-to-target*. Por outro lado, os índices de atividade da doença, incluem aspetos mais subjetivos, como a dor e perceção de atividade da doença pelo doente de AR, que podem ser condicionados por outras patologias concomitantes que também provocam dor. O contrário pode acontecer com doentes em remissão, nos quais se sabe que apresentam frequentemente atividade subclínica detetada por ecografia e a presença de Doppler correlaciona-se com dano estrutural. Outros métodos de deteção da

microvascularização, mais sensíveis que o Doppler, como a ecografia com contraste ou o *Superb Microvascular Imaging* podem ser úteis em identificar mais doentes com atividade subclínica e permitir, nos doentes em remissão, uma seleção mais eficiente dos candidatos a redução terapêutica.

Estratégias de redução terapêutica e preditores de recidiva

Cátia Duarte¹

¹ Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido a uma alteração significativa do prognóstico dos doentes com Artrite Reumatoide (AR). A disponibilidade de novos fármacos, com diferentes mecanismos de ação, o diagnóstico precoce permitindo a instituição de terapêutica eficaz em fases iniciais da doença alicerçada numa estratégia *Treat-to-Target* têm contribuído para esta alteração de paradigma. A remissão sustentada é agora um objetivo realista nos doentes com AR.

A abordagem dos doentes em remissão sustentada tem sido alvo de investigação e discussão, considerando-se a redução de DMARDs ou até mesmo a sua descontinuação neste subgrupo de doentes muito promissoras. Aproximadamente um terço dos doentes em remissão pode reduzir ou suspender a medicação DMARD sem recidiva ao fim do primeiro ano.

A definição de fatores preditores de recidiva em doentes em remissão quando se procede à redução (ou mesmo suspensão) de DMARDs é determinante para a identificação de doentes elegíveis.

Diversas estratégias têm sido avaliadas incluindo a redução progressiva do fármaco de forma dinâmica ajustada à resposta do doente ou mesmo a suspensão abrupta. A “ordem” de suspensão de fármacos também tem sido alvo de investigação.

Nesta apresentação será discutida a abordagem dos doentes com AR em remissão sustentada, focando-se as diversas estratégias disponíveis, no seu impacto em diversos *outcomes* e os fatores preditores de recidiva.

SESSÃO III – HOT TOPICS NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Pode ser agrupado em 4 subtipos distintos?

Diogo Jesus^{1,2}

¹ Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Leiria

² Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

A avaliação da atividade do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é fundamental para monitorizar a evolução da

doença ao longo do tempo, orientar decisões terapêuticas, selecionar doentes para ensaios clínicos e avaliar eficácia às terapêuticas.

De acordo com as recomendações de tratamento EULAR publicadas em 2019, a atividade do LES deve ser estratificada em 4 subgrupos: (1) remissão/baixa atividade, (2) atividade ligeira, (3) atividade moderada e (4) atividade severa. Atualmente, os índices de atividade mais utilizados na prática clínica e ensaios clínicos (SLEDAI-2K e BILAG 2004) apresentam limitações que dificultam a estratificação nestes subgrupos de atividade: o SLEDAI-2K é constituído por parâmetros pontuados de forma dicotómica, impossibilitando a categorização de severidade de cada manifestação, e não inclui várias manifestações potencialmente severas; o BILAG 2004 apresenta definições de severidade subjetivas e é um índice de natureza transicional, fazendo com que o mesmo grau de atividade possa ser categorizado em subgrupos diferentes.

O SLE-DAS é um novo índice para medir a atividade do LES, constituído por 17 parâmetros clínicos e laboratoriais, incluindo parâmetros contínuos para artrite, proteinúria, trombocitopenia e leucopenia. Em análises realizadas com dados de vida real e ensaios clínicos, o SLE-DAS tem demonstrado elevada performance para categorizar a atividade do LES nos subgrupos definidos pelas recomendações EULAR.

Nesta apresentação será discutida a capacidade do SLEDAI-2K, do BILAG 2004 e do SLE-DAS para categorizar o LES nos subgrupos de atividade propostos pela EULAR, facilitando a monitorização, instituição terapêutica e seleção de doentes para ensaios clínicos.

Hot Topics no Lúpus eritematoso sistémico: O T2T é já uma realidade na estratégia terapêutica

Luís Sousa Inês^{1,2}

¹ Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

² Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

As recomendações EULAR de 2023 para o tratamento do Lúpus eritematoso sistémico (LES) estabelecem que a estratégia atual de tratamento dos doentes com LES consiste em: (1) efetuar o diagnóstico precoce; (2) iniciar imediatamente o tratamento; (3) ter como alvo alcançar a remissão da atividade do LES com a maior brevidade possível em cada doente; (4) monitorizar regularmente para rastreio do envolvimento de cada órgão-alvo; (5) assegurar estrita adesão ao tratamento. A execução com sucesso desta estratégia é fundamental para prevenir flares e dano orgânico irreversível, melhorar o prognóstico e otimizar a qualidade de vida dos doentes. Esta estratégia terapêutica implica a utilização de uma

definição operacional objetiva do alvo terapêutico, para verificar o seu cumprimento em cada consulta e orientar o ajuste do tratamento para alcançar e manter a remissão (treat to target – T2T).

Os avanços recentes nos fármacos e esquemas terapêuticos disponíveis para o LES, permite atualmente uma mudança de paradigma quanto à utilização dos fármacos e à expectativa de sucesso da estratégia T2T, incluindo a redefinição das doses e duração aceitável de corticoterapia em doentes com LES.

Nesta sessão, serão apresentados: (1) os novos paradigmas terapêuticos indicados nas recomendações EULAR 2023; (2) as estratégias atuais para operacionalizar a T2T no LES; (3) o impacto do cumprimento sustentado do alvo terapêutico T2T no prognóstico dos doentes com LES; (4) a realidade atual do cumprimento do T2T na população de doentes com LES.

Hidroxicloroquina: monitorização e duração do tratamento

Bruno Miguel Fernandes¹

¹ Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de São João

A hidroxicloroquina (HCQ) é um fármaco basilar no tratamento dos doentes com lúpus eritematoso sistémico (LES). Trata-se de um antimalárico, derivado da quinina, com múltiplos e não totalmente esclarecidos mecanismos de ação. Assume um papel de particular relevo no controlo das manifestações articulares e cutâneas do LES, mas os benefícios são amplamente sistémicos, destacando-se: a redução da mortalidade, da atividade, do dano e dos *flares* da doença e a redução dos riscos cardiovascular, trombótico, de infeção grave, de progressão para doença renal terminal e de maus *outcomes* obstétricos.

É considerado um fármaco seguro e bem tolerado, no entanto, podem verificar-se efeitos adversos, sendo a intolerância gastrointestinal o mais comum e a toxicidade ocular o mais temido. O risco de toxicidade retiniana é dose e tempo dependente, sendo baixo na ausência de outros fatores de risco (<1% nos primeiros 5 anos de tratamento). A utilização da HCQ na dose recomendada atualmente (até 5mg/kg/dia) e uma vigilância oftalmológica adequada diminuem o risco de retinopatia.

Ainda que a monitorização dos níveis sanguíneos da HCQ não esteja amplamente disponível, a mesma poderá ter interesse na avaliação da adesão ao tratamento. Os baixos níveis plasmáticos de HCQ (documentados num elevado número de doentes com LES) foram associados a uma maior ocorrência de *flares*.

A suspensão da HCQ em doentes com LES foi associada ao aumento dos *flares*, pelo que o fármaco deverá ser utilizado universalmente e mantido indefinidamente, com a devida monitorização e desde que não se verifique qualquer contra-indicação.

SESSÃO IV – IMAGIOLOGIA NAS DOENÇAS REUMÁTICAS: NOVOS CONCEITOS

Oportunidades de despiste de osteoporose nas TC toracoabdominais e raquidianas

Pedro Lameira¹

¹ Serviço de Radiologia do CHVNG-E

A osteoporose representa um importante problema de saúde pública, com graves consequências decorrentes da sua associação com a ocorrência de fraturas de fragilidade, conduzindo a um aumento das taxas de mortalidade e morbidade dos pacientes afectados, e um importante impacto financeiro associado aos custos directos e indirectos desta patologia.

Apesar das suas consequências, e da existência de métodos e *guidelines* estabelecidos para o seu diagnóstico, a osteoporose permanece subdiagnosticada e subtratada. Os estudos de tomografia computadorizada (TC), solicitados por outras indicações clínicas, representam uma oportunidade para identificar pacientes de risco que possam beneficiar de abordagens diagnósticas ou terapêuticas dirigidas para a osteoporose, sem custos, gastos de tempo ou exposição a radiação adicionais.

Dos achados mais relevantes que podem contribuir para o despiste de osteoporose nas TC toracoabdominais e raquidianas destacam-se: a presença de fraturas vertebrais incidentais e a quantificação da densidade do osso trabecular das vértebras lombares expressa em unidades de *Hounsfield* (HU).

A presença de fraturas vertebrais incidentais nos estudos de TC, no adequando contexto clínico, pode ser compatível com o diagnóstico de osteoporose e deve ser adequadamente valorizada pelo radiologista que interpreta estes exames de forma a otimizar a abordagem destes pacientes. Em relação ao papel da avaliação da densidade do osso trabecular nas vértebras lombares, nomeadamente na primeira vértebra lombar, expresso em HU, estudos recentes têm demonstrado a sua utilidade como um marcador para a identificação de pacientes com baixa densidade mineral óssea que apresentam um risco aumentado de osteoporose.

Ressonância magnética cardíaca nas doenças reumáticas inflamatórias sistémicas

Teresa Pinho¹

¹ Cardiologia, Centro Hospitalar de São João

A doença cardiovascular continua a ser muitas vezes silenciosa e a estar subdiagnosticada nas doenças reumatológicas, contribuindo para uma morbidade e

mortalidade acrescida.

O processo aterosclerótico acelerado constitui a principal causa de mortalidade, em especial nas artrites inflamatórias.

Os fatores de risco cardiovasculares clássicos em associação com o estado inflamatório crónico subjacente estão na génese deste fenómeno. A isquemia microvascular e macrovascular, a doença valvular e o desenvolvimento de fibrose miocárdica representam a maioria da doença cardiovascular nas doenças reumáticas sistémicas. A identificação precoce do envolvimento cardíaco constitui uma meta fundamental no seguimento destes doentes, no intuito da melhoria de sobrevida.

A ressonância magnética cardíaca é uma técnica de imagem robusta, não invasiva, sem utilização de radiação ionizante, que complementa a informação inicialmente obtida pela ecocardiografia. Constitui o *gold standard* na avaliação de parâmetros volumétricos e de função ventricular, permitindo ainda a caracterização de massas, o estudo da patologia do pericárdio e avaliação de patologia vascular. A possibilidade de realização de estudos de perfusão miocárdica e de caracterização miocárdica tecidual não invasiva permitem a avaliação de inflamação, isquemia e fibrose, constituindo um importante método de diagnóstico nos doentes com doenças reumáticas inflamatórias sistémicas, em particular que apresentem sintomatologia de insuficiência cardíaca, angina ou arritmias.

O papel da RM cardíaca na avaliação de doentes assintomáticos com doenças reumáticas inflamatórias sistémicas permanece ainda tema de debate carecendo de investigação clínica adicional em estudos prospetivos.

A ecografia permite diferenciar as entesopatias degenerativas das inflamatórias?

Marcos Cerqueira¹

¹ Serviço de Reumatologia, Hospital de Braga

A entesite tem sido descrita como lesão cardinal na fisiopatologia das Espondilartrites sendo que o stress biomecânico nas enteses, com desregulação imunitária local, pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento da doença.

A ecografia tem sido progressivamente mais utilizada na prática clínica na Reumatologia não apenas para auxílio ao diagnóstico de artropatias inflamatórias, mas também para monitorização de atividade de doença.

O grupo de estudo OMERACT define como lesões de entesite a presença de hipocogenicidade e/ou aumento de espessura da entese dentro da distância de 2mm da cortical óssea, atribuindo à presença de sinal Doppler o significado de lesão activa e à presença de erosões e entesófitos/calcificações o de lesões estruturais.

Esta definição pode levantar alguns problemas de aplicabilidade e de especificidade, nomeadamente pela variabilidade interobservador na consideração dessas lesões. Além disso, algumas alterações, como a hipocogénica e o aumento de espessura, podem ser encontradas com frequência em indivíduos sujeitos a stress físico crónico ou com idade mais avançada.

Com esta apresentação propõe-se, por um lado, fazer uma discussão sobre a avaliação ecográfica das enteses, refletindo acerca da sua utilidade e enquadramento na avaliação do doente com diagnóstico ou suspeita de uma Espondilartrite. Por outro lado, discute-se a capacidade da ecografia de distinção etiológica das alterações de entesite.

SESSÃO V - ESPONDILARTRITE AXIAL EM 2023

Que instrumento(s) na avaliação da atividade de doença: BASDAI, ASDAS e/ou SASDAS

Mary Lucy Marques^{1,2}

¹ Leiden University Medical Center, Leiden, Países Baixos

² Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Na espondiloartrite axial (axSpA) a avaliação da atividade de doença é vital para o adequado seguimento clínico e decisão terapêutica. Três instrumentos aplicáveis neste contexto são: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI); Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS); e Simplified ASDAS (SASDAS).

O BASDAI compreende seis questões sobre fadiga, dor na coluna, dor nas articulações periféricas, áreas dolorosas à palpação, intensidade e duração da rigidez matinal. É exclusivamente preenchido pelo doente, simples e de rápida aplicação. Contudo, apresenta limitações: questões redundantes, o mesmo “peso” é atribuído a diferentes variáveis e não inclui medidas objetivas.

O ASDAS foi concebido para colmatar as limitações do BASDAI. Além da avaliação da dor na coluna, dor periférica e rigidez matinal (questões 2, 3 e 6 do BASDAI), inclui a avaliação global do doente e os reagentes de fase aguda (proteína C-reativa [PCR] ou velocidade de sedimentação). Cada questão possui “peso” relativo. O ASDAS tem melhor capacidade discriminativa que o BASDAI, elevada sensibilidade à mudança e associa-se longitudinalmente com lesões inflamatórias (RMN) e dano estrutural radiográfico da coluna.

O SASDAS foi desenvolvido como versão simplificada do ASDAS, para facilitar a sua aplicação. Porém, correlaciona-se fortemente com o ASDAS apenas nas variáveis quantitativas e parece classificar uma menor proporção

de doentes com doença inativa ou baixa atividade.

O ASAS ‘core set’ adota o ASDAS-PCR na avaliação da atividade de doença na axSpA (ensaios clínicos). Na prática clínica, a escolha entre instrumentos depende de vários fatores: preferência do reumatologista, perfil do doente e contexto clínico específico.

Progressão estrutural: avaliação e impacto dos diferentes mecanismos de ação terapêutica

Pedro David Carvalho^{1,2}

¹Hospital Particular do Algarve, Faro (Gambelas)

²Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML), Lisboa

A progressão estrutural é um assunto de particular importância nas espondilartrites (SpA) axiais. A sua importância justifica-se por representar um dano teoricamente irreversível uma vez instalado, e por ter demonstrado estar associada à perda de mobilidade e, por intermédio desta, a outros domínios da doença como a capacidade funcional em doentes com longa evolução de doença.

Para a avaliação do dano estrutural destes doentes recorre-se classicamente à radiografia convencional, apesar de outros exames de imagem estarem em estudo para esse fim. Ao contrário da evidência existente quanto à eficácia no controlo da atividade da doença para os tratamentos atualmente disponíveis, a evidência quanto à sua eficácia na prevenção do dano estrutural é mais escassa. Como é evidente, pode questionar-se quanto à verdadeira eficácia das terapêuticas na prevenção da progressão do dano estrutural, mas o facto de esta progressão ser muito lenta é sem dúvida um fator limitante a ter em conta.

Quanto à evidência disponível para as diversas opções terapêuticas no que respeita ao seu efeito na progressão do dano estrutural, existem dados disponíveis para os anti-inflamatórios não esteroides e terapêuticas biotecnológicas. Os primeiros demonstraram diminuir a progressão do dano estrutural em populações específicas de doentes com SpA axial. Apesar do mecanismo de ação dos anti-TNF fazer prever um efeito favorável na prevenção do dano estrutural, os primeiros estudos geraram dados conflituosos. Além destes dados, esta comunicação oral abordará a evidência mais recente quanto ao efeito dos agentes biotecnológicos e pequenas moléculas na progressão de dano estrutural.

Na remissão, que estratégia de remissão terapêutica?

Helena Santos¹

¹ Instituto Português de Reumatologia

A espondilartrite axial (axSpA) é uma doença reumática inflamatória crónica que afeta predominantemente

o esqueleto axial. O objetivo central no tratamento da axSpA consiste em alcançar e manter a remissão clínica ou baixa atividade de doença. Quando o tratamento com anti-inflamatórios não-esteroides não é suficiente, os *biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs* (bDMARDs) emergem como a opção terapêutica atual. No entanto, a administração prolongada de bDMARDs é dispendiosa e pode estar associada a um aumento do risco de efeitos adversos, devido à imunossupressão prolongada.

Em resposta a esses desafios, o grupo Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) em colaboração com a EULAR, recomenda a redução da terapêutica com bDMARDs em doentes que se encontrem em remissão sustentada. Especificamente, essa abordagem deve ser aplicada em doentes com doença inativa por um período mínimo de seis meses, avaliada pelo Ankylosing Spondylitis Disease Activity score (ASDAS). A estratégia de redução não está especificada, podendo constar de uma diminuição da dose, na maioria dos estudos para cerca de metade, ou de um aumento do intervalo entre administrações.

Vários estudos recentes suportam a estratégia de redução de bDMARDs em doentes com axSpA, que se encontrem em remissão sustentada. A maioria dos doentes submetidos à redução de um inibidor do TNF (TNFi) mantêm a remissão ou a baixa atividade de doença. No entanto, a percentagem de *flares* parece ser superior nos doentes em que é reduzida a terapêutica com TNFi. Esses *flares* geralmente respondem bem à terapêutica convencional. O tempo total de tratamento com TNFi antes da redução e a ausência de manifestações periféricas e extra músculo-esqueléticas, podem influenciar a manutenção da baixa atividade de doença após a redução desta terapêutica.

Em contrapartida, a descontinuação de bDMARDs em doente em remissão sustentada leva a uma elevada percentagem de recaídas, pelo que esta estratégia não é aconselhada e deve ser uma decisão partilhada com o doente.

REFERÊNCIAS

1. Navarro-Compán V, Plasencia-Rodríguez C, de Miguel E, et al. Anti-TNF discontinuation and tapering strategies in patients with axial spondyloarthritis: a systematic literature review. *Rheumatology* 2016;55(7):1188–94.
2. Michielsens CAJ, den Broeder N, Mulder MLM, van den Hoogen FHJ, Verhoef LM, den Broeder AA. Tumour necrosis factor inhibitor dose adaptation in psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis (TAPAS): a retrospective cohort study. *Rheumatology* 2022;61(6):2307–15.
3. Van Der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2017;76(6):978–91.
4. Gratacós J, Pontes C, Juanola X, et al. Non-inferiority of dose reduction versus standard dosing of TNF-inhibitors in axial spon-

dyloarthritis. *Arthritis Res Ther* 2019;21(1):11.

5. Michielsens CAJ, den Broeder N, van den Hoogen FH, et al. Treat-to-target dose reduction and withdrawal strategy of TNF inhibitors in psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis: a randomised controlled non-inferiority trial. *Ann Rheum Dis [Internet]* 2022;81(10):1392–9.

SESSÃO VI - SERÁ QUE JÁ CONSEGUIMOS PREVENIR O APARECIMENTO DAS DOENÇAS REUMÁTICAS INFLAMATÓRIAS CRÓNICAS?

Conseguiremos prevenir o aparecimento da artrite reumatoide ao tratar a pré-artrite reumatoide?

Vasco C. Romão¹

¹ Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, EPE

A pré-artrite reumatoide representa um período crucial no curso da artrite reumatoide, oferecendo uma janela de oportunidade para intervenções terapêuticas que podem alterar significativamente o curso da doença. Esta palestra aborda o estado atual do tratamento da pré-artrite reumatoide e as potenciais estratégias de prevenção da artrite reumatoide.

Serão discutidos os mais recentes avanços no diagnóstico precoce da pré-artrite reumatoide, incluindo biomarcadores sanguíneos e da membrana sinovial. Será dada ênfase à importância de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo reumatologistas, médicos de família, enfermeiros e outros profissionais de saúde, para identificar os doentes em risco e iniciar intervenções precoces.

Serão também apresentadas potenciais estratégias de prevenção da artrite reumatoide em indivíduos de risco. Serão discutidos os dados mais recentes sobre fatores de risco modificáveis, como tabagismo, obesidade e sedentarismo, e como intervenções precoces podem reduzir a incidência da doença. Neste sentido, serão exploradas as terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas mais promissoras para a pré-artrite reumatoide, com especial enfoque nas terapêuticas modificadoras da doença convencionais e biotecnológicas. Será também abordada a importância da educação do doente para o manejo da doença e um estilo de vida saudável.

Em conclusão, esta palestra oferecerá uma visão abrangente das abordagens mais recentes no tratamento e prevenção da (pré-)artrite reumatoide. Através da colaboração entre profissionais de saúde e doentes, almejamos poder transformar a trajetória desta doença incapacitante, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

A esclerose sistémica ao tratar doentes em fase pré-clínica?

Tânia Santiago¹

¹ Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A Esclerose Sistémica (ES) é uma doença crónica multissistémica do tecido conjuntivo com um enorme impacto pessoal e social. Associa-se a uma elevada morbilidade e mortalidade, particularmente a forma cutânea difusa.

A heterogeneidade clínica desta doença rara coloca desafios ao doente e ao clínico, particularmente no que diz respeito ao envolvimento de órgãos internos. Tor-na-se por isso essencial reconhecer e identificar as fases precoces da doença, para iniciar tratamento antes que ocorra progressão da fibrose da pele ou envolvimento de outros órgãos, como por ex. pulmão ou coração. Alguns estudos demonstraram que existe já envolvimento de vários órgãos em fases pré-clínicas da doença. No entanto, não existem dados de evidencia científica sobre a prevenção ou tratamento destas manifestações.

A integração de dados biológicos (ou seja, genómica, proteómica, e microbioma intestinal e da pele) poderá contribuir para melhorar a capacidade de refinar os fenótipos da doença e o tratamento personalizado.

Nos últimos 5 anos ocorreu um avanço significativo no reconhecimento de fases precoces da ES bem como dos fatores de riscos de progressão para uma forma clinicamente manifesta. Esta fase precoce representa sem dúvida uma janela de oportunidade em que o trata-

mento da doença é mais eficaz. A validação dos critérios de *Very Early Diagnosis of Systemic Sclerosis* proporciona uma oportunidade para identificar estes doentes em fases de doença muito precoce permitindo estudar terapêuticas preventivas.

A artrite psoriática ao tratar mais efetivamente a psoríase cutânea ou em fases pré-clínicas?

Elsa Vieira de Sousa¹

¹ Serviço de Reumatologia – Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, EPE

Psoriatic arthritis (PsA) emerges in the majority of patients after the advent of psoriasis (Pso). Pso is therefore positioned as an effective clinical biomarker for the prediction of PsA. The mechanisms underlining the psoriasis- to- PsA transition are however still a matter of debate. Nevertheless, a unique opportunity to prevent PsA is nowadays foreseen, thanks to the availability of highly effective therapies for both skin and musculoskeletal manifestations that can be used, even before the first subclinical manifestations of PsA can be identified. The concept of PsA interception is for that reason, at the moment, widely discussed. If such potentially preventive strategies act as a modulator of phenotypes or as a true disease cure is a very interesting and challenging question. Furthermore, exploring pathways bridging skin to synovial-entheseal inflammation, as well as large population long-term studies and prospective clinical trials are required, for the clarification of this topic.