

ROMANIAN JOURNAL OF
RHEUMATOLOGY

Vol. XXX, 2021, Supliment

**VOLUM
REZUMATE**



**CONGRESUL NAȚIONAL
DE REUMATOLOGIE**

24-25 septembrie 2021

Poiana Brașov

www.srreumatologie.ro

ISSN 1843-0791
e-ISSN 2069-6086
ISSN-L 1843-0791



9 771843 079003



PARTENERI și SPONSORI



abbvie



NOVARTIS

Lilly



AMGEN®



**SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE REUMATOLOGIE**

**AL XXVII-LEA
CONGRES NAȚIONAL
DE REUMATOLOGIE
cu participare internațională**

**VOLUM DE
REZUMATE**

Poiana Brașov

24-25 septembrie 2021

**SOCIETATEA ROMÂNĂ
DE REUMATOLOGIE**

COMITETUL DIRECTOR

PREȘEDINTE

Cătălin CODREANU

PREȘEDINTE ALES

Simona REDNIC

PREȘEDINTE ÎN RETRAGERE

Ruxandra IONESCU

SECRETAR GENERAL

Magda PÂRVU

TREZORIER

Elena REZUȘ

COMITET ȘTIINȚIFIC

Codrina ANCUȚA
Andra BĂLĂNESCU
Florian BERGHEA
Mihai BOJINCĂ
Cătălin CODREANU
Paulina CIUREA
Ruxandra IONESCU
Răzvan IONESCU
Claudia MIHAILOV
Corina MOGOȘAN
Daniela OPRIȘ-BELINSKI
Magda PÂRVU
Horățiu POPOVICIU
Denisa PREDEȚEANU
Simona REDNIC
Elena REZUȘ
Siao-Pin SIMON
Florin VREJU

*Societatea Română de Reumatologie nu își asumă responsabilitatea
conținutului științific al rezumatelor, care revine integral fiecărui
colectiv de autori.*

MESAJ DE INVITAȚIE

*Societatea Română de Reumatologie are plăcerea să vă invite la
Congresul Național de Reumatologie, care se va desfășura în perioada
24-25 septembrie 2021, la Poiana Brașov.*

*Dupa o pauza de un an, cauzata de COVID-19, reluam organizarea
anuala a congreselor nationale de reumatologie.*

*A XXVII-a ediție promite a fi nu doar un eveniment de cea mai înaltă
ținută științifică, dar mai ales prilejul de a redeveni o comunitate, de a
fi din nou IMPREUNA.*

*Prof. Dr. Cătălin CODREANU
Președintele Societății Române de Reumatologie*

CONGRESUL NAȚIONAL DE
REUMATOLOGIE

24-25 SEPTEMBRIE 2021

PROGRAM

Vineri 24.09.2021

Hotel SPORTUL

09⁰⁰ – 10³⁰ : COVID-19: IMPACTUL ASUPRA MANAGEMENTULUI BOLILOR REUMATICE

Moderator: Cătălin Codreanu

Valoarea vaccinării pentru profilaxia infecțiilor respiratorii la pacienții cu boli reumatice - *Victoria Arama*

EULAR recommendations for the management of RMD in the context of SARS-CoV-2 - *Daniel Aletaha (Viena)*

10³⁰ – 11⁰⁰ : Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰ : ARTRITA REUMATOIDĂ (I)

Moderator: Cătălin Codreanu

Artrita reumatoidă - de la factori de predispoziție la distrucții articulare - *Cătălin Codreanu*

Obiective neîndeplinite în artrita reumatoidă - *Elena Rezuș*

Rheumatoid arthritis - disease management in 2021. What is new? - *Josef Smolen (Viena)*

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 15³⁰ : „ROLE PLAY” ÎN REUMATOLOGIE: PREZENTĂRI INTERACTIVE DE CAZURI CLINICE DIFICILE

Moderator: Denisa Predețeanu

Denisa Predețeanu, Laura Groseanu, Mădălina Duna

15³⁰ – 16⁰⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : ARTRITA REUMATOIDĂ (II)

Moderator: Cătălin Codreanu

Perspective terapeutice în artrita reumatoidă - *Siao Pin Simon*

Jakinibs vs bDMARDs – Efficacy and Safety - *Roy Fleischmann (Dallas)*

Hotel ALPIN

09⁰⁰ – 10³⁰ : COVID-19: IMPACTUL ASUPRA MANAGEMENTULUI BOLILOR REUMATICE

Moderator: Simona Rednic

Pneumopatie interstițială difuză în colagenoze și COVID 19: o relație complexă - *Simona Rednic*

EULAR COVID-19 and COVAX Registries Update - *Pedro Machado (Londra)*

10³⁰ – 11⁰⁰ : Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰ : LUPUS IN FABULA: SĂ VORBIM DESPRE LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC

Moderator: Simona Rednic

Actualități în nefrita lupică - *Ruxandra Ionescu*

The burden of disease in SLE: the patient point of view - *Marta Mosca (Pisa)*

Terapia medicamentoasă în lupusul eritematos sistemic: ce e vechi și păstrat, ce e nou și preluat - *Simona Rednic*

Sarcina în lupusul eritematos sistemic - *Cristina Pamfil*

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 15³⁰ : ACTUALITĂȚI ÎN SPONDILOARTRITE

Moderator: Ruxandra Ionescu

Spondilartritele axiale: concept, clasificare și diagnostic precoce - *Laura Muntean*

Functional impairment or clinical activity – Their impact on treat-to-target outcomes in axSpA - *Xenofon Baraliakos (Herne)*

Impactul manifestărilor extraarticulare asupra obiectivelor treat-to-target în spondilartritele axiale - *Ruxandra Ionescu*

15³⁰ – 16⁰⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : SPONDILOARTRITE: SCENARIII CLINICE

Moderator: Paulina Ciurea

Pacientul cu spondilartrită și entezită, de la diagnostic la tratament - *Florentin Vreju*

Pacientul cu spondilartrită și boli inflamatorii intestinale - *Daniela Opris Belinski*

Uveita în spondilartrite: repere diagnostice și terapeutice - *Codrina Ancuța*

Hotel TELEFERIC

09⁰⁰ – 10³⁰ : COVID-19: IMPACTUL ASUPRA MANAGEMENTULUI BOLILOR REUMATICE

Moderator: Ruxandra Ionescu

Experiența Spitalului Clinic de Boli infecțioase cluj privind managementul pacienților cu boli reumatice și COVID-19 - *Mihaela Lupse*

COVID-19 and its impact on rheumatology practice. The Italian experience - *Ennio Favalli (Milano)*

10³⁰ – 11⁰⁰ : Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰ : ARTROPATIA PSORIAZICĂ: DOMENIILE BOLII

Moderator: Andra Bălănescu

Afectarea articulară în artrita psoriazică – un caleidoscop provocator - *Ileana Filipescu și Andra Bălănescu*

Semnificația entezitei și dactilitei în artropatia psoriazică - *Magda Pârvu*

Artropatia psoriazică din perspectiva dermatologului - *Cătălin Popescu*

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 15³⁰ : ARTROPATIA PSORIAZICĂ: EVALUAREA BOLII

Moderator: Magda Pârvu

Părerea pacientului în evaluarea artropatiei psoriazice - o nouă dimensiune? - *Andra Bălănescu*

Evaluarea artropatiei psoriazice: divizăm sau înglobăm? - *Magda Pârvu*

Abordarea comorbidităților din artropatia psoriazică - *Liana Chicea*

15³⁰ – 16⁰⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : DUREREA ȘI ARTROZA: DE LA CONCEPT LA SOLUȚII TERAPEUTICE

Moderator: Elena Rezuș

Durerea și artroza: cunoaștem oare boala? - *Elena Rezuș*

Durerea și artroza: solutii terapeutice vechi si noi - *Corina Mogoșan*

Terapia non-farmacologică în durere și artroză: de ce, cum și când - *Horațiu Popoviciu*

Sâmbătă 25.09.2021

Hotel TELEFERIC

09⁰⁰ – 10³⁰ : INCENDIU SAU FOC MOCNIT: DESPRE SINDROAMELE AUTOINFLAMATORII

Moderator: Simona Rednic

Autoinflamația față în față cu autoimunitatea - *Simona Rednic*

Manifestări clinice și diagnostic în bolile autoinflamatorii - *Laura Damian*

Urmărire și principii de tratament în bolile autoinflamatorii - *Cristina Pamfil*

10³⁰ – 11⁰⁰ : Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰ : MEDICINA PERSONALIZATĂ ÎN REUMATOLOGIE

Moderator: Andra Bălănescu

Este medicina personalizată calea spre succesul terapeutic? - *Magda Pârvu*

Durerea post-remisie și personalizarea terapiilor biologice - *Florian Berghea*

Personalised medicine in rheumatology – myth or reality? - *Peter Taylor (Oxford)*

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 15³⁰ : BIOSIMILARELE ÎN ACTUALITATE

Moderator: Cătălin Codreanu

Conceptul de biosimilare - *Andra Bălănescu*

Biosimilarele: date din registrele de pacienți - *Simona Rednic*

Biosimilars: from studies to everyday practice - *Eduardo Mysler (Buenos Aires)*

Recomandările Societății Române de Reumatologie privind utilizarea biosimilarelor - *Cătălin Codreanu*

15³⁰ – 16⁰⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : ADUNAREA GENERALĂ a SRR

Închiderea lucrărilor congresului

Hotel ALPIN

09⁰⁰ – 10³⁰ : PUZZLE-URI DIFICILE ÎN REUMATOLOGIE - CE ÎNVĂȚĂM DIN EXPERIENȚA CLINICĂ

Moderator: Denisa Predețeanu

Schimbări de paradigma în pneumopatia interstițială fibrozantă din sclerodermie - ce am învățat în pandemie? - *Anca Mușetescu*

Versatilitatea miozitelor - aceasta se întâmplă numai altora - *Monica Chiș*

Provocări și abordare multidisciplinară în tratamentul spondilartritelor - *Claudiu Avram*

10³⁰ – 11⁰⁰ : Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰ : PNEUMOPATIILE INTERSTIȚIALE DIFUZE DIN COLAGENOZE: O PERSPECTIVĂ CLINICO - IMAGISTICĂ

Moderator: Simona Rednic

Pneumopatia interstițială din sclerodermia sistemică - *Laura Groseanu*

Pneumopatia interstițială din alte colagenoze (miopatii inflamatorii, artrită reumatoidă, sindrom Sjogren) - *Iulia Szabo*

Early diagnosis and prediction of disease course in CTDILD: an imagistic perspective - *Helmut Prosch (Vienna)*

Tratamentul pneumopatiilor interstițiale din colagenoze - *Simona Rednic*

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 16⁰⁰ : CALEIDOSCOP IMAGISTIC: PREZENTĂRI INTERACTIVE

Moderatori: Claudia Mihailov și Florentin Vreju

Aspecte practice în radiologia mâinii și piciorului - *Corina Mogoșan*

Imagistica în artritele microcristaline - *Maria Magdalena Tamaș*

Ecografia vasculară în fenomenul Raynaud - *Nicolae Rednic*

Imagistica prin ultrasonografie în evaluarea afecțiunilor reumatice cu interesarea tegumentului - *Florentin Vreju*

16⁰⁰ – 16³⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : ATELIER PENTRU REZIDENȚI: CUM SĂ REALIZĂM O PREZENTARE

Închiderea lucrărilor congresului

Hotel SPORTUL

09⁰⁰ – 10³⁰ : OSTEOPOROZA: SCENARIII CLINICE FRECVENTE ÎN PRACTICA REUMATOLOGICĂ

Moderator: Siao Pin Simon

Tratamentul osteoporozei de postmenopauză: terapii antirezorbitive și osteoformatoare - *Bianca Dumitrescu*

Osteoporoza indusă de corticosteroizi - caracteristici și management - *Daniela Opris Belinski*

Osteoporoza din bolile inflamatorii reumatice: similitudini și diferențe în remodelarea osoasă - implicații terapeutice - *Siao Pin Simon*

10³⁰ – 11⁰⁰ : Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰ : SOLUȚII TERAPEUTICE ACTUALE ÎN ARTROPATIA PSORIAZICĂ

Moderator: Cătălin Codreanu

Strategii terapeutice în artropatia psoriazică - *Laura Muntean*

Terapii convenționale și biologice clasice in artropatia psoriazica - ce este nou - *Anca Cardoneanu*

Interdisciplinary management of Psoriatic Arthritis - *Diamant Thaci (Lubeck)*

Terapii sintetice țintite în artropatia psoriazică - *Răzvan Ionescu*

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 16⁰⁰ : COMUNICĂRI ORALE

Moderatori: Ruxandra Ionescu și Elena Rezuș

Profilul comorbidităților la pacienții cu artrita reumatoidă și impactul asupra trendului de prescriere medicamentoasă

Gănceanu Ecaterina et al.

Rata infecției herpes zoster la pacienți cu patologie reumatică imun-mediata în tratament cu biologice și remisie tinite: experiența unui centru universitar

Cociangă M et al.

Prevalența anticorpilor antinucleari la un lot de pacienți cu sclerodermie sistemică și pneumopatie interstițială difuză

Ioana Rusu et al.

Costuri de spitalizare în spondilita anchilozantă: relații cu activitatea bolii și impactul funcțional

Angela Constantinescu et al.

Assessment of patient preferences, treatment expectations, burden of disease and health care resource utilization in sub-optimally controlled rheumatoid arthritis patients - results from the romanian subpopulation

Opriș-Belinski D et al.

Clinical characteristics, patient satisfaction, and adherence in sub-optimally controlled rheumatoid arthritis patients – results from the romanian subpopulation

Ancuța C et al.

Bosentan: eficacitatea și siguranța utilizării pe termen lung la pacienții cu scleroză sistemică și ulceratii digitale

Andra-Patricia Stanciu et al.

Supraponderea influențează impactul funcțional și durata spitalizării în spondilita anchilozantă la bărbați

Damian R. N. Et al.

Puncte de luat în considerare pentru prevenirea, screening-ul, evaluarea și gestionarea necompliancei la tratament la pacienții cu boli reumatice și musculoscheletale în practica clinică conform EULAR 2020

Răzvan Gabriel Drăgoi et al.

Dermato-polimiozita-experiența unui centru terțiar

Vaida-Voevod Daisy et al.

Riscul de neoplazie la pacienți cu patologie reumatică imun-mediata în terapie biologică : experiența unui centru universitar

Ostafie I et al.

Diferențe între sexe la pacienții cu scleroză sistemică dintr-un centru est european

Iuliana-Andreea Petre et al.

16⁰⁰ – 16³⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : ATELIER PENTRU REZIDENȚI: CUM SĂ REALIZAM O PREZENTARE

Închiderea lucrărilor congresului

SESIUNE POSTERE

Sală postere, Centrul de Conferințe Poiana Brașov, 24-25 septembrie

P1: Asocieria boala atopică – spondilartrită la pacienții aflați în tratament biologic: date pe un lot de 200 pacienți

Diana-Ruxandra Pilat et al.

P2: Arterita Takayasu – forme atipice de prezentare

Ioan-Teodor Drăgoi et al.

P3: Artrita reumatoidă și abcesul de iliopsoas: factori de risc și prezența triadei Mynter

Diana Macsim et al.

P4: Provocări în diagnosticul arteritei Takayasu

Andreea Predoiu et al.

P5: Impactul infecției SARS-COV2 asupra pacienților cu boli reumatice mediate imun

A.Trandafir et al.

P6: Amiloidoza renală secundară spondilitei ankilozante – un inamic de temut și greu de combătut

Blănariu Ioana et al.

P7: Prevalența și managementul comorbidităților la pacienții cu spondilartrită

Claudia Cobilinschi et al.

P8: Fertilitatea la pacientele cu lupus eritematos sistemic

Claudia Cobilinschi et al.

P9: Motivația personalului sanitar în perioada pandemiei COVID19

Claudia Cobilinschi et al.

P10: Aplicarea strategiei “treat-to-target” la pacienții cu spondilartrită – opinia clinicianului

Claudia Cobilinschi et al.

P11: Utilizarea terapiei biologice la o pacientă tânără, transplantată hepatic, suferind de spondilită anchilozantă

Tamás Rácz et al.

P12: Mai frecvent decât pare: colagenoza și sindromul de activare macrofagică

Tabita Lungu et al.

P13: Debut particular în boala mixtă de țesut conjunctiv

Anca Hrișuleac et al.

P14: Debut tardiv al spondilitei anchilozante: cazul unui pacient în vârstă de 61 ani

Ioana Brătoiu et al.

P15: Capcana diagnostică-între poliartrita reumatoidă seronegativă cu debut tardiv și RS3PE

Viviana-Cristina Pavel et al.

P16: Sindromul febril-o provocare diagnostică pandemică

Adina Ciucu et al.

P17: Enigmele unei vasculite reumatoide

Alexandra Boiangiu

P18: Livedo – diagnostic diferențial în context reumatologic

Anca Vladu et al.

P19: Ce poate ascunde o cervicobrahialgie?

Irina Iordăchescu et al.

P20: Particularități ale dermatomiozitei cu anticorpi anti-NXP-2 – caz clinic

Claudia Cobilinschi et al.

P21: Particularitățile lupusului eritematos sistemic cu debut tardiv – caz clinic

Alexandra Constantinescu et al.

P22: Spondilodiscită tuberculoasă la o pacientă cu dermatomiozită

Iuliana Drăniceanu et al.

P23: Nevrită optică unilaterală în sindromul Sjogren primar – caz clinic

Alexandra Constantinescu et al.

P24: COVID 19 la pacienții cu patologie reumatică aflați în tratament cu remisie biologice și tîntite: experiența unui centru universitar

Buragă B et al.

P25: Dificultăți în elucidarea etiologiei unui sindrom miopatic

Grădinaru Elena et al.

P26: Disfuncția sexuală la pacienții cu boli reumatice

Andra-Patricia Stanciu et al.

P27: Dermatomiozită PL-7 pozitivă, urticarie cronică, angioedem și infecție cu toxocara

Vaida-Voevod Daisy et al.

P28: Drumul către diagnostic al unor paciente tinere cu sindrom inflamator

Negoii Florentina et al.

P29: Eficacitatea și siguranța tratamentului cu baricitinib la pacienții cu artrită reumatoidă

Anton Mădălina-Ioana et al.

P30: Evaluarea statusului funcțional și a capacității de muncă la pacienții cu poliartrită reumatoidă

Mihai Abobului et al.

P31: Evoluția pe termen lung a copiilor născuți din mame cu poliartrită reumatoidă

A. Florescu et al.

P32: Fertizarea *in vitro* în spondilita anchilozantă. Cazul unei paciente cu o boală înalt activă

Damiana Costin et al.

P33: Neuropatie periferică revelatoare de granulomatoză eozinofilică cu poliangiită

Mirela-Elena Mihalache et al.

P34: Noi metode de evaluare a statusului funcțional și a capacității de muncă la pacienții cu poliartrită reumatoidă

Mihai Abobului et al.

P35: Bolile cardiace - inamic ascuns, dar mortal în sclerodermia sistemică

Odobașu Andreea et al.

P36: Spondilita anchilozanta și dermatomiozita-o asociere rara.

Corina Oprea et al.

P37: Parvovirus B19 - artrită virală subacută sau demascare a unui lupus preexistent?

Dănuț Ruxandra et al.

P38: Este totul ceea ce pare a fi?

Emilia-Daniela Păsărin et al.

P39: Provocarea diagnostică a sindromului Sjogren

Nicola Carmen-Marilena et al.

P40: Riscul cardio-vascular în artrita psoriazică: studiu preliminar

Ana-Maria Doca et al.

P41: Guta cronică tofacee – o prezentare atipică

Băietu Lorena-Dana et al.

P42: Boala COVID-19 la pacienții cu artrită reumatoidă: impactul drogurilor modificatoare de boală și a comorbidităților

Claudia Dragomir et al.

P43: Dermatomiozită acută – dificultăți terapeutice în context paraneoplazic

Ghiță Doina Roxana et al.

P44: Lupus eritematos sistemic-afectare multiorganică și provocări terapeutice la o pacientă nulipară

Nicolae Bianca-Mădălina et al.

P45: Manifestările neurologice în sindromul Sjogren primitiv: o provocare diagnostică

Ana-Maria Doca et al.

P46: Manifestări reumatismale într-o boală metabolică rară

Patricia Richter et al.

P47: Misterul unui miopatii

Emese-Maria Nemeth et al.

P48: Pseudo-acnee și slăbiciune musculară

Cristina-Sorina Stanciu et al.

P49: Boala pulmonară interstițială în artrita reumatoidă și tratament biologic

Agafiți I et al.

P50: Afectarea pulmonară interstițială în sclerodermia sistemică: experiența unui centru EUSTAR

Artene et al.

P51: Complicații dizabilitante în sclerodermia sistemică forma cutanat difuză

Florea Diana et al.

P52: Puncte de luat în considerare pentru profesioniștii din domeniul sănătății care nu sunt medici pentru prevenția și gestionarea fracturilor de fragilitate la adulții cu vârsta de 50 de ani sau peste, conform EULAR 2019

Răzvan Gabriel Drăgoi et al.

P53: Eficacitatea rituximab în tratamentul sclerozei sistemice - experiența unui centru terțiar
Sorana Petrescu et al.

P54: Serie de cazuri: coexistență artrită reumatoidă și spondilartrită
Eliza Marin et al.

P55: Artropatia psoriazică și condiții asociate – monitorizare pe termen lung
Iuliana-Andreea Petre et al.

P56: Importanța diagnosticului diferențial al unui pacient tânăr cu poliserozită
A. Lica et al.

P57: Artrită de glezne - un challenge diagnostic și terapeutic
Iorguș Carmen-Cătălina et al.

P58: Afectarea capacității de muncă la femeile cu spondilită anchilozantă și artrită reumatoidă
Racoviță et al.

P59: Stenoza subglotică în granulomatoza cu poliangiită-diagnostic și dificultăți de tratament
Dogaru Tiberiu-Nicu et al.

P60: Impactul pandemiei COVID-19 asupra pacienților cu boli reumatice
Roxana Perianu et al.

P61: Reacție adversă vaccinală anti SARS-COV-2 la o pacientă cu lupus eritematos sistemic
Mihaela Ruxandra Drăgușin et al.

P62: Particularități serologice la un caz de dermatomiozită amiopatică
Oana-Mădălina Mistreanu et al.

P63: Noduloza accelerată din artrita reumatoidă
Murgu Georgiana-Eliza et al.

P64: Paniculita osificanta (osteoma cutis) post-infecție SARS-COV2 la o pacientă cu sindrom antifosfolipidic
Beáta Kopacz-Dósa et al.

P65: Date de eficacitate pe termen lung a tocilizumabului în artrita reumatoidă
Teslariu Anca-Petrina et al.

P66: Hemoragie alveolară difuză la o pacientă tânără
Cătălina Țecu et al.

P67: Dermatomiozita MDA5 pozitivă cu afectare pulmonară rapid progresivă
Cozma Iulia et al.

P68: Sindromul antisintetază anti-PL-12 pozitiv forma amiopatică – o entitate clinică rar recunoscută
Pașa Victoria et al.

P69: Sclerodermia sistemică în tratamentul cu bosentan - răspunsul terapeutic depinde de forma de boală?
Vlad-Ionuț Onofrei et al.

P70: Sindrom overlap: sclerodermie și polimiozită – provocări diagnostice și terapeutice
Adriana Ivașcu et al.

P71: Scoruri de activitate și funcționale la pacienții cu spondilită anchilozantă de vârstă activă
Mihaela-Dămuța Stîncescu et al.

P72: Triplă malignitate metacronă la pacientă lupică (sindrom Li-Fraumeni-like)
Mihaela Dinulescu et al.

P73: Ultrasonografia pulmonară în afectarea pulmonară interstițială din colagenoze
Iulia Szabo et al.

P 74: Lupus in ventrem
Lavinia Maghear et al.

Posterele se afișează printate, în sala de postere de la etajul Centrului de Conferințe Poiana Brașov. Posterul trebuie afișat pe panoul ce poartă numărul corespunzător acestuia, vineri 24 septembrie, înainte de ora 09:00 și trebuie demontat sambata, 25 septembrie, după ora 16:00. Posterele care nu sunt demontate de autori vor fi distruse.

FORMATUL POSTERELOR ESTE PORTRAIT, DIMENSIUNE: 70 CM LĂȚIME / 100 CM ÎNĂLȚIME.

Primul autor este de regulă cel care este prezent la poster în timpul programului de vizitare a posterelor. Autorii cu postere acceptate, care, fără un motiv temeinic, nu afișează posterul lucrării vor fi excluși din program și nu vor fi acceptați cu lucrări originale pentru următoarele 2 ediții ale Congresului Național de Reumatologie.

REDEFINEȘTE AȘTEPTĂRILE



**RINVOQ, noul inhibitor JAK selectiv și reversibil,
cu administrare zilnică orală, în doză unică, creat de AbbVie**

REMISIUNE
fără precedent

S-a demonstrat că RINVOQ + MTX a determinat **rate de remisiune semnificativ mai mari**** în comparație cu placebo + MTX și cu adalimumab + MTX^{1,2}

EFICIENȚĂ
consistentă

RINVOQ + MTX a fost superior **tratamentului cu adalimumab + MTX** în săptămâna 12 în ceea ce privește ACR50, durerea și HAQ-DI²

S-a demonstrat că RINVOQ determină rate de remisiune consecvente cu inhibiția semnificativă a leziunilor articulare

SIGURANȚĂ
bine definită

Siguranța RINVOQ a fost stabilită pe baza datelor din cinci studii clinice concludente de fază 3 care au implicat peste **4 000 de pacienți și mai mult de 5 000 de pacienți-ani de expunere**^{1,2}



*Remisiune conform evaluării DAS28 (CRP) <2,6

ACR50: îmbunătățire cu cel puțin 50% conform criteriilor principale ale Colegiului American de Reumatologie

DAS28 (CRP): scorul de activitate a bolii cu 28 de articulații (proteina Contract reactivă); JAK: Kinaza Janus; MTX: metotrexat.

Indicație terapeutică¹

RINVOQ este indicat pentru tratamentul poliartritei reumatoide active, moderate până la severe, la pacienți adulți care au răspuns inadecvat sau prezintă intoleranță la unul sau mai multe medicamente antireumatice modificatoare de boală (MARMB). RINVOQ poate fi utilizat în monoterapie sau în asociere cu metotrexat.

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate.

Referințe: 1. RINVOQ Rezumatul Caracteristicilor Produsului, august 2021. 2. Fleischmann R, Pangan AL, Song IH, et al. Upadacitinib versus placebo or adalimumab in patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate: results of phase 3, double-blind, randomized controlled trial [published online July 9, 2019]. Arthritis Rheumatol. doi:10.1002/art.41032

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală restrictivă: PR.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Pentru informații medicale suplimentare puteți folosi adresa de e-mail: informatiemedicala@abbvie.com

Pentru informații complete vă rugăm consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului, revizuit în august 2021 accesând link-ul: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/rinvoq-epar-product-information_ro.pdf

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Raportarea evenimentelor adverse suspectate pentru produsele AbbVie se poate face către Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România (ANM DMR), secțiunea Medicamente de uz uman sau către AbbVie România SRL, Departamentul Farmacovigilență – Telefon: +40215293429/ E-mail: ROPV@abbvie.com

abbvie

ABBVIE S.R.L.
Lake View, Strada Barbu Văcărescu nr. 301-311
etaj 2, sector 2, C.P. 020276, București, România
Tel: +4021 529 3035/ Fax: +4021 529 3031

RO-UPAD-210009, data de expirare: 23.08.2022

CONGRESUL NAȚIONAL DE REUMATOLOGIE

24-25 SEPTEMBRIE 2021

VOLUM DE REZUMATE

Comitetul de organizare al Congresului Național de Reumatologie 2021 nu își asumă nici o responsabilitate privind conținutul sau eventualele erori de redactare ale rezumatelor, acestea sunt reproduse așa cum au fost submise de autori.

Vineri 24.09.2021
Hotel SPORTUL

09⁰⁰ – 10³⁰ : COVID-19: IMPACTUL ASUPRA MANAGEMENTULUI BOLILOR REUMATICE
Moderator: Cătălin Codreanu

Valoarea vaccinării pentru profilaxia infecțiilor respiratorii la pacienții cu boli reumatice - *Victoria Arama*

EULAR recommendations for the management of RMD in the context of SARS-CoV-2 - *Daniel Aletaha (Viena)*

Valoarea vaccinării pentru profilaxia unor infecții respiratorii la pacienții cu boli reumatice

Prof. Dr. Victoria Aramă – Disciplina Boli Infecțioase I – Institut Național de Boli Infecțioase ”Prof. Dr. Matei Balș”, Facultatea de Medicină, UMF Carol Davila București

Pacienții cu boli reumatice inflamatorii autoimune (AIIRD), cum ar fi artrita reumatoidă și lupusul eritematos sistemic, prezintă un risc mai mare de infecții severe, cauzat atât de disfuncția imunitară asociată bolii, cât și utilizării medicamentelor imunosupresoare.

De asemenea, pacienții cu boli reumatice autoimune și inflamatorii sunt susceptibili de a avea un risc crescut de spitalizare din cauza infecției cu SARS-CoV-2 și vârsta, rasa / etnia și genul au fost factori de risc importanți și care trebuie luați în considerare la evaluarea riscului oricărei persoane.

COVID-19 poate lăsa în urmă o parte din populație vulnerabilă la infecții respiratorii secundare.

Morbiditatea și mortalitatea cauzată de bolile care pot fi prevenite prin vaccinare, cum ar fi gripa și pneumonia cu *Streptococcus pneumoniae*, sunt mai mari la pacienții cu AIIRD comparativ cu populația generală.

Pentru a combate povara pe care o au bolile respiratorii infecțioase asupra comunităților noastre - inclusiv spitalizarea crescută și decesele - măsurile preventive, cum ar fi vaccinarea împotriva COVID-19, vaccinarea antigripală și antipneumococică, sunt o parte importantă a îngrijirii medicale.

EULAR recommendations for the management of RMD in the context of SARS-CoV-2

Daniel Aletaha (Viena)

Covid 19 has put us all at challenge. Particularly rheumatologists had to recognize that there are several issues for their patients: they are at higher risk than normal individuals by virtue of their underlying diseases; they are immunosuppressed, which may further increase their risk. Finally we had vaccines, but then again: do they work as well in these patients as in others, or can this group of patients also be less protected from the virus. A lot of questions, and a lot of uncertainty in the community. EULAR recommendations and their updates are addressing many of these points, and so is the every day increasing scientific evidence for this vulnerable group of individuals. The talk will give some perspectives on some of these issues: Corona research is a permanent work in progress!

10³⁰ – 11⁰⁰ : Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰ : ARTRITA REUMATOIDĂ (I)

Moderator: Cătălin Codreanu

Artrita reumatoidă - de la factori de predispoziție la distrucții articulare - Cătălin Codreanu

Obiective neîndeplinite în artrita reumatoidă - Elena Rezuș

Rheumatoid arthritis - disease management in 2021. What is new? - Josef Smolen (Viena)

Artrita reumatoidă - de la factori de predispoziție la distrucții articulare

Cătălin Codreanu

Centrul Clinic de Boli Reumatismale „dr. Ion Stoia”

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

În ciuda progreselor majore înregistrate în cunoașterea artritei reumatoide (AR), cauza exactă a bolii nu este cunoscută. Apariția afecțiunii se corelează cu acțiunea a *multipli factori de risc*, unii aparținând organismului gazdă (în principal genetici), la nivelul cărui creează un *teren predispozant* pe fondul cărui intervin factori de mediu (fumat, infecții) implicați în *declanșarea bolii*.

Factorii genetici contribuie cu până la 60% din predispoziția față de boală, contribuția cea mai importantă revenind *genelor complexului major de histocompatibilitate* (alele care codifică o secvență comună de aminoacizi în pozițiile 70-74 a celei de-a treia regiuni hiper-variabile a lanțului *HLA-DRB1*, numită *epitop comun*). Suplimentar au fost descrise un *număr mare de gene non-HLA* care se asociază cu apariția AR: *PTPN22, STAT4, PADI4, CTLA-4*. *Modificările epigenetice*, precum metilarea ADN-ului, modificarea histonelor sau a micro-ARN-ului (reglatori post-transcripționali ai expresiei genice) sunt implicate și ele în creșterea riscului de apariție a bolii.

Dintre factorii de risc de mediu, cea mai puternică asociere cu AR a fost descrisă pentru *fumat*, însă numai pentru formele de boală ACPA pozitive și FR pozitive; riscul de boala crește cu intensitatea și durata expunerii la fumat. Dintre *factorii infecțioși*, *Porphyromonas gingivalis*, un Gram negativ anaerob, care se găsește în cavitatea bucală și este implicat în patogenia bolii parodontale, posedă PADI și este capabil să inducă citrulizarea *in vivo* a peptidelor, putând fi astfel implicat în apariția unui răspuns autoimun de tip ACPA la persoane purtătoare ale epitopului comun.

Procesul de inițiere al AR survine la persoane predispușe genetic, prin acțiunea accidentală a unor elemente declanșatoare de mediu, care determină cel mai probabil *activarea repetată a imunității innăscute*, în special la nivelul mucoaselor. Prezența auto-anticorpilor (ACPA, FR) poate preceda manifestările clinice ale bolii cu mai mult de 10 ani, constituind așa-zisa fază de *pre-AR* sau *AR preclinică*, în care fenomenele de autoimunitate sistemică caracteristice AR pot fi depistate în absența oricărui semn clinic. Tranziția către stadiul următor al bolii, de *inflamație sinovială clinic evidentă*, necesită intervenția unui al doilea stimul („*second hit*”), nespecific (posibil reprezentat de o infecție sau un traumatism), care să determine citrulizarea în articulație. Odată constituit procesul inflamator sinovial, sinoviala reumatoidă se organizează într-un țesut inflamator cu proprietăți invazive, numit *pannus*, al cărei comportament local are caracteristicile unei tumori maligne: *sinoviocitele tip B (fibroblast-like)* își modifică fenotipul, secreta *cadherina-1*, devenind invazive local, având capacitatea să migreze de la o articulație la alta, ceea ce explică caracterul difuz și simetric al bolii. Atunci când sinoviala reumatoidă de la nivelul unei articulații atinge o masă critică, ea invadează cartilajul, de obicei la joncțiunea cu capsula articulară. Concomitent cu degradarea cartilajului se produce și o distrucție celulară a osului subcondral, prin *activarea osteoclastelor*, cu apariția eroziunilor osoase. Instalarea AR este un proces gradual, care se produce ca urmare a intervenției repetitive, stochastice a mai multor elemente declanșatoare, ce țin frecvent de stilul de viață (fumat), mediu (infecții), la persoane predispușe genetic, sensibilizate epigenetic, la care determină o alterare a toleranței imunologice. Ulterior, un factor declanșator adițional, posibil infecțios sau traumatic, determină expansiunea proceselor autoimune T-dependente, cu localizarea articulară a procesului patologic și tranziția către sinovită cronică, leziuni distructive osteo-cartilaginoase și importante manifestări sistemice.

Referințe

1. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2016;388(10055):2023-38.

2. Deane KD, Holers VM. Rheumatoid Arthritis Pathogenesis, Prediction, and Prevention: An Emerging Paradigm Shift. *Arthritis Rheumatol.* 2021 Feb;73(2):181-193.
3. Firestein GS, McInnes IB. Immunopathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Immunity.* 2017 Feb 21;46(2):183-196.
4. Catrina AI, Joshua V, Klareskog L, Malmström V. Mechanisms involved in triggering rheumatoid arthritis *Immunol Rev.* 2016 Jan; 269(1):162–74.

Obiective neîndeplinite în artrita reumatoidă

Elena Rezuș

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași (România), Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica I Reumatologie Iași (România)

Artrita reumatoidă este o boală inflamatorie cronică, fiind caracterizată de durere și limitarea mobilității articulațiilor afectate, cu o prevalență globală estimată de 0.3-1%. Fatigabilitatea, inflamația articulară și deformările sunt complicațiile cheie din artrita reumatoidă care determină afectare funcțională, scăderea productivității la locul de muncă și a activităților zilnice (1).

Tratamentul suboptimal poate exacerba acest declin, ceea ce determină un efect negativ asupra calității vieții pacienților și asupra resurselor globale din sistemul de sănătate.

Odată cu o cunoaștere mai aprofundată a ceea ce înseamnă faza preclinică din artrita reumatoidă, încercarea de a preveni boala a devenit un obiectiv realist.

Identificarea precoce a sinovitei este esențială, fiind necesar tratament agresiv pentru a modifica evoluția naturală a bolii, cu scopul de a reduce inflamația la nivel articular pentru a preveni modificările structurale. Cunoașterea procesului patogenetic preclinic înseamnă posibilitatea identificării indivizilor cu risc înalt de a dezvolta boala. Prin urmare, strategiile de prevenție adecvate au devenit fezabile în Artrita reumatoidă.

Actualmente, nu există ghiduri în ceea ce privește managementul pacienților aflați la risc de a dezvolta Artrita reumatoidă, acesta fiind, momentan, foarte heterogen: utilizarea diferitelor DMARDs-uri conform experienței și opiniei medicului. Există o necesitate evidentă a unei strategii bazate pe dovezi, având în vedere “fereastra de oportunitate” pe care o pot prezenta acești pacienți. Astfel, este importantă definirea pacienților aflați la risc și standardizarea biomarker-ilor și a obiectivelor finale (2). Dată fiind combinația dintre noii agenți terapeutici și strategiile T2T, remisiunea clinică susținută a devenit obiectivul primar în ceea ce privește tratamentul artritei reumatoide. Astfel, cu toate că obiectivele continuă să evolueze și să devină realizabile, nu toți pacienții ating aceste obiective – remisiunea clinică sau cel puțin activitatea joasă a bolii.

Unul dintre cele mai importante simptome declarate de către pacienți este reprezentat de oboseală.

Niveluri ridicate ale oboselii persistă la o proporție importantă dintre pacienții cu artrită reumatoidă, în ciuda inițierii unor tratamente agresive. Scoruri ce evaluează multidimensional prezența oboselii au fost puternic corelate cu activitatea bolii, sugerând faptul că oboseala este mai severă la pacienții cu activitatea moderat-severă a bolii, față de cei cu activitate joasă. Literatura de specialitate evidențiază faptul că oboseala prezintă un impact negativ considerabil asupra mai mult de jumătate dintre pacienții cu artrită reumatoidă, fiind un determinant major al calității vieții. Absența oboselii, un status rar îndeplinit, a fost definit drept componentă cheie al unora dintre cele mai stringente definiții a remisiunii în artrita reumatoidă. În plus, studiile confirmă faptul că 40-80% dintre pacienți consideră că reducerea oboselii ar trebui să fie un scop esențial al tratamentului, cu toate că obiectivele legate de acest aspect au fost rar raportate în studiile clinice (2,3).

Imposibilitatea de a controla activitatea bolii poate fi cauzată de variați factori, precum diagnosticul tardiv, întârzierea inițierii unui tratament adecvat sau lipsa implementării unei strategii T2T.

Consecințele acestora subliniază necesitatea inițierii unui tratament corespunzător la momentul oportun pentru a preveni sau întârzia deteriorarea stării de sănătate, cu impact profund negativ asupra calității vieții și capacității funcționale (4).

1. Taylor PC, Moore A, Vasilescu R, Alvir J, Tarallo M. A structured literature review of the burden of illness and unmet needs in patients with rheumatoid arthritis: a current perspective. *Rheumatol Int.* 2016;36(5):685-695. doi:10.1007/s00296-015-3415-x
2. Mankia K, Di Matteo A, Emery P. Prevention and cure: The major unmet needs in the management of rheumatoid arthritis. *J Autoimmun.* 2020;110:102399. doi:10.1016/j.jaut.2019.102399
3. Ishida M, Kuroiwa Y, Yoshida E, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol.* 2018;28(5):789-799. doi:10.1080/14397595.2017.1416940
4. Boumpas DT, Sidiropoulos P, Settas L, Szczypa P, Tsekouras V, Hernandez Daly AC. Health outcomes and unmet needs in patients with long-standing rheumatoid arthritis attending tertiary care in Greece: a cohort study. *Health Qual Life Outcomes.* 2019;17(1):73. Published 2019 Apr 29. doi:10.1186/s12955-019-1127-8

Rheumatoid arthritis - disease management in 2021. What is new?

Josef Smolen (Viena)

In 2021 we have at least 17 DMARDs available to treat RA – conventional synthetic, biological and targeted synthetic DMARDs, To bring some order into this array of options, task forces have been enacted to develop management recommendations. While EULAR recommendations have last been updated in 2019, ACR has updated its recommendations in 2020. In addition, new trial data have become available and the US FDA has most recently published a warning regarding Janus kinase inhibitors. Furthermore, some new drugs are currently studied and may expand the therapeutic armament.

When speaking of 17 DMARDs, this means 17 compounds and includes 5 TNF-inhibitors. But for some of them and for rituximab, several biosimilars have been approved and they enhance the treatment options especially regarding costs.

Another important issue is the question of predicting response to certain drugs. Some newer data regarding targeting IL-6 will be shown.

In this presentation, all these aspects will be brought together and related to a practical and feasible approach of managing RA.

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 15³⁰ : „ROLE PLAY” ÎN REUMATOLOGIE: PREZENTĂRI INTERACTIVE DE CAZURI CLINICE DIFICILE

Moderator: Denisa Predețeanu

Denisa Predețeanu, Laura Groseanu, Mădălina Duna

ROLE-PLAY” ÎN REUMATOLOGIE -prezentări interactive de cazuri clinice dificile -

Denisa Predețeanu
Laura Groșeanu
Mădălina Dună
Spital Clinic „Sfânta Maria”, București, România

Cazul 1.

Se prezintă cazul unei femei de 70 ani, fostă lucrătoare în domeniul prelucrării cauciucului, care este trimisă de la Institutul de Pneumoftiziologie “Marius Nasta” unde a fost diagnosticată pe baza elementelor clinice, biologice și radiologice cu boală pulmonară interstitală de tip *limfoid interstitial pneumonia* (LIP). Având în vedere prezența anticorpilor anti-nucleari totali (ANA), a sindromului inflamator nespecific intens (VSH=140mm/h, PCR=104 mg/l) și a unor manifestări clinice de tip musculo-scheletal (antecedente de febra noninfecțioasă, fatigabilitate musculară, artrite neerozive ale articulațiilor mari și mici, fenomen Raynaud), pacienta este trimisă la Spitalul Clinic “Sf. Maria”, Reumatologie pentru evaluări ulterioare în vederea unei boli pulmonare interstițiale asociate unei boli de colagen; în același timp este de menționat faptul că patternul radiografic pulmonar nu susține diagnosticul de boală pulmonară interstițială idiopatică.

Examenul clinic, investigațiile imunobiologice și examenul CT pulmonar susțin diagnosticul de boala pulmonară idiopatică cu tromboză venoasă și infarct pulmonar drept asociată cu sindromul anti-sintetaza cu anticorpi anti-OJ (izoleucin-sintetaza) pozitivi.

Biopsia cutanată relevă modificări caracteristice pentru dermatomiozita (hipercheratoza, degenerescența bazală vacuolară, infiltrat inflamator perivascular, depunere de mucină) care sunt similare cu cele din lupusul eritematos sistemic

Evoluția este favorabilă după tratament inițial cu metil-prednisolon în puls-terapie urmat de prednison în doză de 0,75 mg/kg/zi cu scădere progresivă a dozelor în asociere cu azatioprina în doză de 2 mg/kg. Este de menționat faptul că pacienta a fost diagnosticată și cu trombofilie primitivă (heterozigot pentru factorul V Leiden), motiv pentru care este trecută de pe tratament cu noi-anticoagulante orale pe tratamentul cu sintrom.

Este necesară o nouă evaluare pneumologică a tipului bolii pulmonare interstițiale asociate cu sindromul anti-sintetaza, în ideea că forma de boala pulmonară interstițială diagnosticată anterior ar putea semnifica și o posibilă dezvoltare a unui limfom malign; este de menționat faptul că nonspecific interstitial pneumonia (NSIP) este forma de boală pulmonară interstițială cea mai frecvent întâlnită în sindromul anti-sintetaza.

Cazul prezentat justifică necesitatea colaborării interdisciplinare între pneumolog și reumatolog în managementul corect și complet al pacienților cu boala pulmonară interstițială.

Cazul 2.

Scleroza sistemică este o afecțiune complexă, multisistemică, cu patogenie incomplet cunoscută. Managementul pacienților cu scleroză sistemică este o provocare permanentă pentru reumatologul curant datorită afectării multiorganice, a lipsei unor instrumente validate de evaluare a activității bolii și a damage-ului, precum și datorită lipsei unor terapii curative.

Vă prezentăm cazul unei paciente cu debut al bolii la 38 de ani, în ultimul trimestru al sarcinii cu sindrom Raynaud, urmat la scurt timp postpartum de indurare tegumentară difuză, cu evoluție rapid progresivă, ulcerații digitale și afectare articulară. Screeningul pulmonar obiectivează pneumopatie interstițială non-specifică și se decide inițierea imunosupresiei cu Ciclofosfamidă pulsuri lunare, o doză mică de corticosteroizi și Bosentan. Evaluarea la 12 luni indică declinul probelor respiratorii, concomitent cu apariția contracturilor articulare; astfel se decide de comun acord cu pacienta efectuarea unui cure de Rituximab. Statusul respirator (clinic, volume pulmonare cu excepția factorului de transfer alveolocapilar) se menține staționare. Se continuă imunosupresia cu Azatioprină, însă reevaluarea clinică și imagistică după încă 6 luni impun reluarea Ciclofosfamidei inițial lunar, ulterior la 2 luni, în total încă 12 pulsuri, urmate de Micofenolat în doză de 2g/zi. În ianuarie 2021, la scurt după efectuarea primei doze de vaccin anti-SARS CoV2, pacienta este diagnosticată cu infecție SARS CoV2. Deși nu necesită spitalizare, post COVID simptomatologia articulară se intensifică și pacienta relatează o scădere majoră a toleranței la efort, evaluarea CT și funcțională respiratorie indicând progresia leziunilor de fibroză pulmonară. În condițiile

opțiunilor terapeutice limitate (Ciclofosfamidă – doza maximală atinsă, Azatioprină lipsă beneficii, Tocilizumab – recent aprobat de Food and Drug Administration, dar nu încă și de Agenția Europeană a Medicamentelor, Nintedanib încă nerambursat în România), se efectuează o nouă cură de Rituximab, se continuă terapia cu Micofenolat cu evoluție ușor favorabilă.

Afectarea pulmonară rămâne principala cauza de mortalitate la pacienții cu scleroză sistemică. Planificarea și intensitatea tratamentului depinde de severitatea afectării pulmonare și factori de risc pentru progresie. Ultimii ani au înregistrat aprobarea de noi terapii pentru cazurile refractare la imunosupresoarele tradiționale, terapii biologice (Tocilizumab) dar și antifibrotice Nintedanib).

O altă problemă pe care o ridică acest caz este legată de infecția SARS CoV2 – evoluția acesteia la pacienții cu boli de țesut vasculo-conjunctiv cu afectare pulmonară preexistentă, impactul asupra bolii de fond, dar și impactul terapiilor de fond asupra eficacității și siguranței vaccinării.

Cazul 3.

Prezentăm cazul clinic al unei paciente în vârstă de 28 de ani care a pus mari probleme de diagnostic diferențial. Este vorba despre o pacientă care a prezentat din luna iunie 2021 diminuarea forței musculare la nivelul centurii pelvine, tremor involuntar la nivelul membrelor superioare și palpitații cu ritm rapid. La examenul clinic prezenta exoftalmie bilaterală, edem unilateral la nivelul gambei stângi și parapareză 2/5. Pacienta este cunoscută cu boală Graves pentru care urmează tratament cu tiamazol și care a prezentat de-a lungul evoluției episoade recurente de amigdalită pultacee. Într-un spital județean de urgență s-a decelat anemie moderată, leucopenie 250 ul, trombocitopenie 250.000 ul, disfuncție renală și hepatică, CRP crescut, precum și creșterea enzimelor musculare. Autoimunitatea screening a fost pozitivă pentru anticorpii ANA și anti-ADNdc, motiv pentru care a fost redirecționată către spitalul nostru pentru evaluarea unei posibile boli autoimune reumatice. Au fost efectuate multiple investigații biologice, cat și imagistice pentru a contura un diagnostic cert. EMG de membre superioare și inferioare a plecat pentru polineuropatie axonală senzitivo motorie tetramelică, iar CT-ul de cap, torace și pelvis a relevat multiple focare de condensare pulmonară bilateral. Au fost luate în discuție diagnosticele diferențiale, și anume: sepsis cu punct de plecare pulmonar, pancitopenie secundara post medicamentoasa, insuficiență multiplă de organ, tireotxicoză, lupus eritematos sistemic. După stabilirea unui diagnostic cert, s-a recomandat tratament adecvat, însă la numai o lună de la tratament, pacienta se prezintă cu două colecții intramusculare gigante la nivelul șoldului stang și gambă dreapta. Atitudinea a fost de tip intervenție chirurgicală, cu incizie, evacuare abces, lavaj și mesaj, precum și antibioterapie țintită pentru Staphylococcus aureus cu evoluție postoperatorie favorabilă, cu sutura parțială a plăgilor după negativarea culturilor.

Scleroza sistemică – provocări vechi și noi

Dr Laura Groșeanu, Dr. Mădălina Dună

Scleroza sistemică este o afecțiune complexă, multisistemică, cu patogenie incomplet cunoscută. Mnagmentul pacienților cu scleroză sistemică este o provocare permanentă pentru reumatologul curant datorită afectării multiorganice, a lipsei unor instrumente validate de evaluare a activității bolii și a damage-ului, precum și datorită lipsei unor terapii curative.

Vă prezentăm cazul unei paciente cu debut al bolii la 38 de ani, în ultimul trimestru al sarcinii cu sindrom Raynaud, urmat la scurt timp postpartum de indurare tegumentară difuză, cu evoluție rapid progresivă, ulcerații digitale și afectare articulară. Screeningul pulmonar obiectivează pneumopatie interstițială non-specifică și se decide inițierea imunosupresie cu Ciclofosfamidă pulsuri lunare, o doză mică de corticosteroizi și Bosentan. Evaluarea la 12 luni indică declinul probelor respiratorii, concomitent cu apariția contracturilor articulare; astfel se decide de comun acord cu pacienta efectuarea unui cure de Rituximab. Statusul respirator (clinic, volume pulmonare cu excepția factorului de transfer alveolocapilar) se mențin staționare. Se continuă imunosupresia cu Azatioprină, însă reevaluarea clinică și imagistică după încă 6 luni impun reluarea Ciclofosfamidei inițial lunar, ulterior la 2 luni, în total încă 12 pulsuri, urmate de Micofenolat în doză de 2g/zi. În ianuarie 2021, la scurt după efectuarea primei doze de vaccin antiSARS COV2, pacienta este diagnosticată cu infecție SARSCOV2. Deși nu necesită spitalizare, post COVID simptomatologia articulară se intensifică și pacienta relatează o scădere majoră a toleranței la efort, evaluarea CT și funcțională respiratorie

indicând progresia leziunilor de fibroză pulmonară. În condițiile opțiunilor terapeutice limitate (Ciclofosamidă – doza maximală atinsă, Azatioprină lipsă beneficii, Tocilizumab – recent aprobat de Food and Drug Administration, dar nu încă și de Agenția Europeană a Medicamentelor, Nintedanib încă nerambursat în România), se efectuează o nouă cură de Rituximab, se continuă terapia cu Micofenolat cu evoluție ușor favorabilă.

Afectarea pulmonară rămâne principala cauză de mortalitate la pacienții cu scleroză sistemică. Planificarea și intensitatea tratamentului depinde de severitatea afectării pulmonare și factori de risc pentru progresie. Ultimii ani au înregistrat aprobarea de noi terapii pentru cazurile refractare la imunosupresoarele tradiționale, terapii biologice (Tocilizumab) dar și antifibrotice Nintedanib). O altă problemă pe care o ridică acest caz este legată de infecția SARSCOV2 – evoluția acesteia la pacienții cu boli de țesut vasculoconjunctiv cu afectare pulmonară preexistentă, impactul asupra bolii de fond, dar și impactul terapiilor de fond asupra eficacității și siguranței vaccinării.

15³⁰ – 16⁰⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : ARTRITA REUMATOIDĂ (II)

Moderator: Cătălin Codreanu

Perspective terapeutice în artrita reumatoidă - *Siao Pin Simon*

Jakinibs vs bDMARDs – Efficacy and Safety - *Roy Fleischmann (Dallas)*

Perspective terapeutice în artrita reumatoidă

Simon Siao-pin
UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca
Clinica Reumatologie Cluj

În ciuda progreselor semnificative în dezvoltarea medicamentelor pentru AR din ultimii ani (csDMARDs, bDMARDs, JAKi, etc.) o proporție însemnată dintre pacienții tratați continuă să prezinte un răspuns terapeutic suboptimal. Eforturile de cercetare au drept scop lărgirea paletei terapeutice, pe baza cunoașterii avansate a complexității patogenetice a bolii. Celulele stem mezenchimale (Mesenchymal Stem Cells, MSCs) sunt celule stromale multipotente, capabile de diferențiere tisulară osoasă și/sau cartilajinoasă, creditate cu capacități imunosupresoare intrinsecă, prin inhibarea proliferării și activării celulelor T (inhibarea secreției de IFN- γ și TNF- α de către limfocitele CD4+ și CD8+, cu creșterea consecutivă a IL-10 și IL-4). Potențialul terapeutic al MSCs în AR este în curs de evaluare și are la baza rezultatele preliminare favorabile obținute în studiile *in vivo*: ameliorarea sinovitei, eroziunilor osoase și distrucției cartilajinoase, în paralel cu scăderea nivelului citokinelor proinflamatorii (TNF- α , IL-1 β) în ser și/sau în lichidul sinovial. Inhibarea NLRP3 (NOD-, LRR-, and pyrin domain-containing protein 3). Recent, s-a demonstrat expresia componentelor inflamatorului NLRP3 la nivelul membranei sinoviale la pacienții cu AR precum și contribuția activării acestuia la producerea/menținerea unui micromediu sinovial proinflamator. Drept urmare, inhibarea inflamatorului NLRP3 reprezintă o potențială viitoare terapie în AR. Datele experimentale preliminare au confirmat activarea importantă a NLRP3 în membrana sinovială (model animal de artrită collagen-indusă). Mai mult decât atât, tratamentul cu un inhibitor specific al NLRP3 (MCC950) a fost urmat de ameliorarea semnificativă a sinovitei, distrucției osoase respectiv reducerea producției de IL-1 β . Terapia anti-GM-CSF (Granulocyte-Macrophage Colony-Stimulating Factor). GM-CSF este o citokină proinflamatorie care acționează la interfața dintre imunitatea înăscută și cea adaptativă. Multiple studii au confirmat creșterea nivelului GM-CSF în lichidul sinovial și în plasma pacienților cu AR precum și supraexprimarea receptorului GM-CSF (GM-CSFR) la nivelul țesutului sinovial. Actualmente, sunt sintetizați și analizați mai mulți anticorpi monoclonali anti-GM-CSF sau anti-

GM-CSFR (mavrilimumab, namilumab, lenzilumab si gimsilumab). Rezultatele preliminare sunt promițătoare. Terapia anti-TLR4 (Toll-like Receptor-4). Studii recente au confirmat implicarea TLR4 în patogeneza AR, demonstrând prezența și activitatea proinflamatorie a mai multor liganzi endogeni ai TLR4 în membrana sinovială. Un anticorp monoclonal anti-TLR4 (NI-0101) este actualmente subiectul evaluării într-un prim studiu de fază II, la pacienți cu AR. Nu în ultimul rând, merită amintite terapiile cu adevărat revoluționare care utilizează tehnologia ARN (microRNA) sau tehnologia nanoparticulelor care, cu siguranță, vor permite o abordare terapeutică personalizată, complexă, secvențială, de « precizie » a pacientului cu AR.

Jakinibs vs bDMARDs: Efficacy and Safety

Roy Fleischmann, MD MACR
Co-Medical Director Metroplex Clinical Research Center
Clinical Professor of Medicine
University of Texas Southwestern Medical Center
Dallas, USA

Jakinibs exert their effect through intracellular mechanisms rather than extracellular mechanisms as do bDMARDs and thus effect multiple rather than single cytokines. These molecules have been tested in extensive phase 2 and 3 clinical studies after MTX, compared to TNFi and in bDMARD incomplete responders. In these trials, each of the jakinibs was clinically effective relative to its comparators, improved patient function and inhibited radiographic progression similar to the TNFi. The results of these trials will be presented.

Safety is of paramount importance. The safety profiles of each of the jakinibs will be presented pointing out similarities and differences between the jakinibs and TNFi.

With the recent warnings from EMA and the FDA relative to MACE, malignancy, mortality and VTE, a full discussion of what was previously known prior to the Oral-Surveillance and the publicly known data from this study will be discussed. The EMA and FDA recommendations will be addressed.

Importantly, the unanswered questions from this study will be posed. Finally, my opinion on who could and who should not be treated with a jakinib will be shared.

Hotel ALPIN

09⁰⁰ – 10³⁰ : COVID-19: IMPACTUL ASUPRA MANAGEMENTULUI BOLILOR REUMATICE

Moderator: Simona Rednic

Pneumopatie interstițială difuza în colagenoze și COVID 19: o relație complexă - *Simona Rednic*

EULAR COVID-19 and COVAX Registries Update - *Pedro Machado (Londra)*

Pneumopatie interstițială difuza în colagenoze și COVID 19: o relație complexă

Simona Rednic

Clinica Reumatologie, UMF Iuliu Hațieganu Cluj si Spitalul Clinic Judetean de Urgență Cluj, România
Pandemia COVID 19 a afectat viețile întregii planete. Există multiple interferențe între boala indusă de SARS Cov 2 si colagenoze, care se reflectă în mai multe aspecte. Pe de o parte, pneumopatia interstițială (PID) indusă de SARS Cov2 poate semăna în multe domenii (clinic și imagistic) cu PID din colagenoze și să determine diagnostic diferențiale nu ușoare. Simptomatologia clinică (febră, tuse, dispnee) dar și aspectul imagistic la tomografia computerizată (opacități în sticlă mată, zone de consolidare, difuz distribuite) pot să aparțină atât COVID 19, cât și colagenozei, mai ales celor din mioapatiile inflamatorii (sindrom antisintetazic si dermatomiozite cu MDA5). Similitudinile mai ales cu dermatomiozita cu MDA5 sunt importante. În această boală, afectarea interstițială pulmonară poate fi rapid progresivă, febra, mialgiile

și artralgiile fiind frecvente. Profilul de laborator (inclusiv semnătura interferonului, disfuncția endotelială, feritina, etc) și citokinic seamănă de asemenea. În al doilea rând, exacerbarea PID din colagenoze poate fi indusă de COVID 19. Mecanismele patogenetice ale exacerbării în ambele situații sunt similare, implicând TLR4 și ACE2. Mai mult, e foarte probabil ca pacienții care dezvoltă forme severe de COVID 19 să aibă o autoimunitate infraclinică preexistentă (ex AAN). În al treilea rând pacienții cu PID dezvoltă forme mai severe de COVID 19. Pe de o parte, accesul lor la serviciile generale de evaluare și îngrijire a fost mult îngreunat (teste funcționale respiratorii, DLCO, TC, ambulatorii de specialitate). Pe de altă parte, pacienții cu PID preexistent au riscuri mai mari în caz că dezvoltă infecție cu SARS Cov2, cu șanse mai mari de a ajunge la spital și în terapiile intensive și chiar cu un risc mai mare de deces. Și alți factori de risc se adaugă, cum ar fi vârsta, sexul masculin, obezitatea, *pattern*-ul (cele fibrozante mai mult decât alte tipuri), severitatea și extensia PID. În ultimul rând, succesul unor medicamente imunomodulatoare (anti IL6, antiIL1, inhibitori de JAK, steroizi, etc) în tratamentul pneumoniei COVID 19 și mai ales la cei cu activare și furtună citokinică, explică implicarea căilor autoimunității în ambele situații.

EULAR COVID-19 and COVAX Registries Update

Pedro M Machado MD PhD
Associate Professor & Consultant Rheumatologist
University College London

Data from the EULAR COVID-19 and COVAX Registries will be presented. Results from the COVID-19 registry have shown that older age, male sex, and cardiovascular and chronic lung disease were associated with COVID-19-related death. Disease-specific factors, namely, moderate/high disease activity and certain medications (e.g. rituximab) were also associated with COVID-19-related death. Most anti-rheumatic medications were not associated with COVID-19-related death. These data suggest that there is a differential risk of COVID-19-related death according to disease activity and treatments in patients with rheumatic disease, highlighting the need for adequate disease control with DMARDs. In the COVAX registry, the overwhelming majority of patients with inflammatory/autoimmune rheumatic and musculoskeletal diseases (I-RMD) tolerated their vaccination well with rare reports of I-RMD flare (4.4%, 0.6% severe, 1.5% requiring medication changes), and very rare reports of serious AEs (0.4%) and breakthrough infections, namely in fully vaccinated patients (0.7%). The AE profile was similar to the one observed in patients with non-inflammatory RMDs (and the general population). They were mainly non-serious transient local and systemic reactions. These findings will support discussions with patients regarding the safety profile and benefit/risk ratio of vaccination against SARS-CoV-2 and the development of recommendations by competent organisations. These findings should also provide reassurance to rheumatologists, other health professionals and vaccine recipients, and promote confidence in SARS-CoV-2 vaccine safety in I-RMD patients.

10³⁰ – 11⁰⁰: Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰: LUPUS IN FABULA: SĂ VORBIM DESPRE LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC

Moderator: Simona Rednic

Actualități în nefrita lupică - *Ruxandra Ionescu*

The burden of disease in SLE: the patient point of view - *Marta Mosca (Pisa)*

Terapia medicamentoasă în lupusul eritematos sistemic: ce e vechi și păstrat, ce e nou și preluat - *Simona Rednic*

Sarcina în lupusul eritematos sistemic - *Cristina Pamfil*

Actualități în nefrita lupică

Ruxandra Ionescu

Lupusul eritematos sistemic (LES) poate fi considerat cea mai polimorfă boală autoimună, atât din punct de vedere clinic, cât și serologic. Cele mai multe cazuri de LES se manifestă prin asocierea dintre manifestări constituționale, afectarea cutanată, articulară, hematologică și seroasă. Unele afectări organice din LES, cum ar fi nefrita lupică pot fi amenințătoare de viață, așa încât este importantă evaluarea funcției renale chiar în absența unor manifestări sugestive, iar atunci când sunt prezente, se impune efectuarea biopsiei renale pentru stabilirea clasei histologice și a severității afectării renale. Biopsia renală este utilă pentru a diferenția nefrita prin mecanism imun de cea prin microangiopatie trombotică sau podocitopatie, precum și de a diferenția leziunile active de cele cronice (1). Clasificarea unanim acceptată în prezent este cea dezvoltată de Societatea Internațională de Nefrologie în colaborare cu Societatea de Patologie Renală (ISN/RPS) din 2004 (2).

Indiferent de tipul de afectare renală obiectivul principal este normalizarea funcției renale și prevenirea progresiei spre stadiul final de boală renală. În recomandările de management al LES (3) se menționează că ținta terapiei este remisiunea completă ce semnifică o proteinurie <500 mg/24 h cu variații ale creatininei serice cu 10% din valoarea de bază după 1-2 ani de tratament. Remisiunea parțială este definită ca scăderea proteinuriei la nivel subnephrotic, sau cu $\geq 50\%$ sub valorile inițiale și variația creatininei serice în limita a 10% față de valorile de bază după 6/12 luni de tratament. Pentru controlul afectării renale se utilizează glucocorticoizi în doze mari, administrați precoce și imunosupresoare, cel mai frecvent ciclofosfamida (CF) sau micofenolat mofetil (MMF) în funcție de tipul histologic al afectării renale. Alte măsuri importante vizează controlul hipertensiunii arteriale cu menținerea unor valori ale TA sub 130/80 mmHg, tratarea dislipidemiei, suplimentare calciu, vitamina D, bisfosfonati, evitarea folosirii de AINS, evitarea sarcinii în boala activă renală. Terapie cu hidroxiclorchină trebuie menținută. Pentru inducerea remisiunii în special în clasa IV (+/-V) se utilizează ciclofosfamida în pulsterapie i.v. 0,5-1g/m² lunar în primele 6 luni, ulterior la 3 luni sau varianta cu doze mai mici din Eurolypus, 500mg la 2săpt (6doze) sau MMF în doză de 3 g/zi. Pentru menținerea remisiunii se utilizează micofenolatul mofetil (MMF) 2g/zi sau azathioprina (2mg/kg/zi), pe o perioadă de cel puțin 3 ani

În caz de sindrom nefrotic sever MMF poate fi combinat cu doze scăzute de inhibitori de calciuneurina

Bibliografie

1. Danila M.I., Pons – Estel G.J., et al, „Renal damage is the most important predictor of mortality within the damage index: data from LUMINA LXIV, a multiethnic US cohort”, *Rheumatology*, 2009; 48(5): 542
2. Weening J.J., D'Agati V.D., et al, „The classification of glomerulonephritis in systemic lupus erythematosus revised”, *Kidney Int*, 2004; 65: 521
3. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, et al 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus

Ann Rheum Dis 2019, 78:736–745.

The burden of disease in SLE: the patient point of view

Marta Mosca, Elena Elefante, Chiara Tani, Dina Zucchi
University of Pisa, Italy

Over the last decades, the prognosis of patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) has improved significantly, from a survival of less than 50% at 5 years reported in one study in 1955 to a survival of 85% at 10 years and 75% at 20 years in the early 2000s. However, SLE, with its wide range of manifestations and its unpredictable course, poses a significant burden on patients' lives.

In fact, literature data show that SLE has a considerable impact on patients' physical, social and financial status. In particular, patients report reduced ability to socialize, impact on work activity as well as heavy impact on carers, as for their financial status and their social activities.

Health related quality of life (HRQOL) of SLE patients is consistently lower not only when compared with that of matched healthy subjects, but also when compared with patients with other chronic diseases.

Among the disease manifestations that most seem to influence the HRQOL of patients with SLE are undoubtedly the musculoskeletal ones. More recently, it has been demonstrated that patients with active lupus nephritis have worse health-related and non health-related QOL assessed by the LupusPRO questionnaire. The SF-36 has also been used to assess QOL in patients with neuropsychiatric involvement. In addition, in recent work on neuropsychiatric SLE, it was found that QOL assessed by the SF-36 is impaired in all patients with SLE and neurological events. Damage accrual also worsens the QOL of patients with SLE and a positive relationship between the development of new organ damage and the deterioration in HRQOL (evaluated by SF-36) has been reported.

Despite these data, the relationship between activity, organ damage, and HRQOL remains complex and controversial, and the value of activity and damage indices as predictors of patient quality of life remains debated. HRQOL, therefore, appears as an independent domain and needs to be assessed distinctly with appropriate tools to measure it, to capture its different aspects.

References

1. Urowitz M, Gladman DD, Ibañez D, et al. Changes in quality of life in the first 5 years of disease in a multicenter cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res* 2014;66(9):1374–1379.
2. Chaigne B, Finckh A, Alpizar-Rodriguez D, et al. Differential impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis on health-related quality of life. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil* 2017;26(7):1767–1775.
3. Cornet A, Andersen J, Myllys K, Edwards A, Arnaud L. Living with systemic lupus erythematosus in 2020: a European patient survey. *Lupus Sci Med* 2021;8(1):e000469.
4. Elefante E, Tani C, Stagnaro C, et al. Articular involvement, steroid treatment and fibromyalgia are the main determinants of patient-physician discordance in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Res Ther* 2020;22(1):241.

Terapia medicamentoasă în lupusul eritematos sistemic: ce e vechi și trebuie păstrat, ce e nou și poate fi preluat

Simona Rednic

Clinica Reumatologie, UMF Iuliu Hațieganu Cluj și Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj, România
Lupusul eritematos sistemic (LES) rămâne o boală provocatoare din punct de vedere terapeutic în ciuda progreselor uriașe făcute în ultimii ani. Dincolo de polimorfismul legat de afectările de organ diverse și severitatea diferită a acestor manifestări, de activitatea bolii la un moment dat (prezentă sau nu, greu de măsurat obiectiv), de comorbiditățile multiple și de toxicitatea medicamentelor larg utilizate, alegerea schemei de tratament corectă în lupus și mai ales menținerea ei pe termen lung sunt adevăratele încercări ale celor ce tratează lupus. Medicamente „vechi” cum ar fi antimalaricele, steroizii și imunosupresoarele tradiționale rămân încă în uz, dar am învățat mai multe despre când și cum să le folosim eficient. Antimalaricele rămân piatra de temelie a tratamentului medicamentos în lupus. În ultimii ani la dezbateri și întâlniri între reumatologi și oftalmologi au determinat un consens asupra factorilor de risc, metodelor și tehnicilor de *screening* și dozei ideale de hidroxiclorochină pentru evitarea și depistarea precoce a toxicității retiniene. Steroizii au o eficacitate indiscutabilă și rămân o terapie esențială în puseele severe de boală, dar riscul efectelor secundare e foarte mare. Ultimii ani au adus clarificări și date suplimentare asupra profilului efectelor secundare, a schemelor de atac și întreținere, în identificarea dozelor minim acceptabile pe termen lung și a mijloacelor de *sparing*. Locul imunosupresoarelor convenționale precum ciclofosfamida, micofenolatul mofetil, azatioprina a fost de asemenea clarificat. Administrarea acestora se face în funcție de organul afectat, iar reducerea dozelor de ciclofosamidă, posibilitatea înlocuirii acesteia cu micofenolat în multe situații, diferențele între terapiile de atac și cele de întreținere sunt clarificări aduse tot în ultimii ani.

Chiar imunosupresoare sintetice noi apar la orizont, cum ar fi sirolimusul, un inhibitor al serin-treonin kinazei implicată în proliferarea LT și care pare o terapie promițătoare mai ales în afectarea musculoscheletală. Multe studii randomizate cu medicamente promițătoare au esuat atunci când au fost încercate în LES. Belimumabul este primul anticorp monoclonal uman aprobat, iar recomandarea inițială s-a referit la preparatul perfuzabil și la lupusul nonrenal. Ulterior forma subcutanată și indicația în nefrita lupică au apărut. În ciuda faptului că studiile randomizate ce au folosit rituximabul nu și-au atins obiectivele primare, preparatul este utilizat în unele situații de lupus refractar. Recent recomandările EULAR recunosc rituximabul ca o terapie de linia a doua pentru afectarea severă de organ. Recent un studiu care folosește belimumabul și rituximabul în combinație a fost prezentat, efectele sinergice și aditive ale celor două preparate par să se regăsească și într-un răspuns terapeutic bun. În ultimii ani, o citokină s-a dovedit a fi de mare interes în patogeniza LES, aceasta fiind interferonul alpha (IFNα). Antifrolumabul (anticorp antireceptor IFNα) a trecut pragul studiilor clinice de fază III și chiar a aprobărilor. Nu toate terapiile care vizează calea interferonului au trecut pragul reusitei. Este primul pas spre terapia personalizată și spre o selecție a pacienților pentru diferite terapii. Calea JAK/STAT pare să aibă și ea implicații semnificative în această boală complexă. Baricitinibul este în curs de evaluare în studii de fază III și pare a deschide calea acestui mecanism. Mai mult de 125 studii clinice randomizate sunt în prezent în desfășurare pentru LES.

Sarcina în lupusul eritematos sistemic

Cristina Pamfil

În urmă cu 30 de ani, sarcina era contraindicată în lupus, datorită potențialelor complicații pentru mamă și pentru făt și a presupusului risc de transmitere genetică a bolii. Astăzi, sarcina în lupus rămâne o provocare – orice sarcina la o pacientă cu lupus este considerată sarcină cu risc înalt, dar evoluția sarcinii s-a îmbunătățit considerabil. Mai mult, în ultima decadă au fost publicate primele recomandări EULAR și ACR care ghidează managementul sarcinii în lupus și în sindromul antifosfolipidic și a medicației în sarcina din bolile reumatice.

Fertilitatea, consilierea contraceptivă și planingul sarcinii sunt aspecte esențiale care vor fi avute în vedere încă de la diagnostic. Toxicitatea gonadală indusă de ciclofosamidă este dependentă de doză, și mult subapreciată, în special la sexul masculin. Un studiu efectuat pe pacienți de sex masculin (copii, adolescenți și adulți tineri) care au primit ciclofosamidă pentru lupus și vasculită a demonstrat faptul că pacienții nu beneficiază de consiliere pentru prezervarea fertilității, deși, o doză de peste $>6 \text{ g/m}^2$ de ciclofosamidă este asociată cu oligospermie și infertilitate la sexul masculin. Crioprezervarea de spermă este o procedură simplă, accesibilă și puțin costisitoare care ar trebui oferită oricărui pacient de sex masculin. În cazul femeilor, crioprezervarea de ovocite și administrarea de analogi de GTRH (leuprolid acetat) trebuie propuse pacientelor anterior administrării ciclofosfamidei.

Consilierea contraceptivă trebuie începută la prima vizită, sfatul legat de contracepția se poate face conform recomandărilor ACR 2020. Riscul pilulei contraceptive ce conține estrogen și eficiența și siguranța pentru boala de bază oferite de dispozitivele intrauterine și de implantul cu progesteron sunt aspecte care vor fi discutate, în funcție de caz, cu pacientele cu LES și SAFL.

Planificarea sarcinii este obligatorie la orice pacientă cu lupus, iar stabilirea momentului oportun presupune o perioadă de minim 6 luni de remisiune sau de activitate minimă a bolii, respectiv SLEDAI ≤ 4 sub medicație stabilă, compatibilă cu sarcina. Evaluarea factorilor de risc și monitorizarea sarcinii includ vizite frecvente, ecografie fetală pentru morfologie, ecocardiografie fetală și ultrasonografia arterelor uterine și ombilicale. O sarcină reușită este posibilă, dar presupune o echipă specializată care include reumatologul, ginecologul și neonatologul specializați în patologie.

Referințe

1. Andreoli L, et al. EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(3).
2. Göttestam Skorpen C, Hoeltzenbein M, Tincani A, Fischer-Betz R, Elefant E, Chambers C, et al. The

EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(5):795–810.

3. Tektonidou M, et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(10):1296–304.

4. Sammaritano L, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Arthritis Rheumatol (Hoboken, NJ).* 2020;72(4):529–56.

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 15³⁰ : ACTUALITĂȚI ÎN SPONDILOARTRITE

Moderator: Ruxandra Ionescu

Spondilartritele axiale: concept, clasificare și diagnostic precoce - *Laura Muntean*

Functional impairment or clinical activity – Their impact on treat-to-target outcomes in axSpA - *Xenofon Baraliakos (Herne)*

Impactul manifestărilor extraarticulare asupra obiectivelor treat-to-target în spondilartritele axiale - *Ruxandra Ionescu*

Spondilartritele axiale: concept, clasificare și diagnostic precoce

Laura Muntean

Clinica Reumatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, România

Spondilartritele (SpA) sunt un grup heterogen de afecțiuni reumatologice inflamatorii care au o serie de caracteristici comune, incluzând inflamația la nivelul articulațiilor sacroiliace și coloanei vertebrale, manifestări periferice (artrită, entezită, dactilită) și extra-scheletale (uveită, psoriazis și boli inflamatorii intestinale). Conceptual, SpA grupează entități nosologice diferite, dar interconectate. De-a lungul timpului au fost dezvoltate mai multe seturi de criterii pentru diagnosticul și clasificarea SpA.

Spondilita anchilozantă (SA), prototipul SpA, se caracterizează prin leziuni structurale progresive spre anchiloză la nivelul scheletului axial, care pot duce la dizabilitate crescută și scăderea calității vieții pacienților. Criteriile de la New York modificate au specificitate crescută pentru diagnosticul de SA, dar au dezavantajul unui diagnostic tardiv. Progresele remarcabile ale tehnicilor imagistice moderne și descoperirea terapiilor biologice extrem de eficiente asupra tuturor manifestărilor din SpA au determinat o schimbare de paradigmă în diagnosticul SpA. Astfel, a fost introdus conceptul de SpA axială, care postula că în SA există un stadiu pre-radiologic în care leziunile precoce de la nivelul articulațiilor sacroiliace pot fi detectate cu ajutorul imagisticii prin rezonanță magnetică (IRM). Acest concept a stat la baza dezvoltării în 2009 a criteriilor ASAS de clasificare pentru întregul spectru al SpA axiale.

Studiile longitudinale au arătat că doar 10 – 40% dintre pacienți cu SpA non-radiografică (nr-axSpA) progresează către forma radiografică (rgr-axSpA) pe o perioadă de 2-10 ani. Au fost identificați o serie de factori de risc pentru progresia radiografică a nr-axSpA, incluzând factori socio-demografici (sexul masculin, fumat), factori genetici, activitatea bolii (valori crescute ale CRP, intensitatea inflamației IRM), prezența leziunilor structurale de grad redus la nivelul articulațiilor sacroiliace. La ora actuală se consideră că nr-axSpA și rgr-axSpA (SA) fac parte din spectrul heterogen al axSpA și că doar o parte din pacienții cu nr-axSpA vor progresa spre SA, ceilalți vor rămâne în această stare sau vor regresa. În practica clinică se recomandă folosirea conceptului unificator de axSpA pentru diagnostic și tratament. Diagnosticul precoce corect rămâne încă o provocare în practica clinică curentă. În acest sens, este important pentru clinicieni să înțeleagă diferența dintre criteriile de diagnostic și cele de clasificare.

Aplicarea noilor criterii de clasificare a făcut posibilă stratificarea pacienților cu SpA pentru includere în studii clinice. Pe de altă parte, folosirea greșită a acestor criterii pentru diagnostic în practica clinică a stârnit îngrijorări legate de posibilitatea unor diagnostice fals pozitive și a administrării eronate a medicațiilor specifice. Cu atât mai mult cu cât în ultimii ani s-a demonstrat că leziunile IRM “înalt sugestive” pentru axSpA se întâlnesc relativ frecvent la alte categorii de pacienți și la indivizi sănătoși (ex. alergători, gravide). Diagnosticul axSpA este unul clinic și se bazează pe identificarea unei constelații de manifestări clinice sugestive, biomarkeri (CRP, HLA-B27) și a modificărilor imagistice (radiografice și IRM), care trebuie interpretate în context clinic. O etapă importantă în demersul diagnostic implică excluderea afecțiunilor care pot avea manifestări asemănătoare. Au fost propuse mai multe algoritmi pentru diagnosticul precoce al axSpA, care pot fi utile clinicienilor. Judecata clinică corectă rămâne piatra de temelie a diagnosticului precoce în axSpA.

Functional impairment or clinical activity – Their impact on treat-to-target outcomes in axSpA

Xenofon Baraliakos
Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne
Ruhr-University Bochum
Germany

In patients with axial spondyloarthritis (axSpA), pain, functional and structural impairments, reduced mobility and potential deformity of the axial skeleton are the most prominent health concerns. Limitations in physical function and spinal mobility are caused by both inflammation and structural damage, and therefore restrictions to physical function must be monitored throughout a patient's life. Consequently, the assessment of physical function is recommended as a key domain in the Assessment of Spondyloarthritis International Society-OMERACT Core Outcome Set. However, in comparison with disease activity, physical function seems to be a relatively neglected target of intervention in patients with axSpA, even though physical function is a major contributor to costs and disability in this disease. This presentation aims to acquaint rheumatologists with the targets for physical function, physical activity and performance by giving guidance on determinants of physical function and how physical function can be examined in patients with axSpA.

Impactul manifestărilor extraarticulare asupra obiectivelor treat-to-target în spondilartritele axiale

Ruxandra Ionescu

Spondiloartrita axială (axSpA) este o boală inflamatoare cronică predominant a scheletului axial în care manifestarea clinică dominantă este durerea la nivelul coloanei, urmare a inflamației și leziunilor structurale la nivelul articulației sacroiliace și a scheletului axial, finalizarea modificărilor structurale fiind reprezentată de formarea de os (1). Procesul inflamator cronic din SpA este localizat atât scheletal, cât și extrascheletal. Manifestările extrascheletale cele mai frecvente sunt reprezentate de uveita acută anterioară ce survine la 25-40% dintre pacienți, fiind mai frecventă la cei HLA B27 pozitivi. Manifestările gastrointestinale de tipul unei boli inflamatoare intestinale, boală Crohn sau colită ulcerativă sunt prezente la aproximativ 6% dintre pacienți, deși inflamația subclinică intestinală detectată colonoscopic poate fi prezentă la jumătate dintre pacienții cu SpA. Mai pot fi întâlnite afectări pulmonare, tomografia computerizată cu rezoluție înaltă (HRCT) permițând detectarea bolii interstițiale pulmonare, la pacienții cu simptome respiratorii, dar cu radiografie normală. Alte afectări întâlnite sunt cele renale de tipul amiloidozei, afectări tegumentare sau cardiovasculare. Comorbiditățile cardiovasculare nu sunt de neglijat la pacienții cu SpA, inflamația cronică reprezentând un factor de risc pentru ateroscleroza accelerate și boala cardiovasculară. Conceptul tratamentului în SpA este de tip treat to target, ținta terapiei fiind remisiunea sau în cazurile în care aceasta nu poate fi atinsă, activitatea scăzută a bolii(2). Personalizarea tratamentului ia în calcul nu doar manifestările scheletale ci și pe cele extrascheletale. Prezența manifestărilor extrascheletale ca

uveita acută anterioară, amiloidoza secundară sau ateroscleroza accelerată întunecă prognosticul bolii. În acest sens alegerea terapiei remisive clasice cât și biologice trebuie făcută ținând cont atât de eficacitatea acestora pe diversele manifestări extrascheletale cât și de efectele adverse pe diverse organe. Pentru afectarea oculară reprezentată de uveita anterioară, cu risc de sinechii, glaucom, cecitate sau cataractă cortizonică sunt eficienți anticorpii monoclonali anti TNF. Bolile inflamatoare intestinale asociate SpA beneficiază de asemenea de anticorpi monoclonali anti TNF, în timp ce leziunile cutanate de tip psoriazis răspund mai bine la inhibitorii de IL-17.

Bibliografie

1. Rudwaleit M, Landewé R, van der Heijde D, Listing J, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, Collantes-Estevez E, Davis J, Dijkmans B, Dougados M, Emery P, van der Horst-Bruinsma IE, Inman R, Khan MA, Leirisalo-Repo M, van der Linden S, Maksymowych WP, Mielants H, Olivieri I, Sturrock R, de Vlam K, Sieper J. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I. Ann Rheum Dis 2009 Jun;68(6):770-6.
2. 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):978-991

15³⁰ – 16⁰⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : SPONDILOARTRITE: SCENARII CLINICE

Moderator: Paulina Ciurea

Pacientul cu spondilartrită și entezită, de la diagnostic la tratament - *Florentin Vreju*

Pacientul cu spondilartrită și boli inflamatorii intestinale - *Daniela Opris Belinski*

Uveita în spondilartrite: repere diagnostice și terapeutice - *Codrina Ancuța*

Pacientul cu spondilartrită și entezită, de la diagnostic la tratament

Ananu Florentin Vreju
UMF Craiova, Romania

Spondiloartritele (SpA) reprezintă un grup de afecțiuni cu un important impact, atât individual, cât și asupra societății, datorită limitării capacității de muncă secundare impotenței funcționale marcate generate de durerea și inflamația articulară, dar și datorită costurilor directe, asociate diagnosticului, terapiei și spitalizărilor necesare pentru acești pacienți.

Evenimentul primar în SpA este, fie că vorbim de afectarea axială, sau de cea periferică, entezita, definită până recent ca prezența modificărilor de tip inflamator la nivelul contactului și inserției tendoanelor, ligamentelor și cartilajului la nivelul osului. Apariția noțiunii de enteza funcțională a schimbat major percepția despre patogenia SpA, explicând simptomatologia de la nivelul tendoanelor, în zonele de schimbare a direcției, precum la nivelul tendoanelor extensorilor degetelor. De cele mai multe ori, însă, inflamația de la nivel entezal este subdiagnosticată clinic, examenul clinic neavând sensibilitate și specificitate foarte mari. Utilizarea de rutină a metodelor imagistice poate aduce, în plus, informații semnificative, atât în diagnosticul, cât și în managementul spondiloartritelor. Afectarea entezală de la nivel axial poate fi obiectivată prin intermediul imagisticii prin rezonanță magnetică (IRM), în timp ce modificările periferice, de la nivelul entezelor reale și entezelor funcționale, pot fi recunoscute atât prin intermediul IRM, cât și cu ajutorul ecografiei musculoscheletale, atât în scala gri, cât și în mod Doppler.

Diagnosticul entezitei cât mai precoce este esențial, identificarea modificărilor inițiale, de tip inflamator, la nivelul organului entezal, înaintea evoluției către leziuni ireversibile, precum osteoproliferarea, respectiv apariția eroziunilor, atât la nivel periferic, cât și axial putând schimba semnificativ prognosticul. Tratamentul entezitei implică cel mai frecvent utilizarea agenților biologici

anti TNF alfa sau anti-IL17, alături de administrarea locala, în anumite situații, de glucocorticoizi, ideal sub control ecografic.

Pacientul cu spondilartrită și boli inflamatorii intestinale

Daniela Opriș-Belinski
Spitalul Clinic Sfânta Maria, UMF Carol Davila București

Noțiunea de spondilartrită (SpA), care la momentul actual o înlocuiește pe cea de spondiloartropatie seronegativă, include un grup de afecțiuni cu caracteristici comune, uneori superpozabile și pentru care există posibilitatea de trecere de la o formă la alta. Afectarea articulară asociată bolilor inflamatorii intestinale (BII), atât rectocolita ulcero-hemoragică cât și boala Crohn, este descrisă ca și entitate separată în cadrul spondilartritelor. Astfel, apariția durerilor abdominale, a diareei, scăderii în greutate, sau identificarea unei anemii neexplicate de alte cauze trebuie să orienteze pacientul către un serviciu gastroenterologic și explorare endoscopică. Datele actuale identifică diagnosticul de BII la 5-15% dintre pacienții cu SpA însă cel mai frecvent (60%) inflamația intestinală este asimptomatică, fapt confirmat de multiple studii endoscopice. Nu în ultimul rând, administrarea cronică de AINS poate fi responsabilă de simptomatologie asemănătoare, dar și de creșteri ale calprotectinei fecale, fapt ce poate induce dificultăți în interpretare. Prevalența afectării articulare în BII este de 17-20%, mai înaltă în Crohn decât în rectocolită și poate îmbrăca atât forma axială (doar sacroiliită sau spondilartrită axială) dar și periferică, cel mai frecvent de tip oligoarticular.

Bibliografie:

1. Van Praet L et al. Microscopic gut inflammation in axial spondyloarthritis: a multiparametric predictive model. *Ann Rheum Dis* 2013; 72:414.
2. Karreman MC, et al The Prevalence and Incidence of Axial and Peripheral Spondyloarthritis in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Crohns Colitis* 2016.

Uveita în spondilartrite: repere diagnostice și terapeutice

Ancuța Codrina^{1,2}

¹ Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T Popa” Iasi; ² Reumatologie 2, Spitalul Clinic de Recuperare, Iasi, Romania

Spondilartritele (SpA) rămân un grup heterogen boli reumatice inflamatorii cronice ce au în comun o serie de elemente definitorii între care determinismul genetic, inflamația locală și sistemică, polimorfismul clinic și resursele terapeutice.

Manifestările extraarticulare (MEA) legate de conceptul de boală se regăsesc frecvent în expresia clinică a SpA, având implicații diagnostice, terapeutice și prognostice. Uveita acută anterioară (UAA) constituie cea mai frecventă MEA decelată în SpA (50% cazuri), cu un impact major asupra calității vieții și abordare multivalentă. *Pattern*-ul uveitei diferă în SpA axiale *versus* SpA periferice (artrita psoriazică, boala inflamatorie intestinală) raportat la frecvență, modalitatea de debut, model clinic, localizare, profil evolutiv.

Deși incomplet descifrate, evenimentele patobiologice ce definesc SpA și uveita în contextul SpA sunt rezultatul interrelației disbioză intestinală – infecții bacteriene – stress biomecanic – activare imună aberantă (axele TNF și IL-17A/ IL-23) ce se derulează pe un *background* genetic specific (HLA-B*27, gena ERAP-1).

UAA constituie un factor prognostic negativ în SpA în relație directă cu activitatea înaltă (ASDAS), impactul funcțional (BASFI), metrologie (BASMI) și *damage*-ul radiologic. Mai mult, riscul crescut uveita este corelat cu sacroiliita radiografică, HLA-B*27, durerea inflamatorie vertebrală, entezita, nivelul crescut al proteinei C reactive.

Dat fiind implicațiile clinice, prognostice și terapeutice, identificarea strategiei optime de acces/ trimitere între specialități devine prioritară, parteneriatul reumatolog-oftalmolog cu eventuală buclă extinsă la nivelul medicului de familie fiind esențiale. Atât algoritmul DUET (detectia SpA la pacienți

cu UAA permite diagnosticarea precoce a SpA via oftalmolog în populația cu UAA idiopatica HLA-B*27 pozitivă; circa 40% din uveitele HLA-B*27 aparțin SpA non-diagnosticate), cât și, de data mai recentă, algoritmul ASAS, se pretează la identificarea precoce a bolii reumatice și complicației oculare, permițând o terapie adecvată precoce.

Uveita constituie, de fapt, un factor de optimizare a deciziei terapeutice la pacienții cu SpA. Variantele terapeutice sunt multivalente, admistrare sevențial sau în asocieri, pe paliere de agresivitate: (i) topice; (ii) glucocorticoizi intraocular sau sistemic (eficacitate pe termen scurt, risc de complicații pe termen lung); (iii) remisivele sintetice (reduc recidivele, eficacitate modestă, efect tardive, toxicitate); (iv) biologicele (bDMARDs) (eficiente în UAA refractară; răspuns diferit în clasa inhibitorilor de TNF cu eficacitate superioară a anticorpilor monoclonali anti-TNF *versus* receptorul solubil TNF, tradusă prin protecție superioară pentru episoadele uveitice; eficacitate ce necesită validare suplimentară pentru inhibitorii IL-17, deși date recente orientează spre risc scazut de recidivă UAA), și, în perspectivă, inhibitorii JAK (1, 3).

O mențiune specială pentru uveita paradoxală, definită ca exuberanța fenomenelor inflamatorii oculare (puseu/ uveită *de novo*) în contextul unui bDMARDs validat pentru indicația respectivă, explicată prin implicarea căii IL-23/IL-17 cu dezechilibru citokinic în puseu, în contextul inhibiției TNF și creșterii activării Th17. Reținem o serie de elemente definitorii pentru uveita paradoxală între care rezoluția la întreruperea bDMARD-inductor și recrudescență la reluarea medicației, riscul înalt la etanercept (uveita paradoxală *borderline*). Complicațiile sunt rare, unele cazuri impunând *switching*-ul pe un alt bDMARDs.

Concluzionând, uveita reprezintă o manifestare extraarticulară relativ comună în SpA, un reper în alegerea biologicului optim, iar parteneriatul oftalmolog-reumatolog este esențial pentru gestionarea adecvată a cazului.

Bibliografie

1. Rademacher J, Poddubnyy D, Pleyer U, *Uveitis in spondyloarthritis*, Ther Adv Musculoskel Dis 2020, Vol. 12: 1–20.
2. Biggioggero M, Crotti C, Becciolini A et al, *The Management of Acute Anterior Uveitis Complicating Spondyloarthritis: Present and Future*, Hindawi BioMed Research International Volume 2018, Article ID 9460187, 11 pg.
3. Lindström U, Bengtsson K, Olofsson T, et al. *Anterior uveitis in patients with spondyloarthritis treated with secukinumab or tumour necrosis factor inhibitors in routine care: does the choice of biological therapy matter?* Ann Rheum Dis 2021;0:1–8. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220420.
4. Khoury G, Morel J, Combe B, Lukas C, *Occurrence of anterior uveitis in patients with spondyloarthritis treated with tumor necrosis factor inhibitors: comparing the soluble receptor to monoclonal antibodies in a large observational cohort*, Arthritis Research & Therapy (2020) 22:94.
5. Hysa E, Cutolo CA, Gotelli E et al, *Immunopathophysiology and clinical impact of uveitis in inflammatory rheumatic diseases: An update*, Eur J Clin Invest. 2021;51:e13572,
6. Deodhar AA, Miceli-Richard C, Baraliakos X et al, *Incidence of Uveitis in Secukinumab-treated Patients With Ankylosing Spondylitis: Pooled Data Analysis From Three Phase 3 Studies*, ACR Open Rheumatology 2020, 2 (5): 294–299

Hotel TELEFERIC

09⁰⁰ – 10³⁰ : COVID-19: IMPACTUL ASUPRA MANAGEMENTULUI BOLILOR REUMATICE

Moderator: Ruxandra Ionescu

Experiența Spitalului Clinic de Boli Infecțioase Cluj privind managementul pacienților cu boli reumatice și COVID-19 - *Mihaela Lupse*

COVID-19 and its impact on rheumatology practice. The italian experience - *Ennio Favalli (Milano)*

Experiența Spitalului Clinic de Boli Infecțioase Cluj privind managementul pacienților cu boli reumatice și COVID-19

Mihaela Lupșe^{1,2}, Liviana Acatrinei², Mihai Călin², Roxana Dobrotă², Violeta Briciu^{1,2}

¹UMF «Iuliu Hațieganu» Cluj-Napoca, România ; ²Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Cluj-Napoca, România

Introducere: Infecția cu noul coronavirus SARS-CoV2 a determinat, începând cu anul 2020, o pandemie fiind responsabilă de peste 225 milioane de cazuri și aproape 5 milioane de decese la nivel mondial. Presiunea exercitată de numărul mare de cazuri asupra sistemului de sănătate s-a resimțit și în spitalul nostru, care a fost spital COVID de la începutul pandemiei și pînă în luna iunie 2021.

Scopul lucrării: Evaluarea evoluției pacienților confirmați cu COVID-19 și boli reumatice internați din martie 2020 pînă în iunie 2021 în Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Cluj și compararea acestora cu evoluția pacienților fără boli reumatice.

Material și metodă: Am realizat un studiu statistic retrospectiv, pe baza datelor pacienților din platforma electronică a spitalului.

Rezultate: În această perioadă au fost spitalizați 12673 pacienți confirmați COVID-19, 46 % în spitalizare continuă, cu o ușoară preponderență a sexului feminin și o medie de vîrstă de 47 ani. Rata de deces a fost de 1,9%, semnificativ mai mare peste vîrsta de 60 ani, la bărbați și la pacienții cu formă severă și critică de boală. Dintre pacienții internați, 26 (0,2%) au avut boli reumatice asociate, majoritatea poliartrită reumatoidă și spondilită anchilozantă, jumătate dintre ei fiind cu tratament imunosupresor sau imunomodulator la debutul infecției. Vîrsta medie a acestor pacienți a fost de 58 ani, cu raport B:F de 1:2,7. 81% din pacienții cu boli reumatice au avut și alte comorbidități, cele mai frecvente fiind hipertensiunea arterială și obezitatea. Procentul formelor severe și critice de boală a fost de 35%. Rata de deces a fost de 11,5%, semnificativ mai mare comparativ cu pacienții fără boli reumatice.

Concluzii: Prezența comorbidităților reumatice și mai ales a medicației imunosupresoare crește riscul de boală severă și deces la pacienții cu COVID-19.

COVID-19 and its impact on rheumatology practice. The italian experience

Ennio G. Favalli

Istituto Gaetano Pini, Milano, Italy

The COVID-19 pandemic that has affected the world population has also had important consequences for the management of patients with rheumatic diseases. After an inevitable phase of great concern regarding the potential fragility of immunocompromised subjects towards SARS-CoV-2 infection, the data collected in the first 18 months of the pandemic now seem to reinforce the idea that the frequency and course of COVID-19 in rheumatic patients can be considered substantially superimposable to what is observed in the general healthy population. This aspect emphasises the importance, even in this period, of therapy with disease-modifying drugs which, by maintaining a clinical remission, makes it possible to reduce the risk of severe infection. Certainly, the reorganisation of healthcare resources that has often been necessary to cope with the pandemic has had a negative impact on the ability of rheumatologists to make an early diagnosis and monitor patients correctly in the context of a tight control strategy. This has led to an increase in the use of telemedicine, which until then had found little application in rheumatology. More recently, the focus has shifted to the management of the vaccination campaign in rheumatic patients, and the first available data are reassuring on the safety profile, but confirm that some disease-modifying drugs may limit the antibody response to the vaccine, suggesting their personalised use in relation to the administration of vaccine doses.

10³⁰ – 11⁰⁰: Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰ : ARTROPATIA PSORIAZICĂ: DOMENIILE BOLII

Moderator: Andra Bălănescu

Afectarea articulară în artrita psoriazică – un caleidoscop provocator - *Ileana Filipescu și Andra Bălănescu*

Semnificația entezitei și dactilitei în artropatia psoriazică - *Magda Pârvu*

Artropatia psoriazică din perspectiva dermatologului - *Cătălin Popescu*

Artropatia psoriazică: domeniile bolii

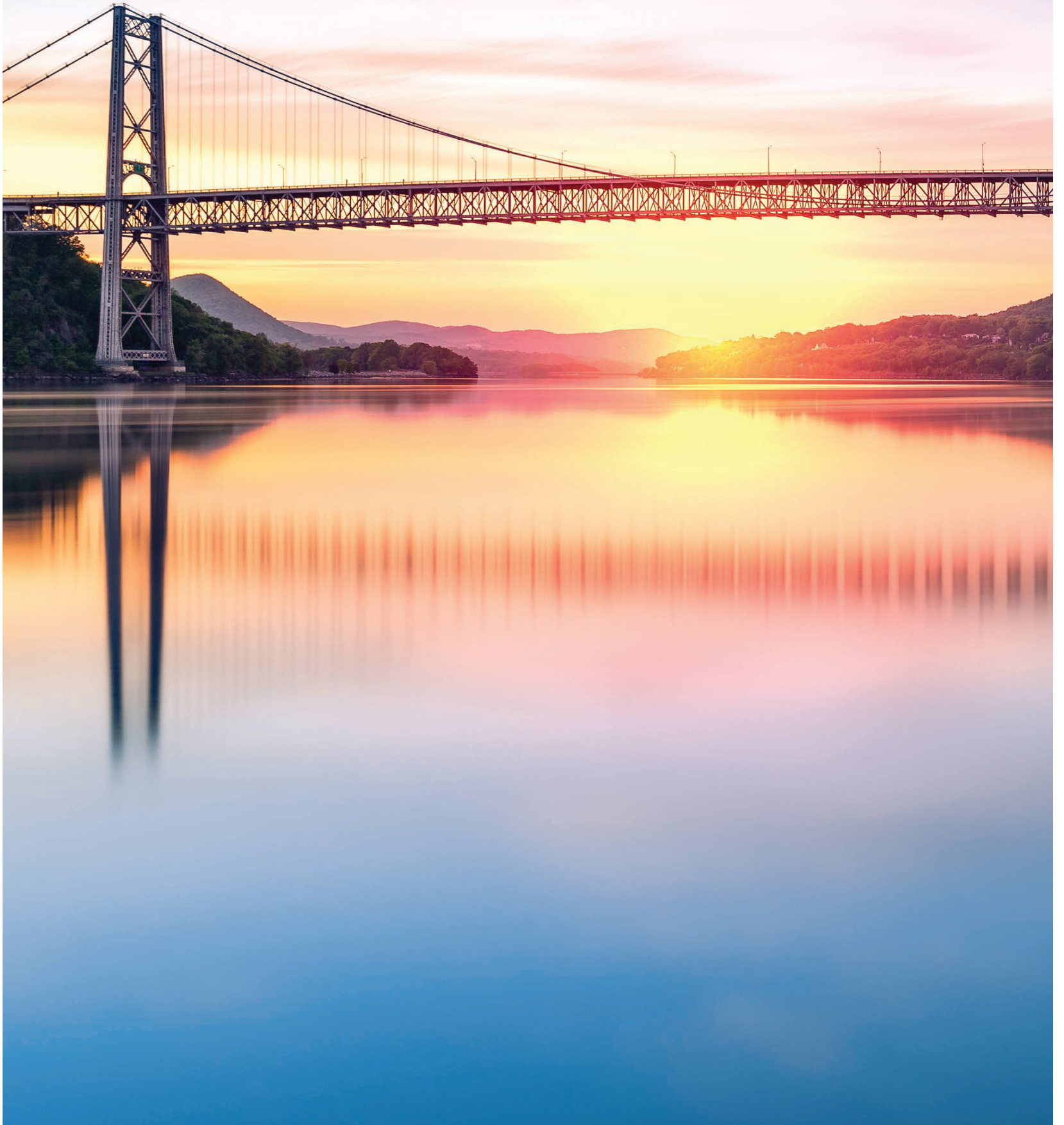
Andra Bălănescu¹, Ileana Filipescu², Magda Pârvu³

¹UMF „Carol Davila” - București

²UMF „Iuliu Hațieganu” – Cluj

³Spitalul Clinic Colentina - București

Artrita psoriazică (APs) este o boală inflamatorie mediată imun, care face parte din grupul spondilartritelor, având în comun cu acestea elemente clinice (articulare și extra-articulare), aspecte genetice și patogenice. Afectarea articulară este heterogenă, iar cea extra-articulară include determinări cutanate, unghiale, oculare, intestinale, precum și comorbidități multiple, cardiovasculare, metabolice sau psihiatrice. Toate acestea influențează major prognosticul, calitatea vieții și mortalitatea în rândul pacienților afectați de această boală. Astfel, APs este o afecțiune cu un potențial evolutiv important, aproximativ 40% din pacienți având forme severe, deformante, modificări care apar încă din primul an de la debut. Dificultatea diagnosticării precoce a APs este determinată de heterogenitatea manifestărilor clinice, lipsa unor biomarkeri specifici și uneori de o colaborare insuficientă între specialități. Există studii care arată că între 15-29% dintre pacienții cu psoriazis au APs nedignosticate, iar diagnosticul de APs se pune cu o întârziere de 5 ani. Un diagnostic precoce este esențial pentru evoluția ulterioară a bolii, întârzierea acestuia putând avea consecințe severe: 67% dintre pacienți au cel puțin o eroziune când se prezintă la reumatolog, jumătate dintre pacienți au modificări radiologice în primii 2 ani, iar o întârziere de 6 luni a diagnosticului are un impact funcțional semnificativ. Afectarea articulară poate fi atât axială, cât și periferică. De obicei, formele cel mai frecvent întâlnite sunt cea poliarticulară și cea oligoarticulară, acompaniate de entezite, tenosinovite și dactilită. În practică însă, scenariile clinice sunt extrem de variate și complexe, formelor cu afectare articulară mixtă, putându-li-se asocia manifestări extra-articulare și comorbidități variate, iar tratamentul poate fi grevat de lipsa de răspuns la mai multe opțiuni terapeutice sau reacții adverse numeroase. Psoriazisul cutanat constituie o trăsătură majoră a artritei psoriazice cu un impact negativ semnificativ pe funcția fizică, aspectele emoționale, psiho-sociale și calitatea vieții pacienților afectați. Ca urmare a acestei mari varietăți de exprimare clinică, și mijloacele de evaluare sunt complexe și diferite de cele utilizate în alte suferințe reumatice. Acest lucru este cu atât mai important cu cât instituirea cât mai rapidă a tratamentului este un deziderat important în prezent, când paleta terapeutică din această boală s-a lărgit semnificativ, cu noi medicamente cu multiple mecanisme de acțiune.





BIOLOGIC PENTRU

spectrul axSpA

Acum aprobat pentru nr-axSpA¹

(spondiloartrita axială non-radiografică)

Spectrul axSpA (spondiloartrita axială) include spondiloartrita anchilozantă(SA) și nr-axSpA.²



Informații abreviate de prescriere Cosentyx®

Prezentare: Cosentyx 75 mg soluție injectabilă în seringă preumplută; fiecare seringă preumplută conține secukinumab 75 mg în 0,5 ml. Cosentyx 150 mg soluție injectabilă în stilu injector preumplut; fiecare stilu injector preumplut conține secukinumab 150 mg în 1 ml. Cosentyx 300 mg soluție injectabilă în stilu injector preumplut; fiecare stilu injector preumplut conține secukinumab 300 mg în 2 ml. Este posibil ca nu toate mărimile de ambalaj să fie comercializate. **Indicații: Psoriazis în plăci la adulți:** Cosentyx este indicat pentru tratamentul psoriazisului în plăci, moderat până la sever, la adulți care sunt candidați pentru terapie sistemică. **Psoriazis în plăci la copii și adolescenți:** Cosentyx este indicat pentru tratamentul psoriazisului în plăci, moderat până la sever, la copii și adolescenți, începând cu vârsta de 6 ani, care sunt candidați pentru terapie sistemică. **Artrita psoriazică:** Cosentyx, în monoterapie sau în combinație cu metotrexat (MTX), este indicat în tratamentul artritei psoriazice active la pacienții adulți când răspunsul la terapia anterioară cu medicamente antireumateice de modificare ale bolii (MARMB) a fost inadecvat. **Spondiloartrită axială (axSpA): Spondilită anchilozantă (SA, spondiloartrită axială, cu afectare radiografică):** Cosentyx este indicat în tratamentul spondilitei anchilozante active la adulții care nu au răspuns corespunzător la terapia convențională. Spondiloartrită axială fără afectare radiografică (nr-axSpA): Cosentyx este indicat în tratamentul spondiloartritei axiale active, fără afectare radiografică, cu semne obiective de inflamație așa cum sunt indicate prin valorile crescute ale proteinei C reactive (PCR) și/sau de evaluarea imagistică prin rezonanță magnetică (RMN) la adulții cu răspuns inadecvat la medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS). **Doze și mod de administrare: Psoriazis în plăci la adulți:** Doza recomandată este de secukinumab 300 mg, administrată prin injecție subcutanată, la o doză inițială în Săptămânile 0, 1, 2, 3 și 4, urmată de administrarea unei doze lunare de întreținere. Fiecare doză de 300 mg este administrată sub forma unei injecții subcutanate a 300 mg sau a două injecții subcutanate de 150 mg. **Psoriazis în plăci la copii și adolescenți:** Doza recomandată este în funcție de greutatea corporală (75 mg pentru greutate corporală sub 50 kg; 150 mg până la 300 mg pentru greutate corporală de cel puțin 50 kg) și se administrează prin injecție subcutanată, în doza inițială în săptămânile 0, 1, 2, 3 și 4, urmată de o doză lunară de întreținere. **Artrita psoriazică:** La pacienții cu psoriazis în plăci moderat până la sever sau la pacienții care nu au răspuns corespunzător la terapia cu medicamente anti-TNF α , doza recomandată este de 300 mg administrată prin injecție subcutanată, cu administrarea dozei inițiale în Săptămânile 0, 1, 2, 3 și 4, urmată de administrarea dozei de întreținere. Fiecare doză de 300 mg este administrată sub forma unei injecții subcutanate a 300 mg sau a două injecții subcutanate de 150 mg. La alți pacienți, doza recomandată este de 150 mg administrată prin injecție subcutanată cu administrarea dozei inițiale în săptămânile 0, 1, 2, 3 și 4, urmată de administrarea unei doze lunare de întreținere. În funcție de răspuns clinic, doza poate fi crescută până la 300 mg. Fiecare doză de 300 mg este administrată sub forma unei injecții subcutanate a 300 mg sau a două injecții subcutanate de 150 mg. **Spondiloartrită axială, fără afectare radiografică (nr-axSpA):** Doza recomandată este de 150 mg administrată prin injecție subcutanată, cu administrarea unei doze inițiale în săptămânile 0, 1, 2, 3 și 4, urmată de administrarea unei doze lunare de întreținere. Pentru toate indicațiile de mai sus, datele disponibile sugerează faptul că, de obicei, se obține un răspuns clinic într-un interval de 16 săptămâni de tratament. Trebuie avută în vedere întreruperea definitivă a tratamentului la pacienții care nu prezintă răspuns într-un interval de 16 săptămâni de tratament. Unii pacienți care prezintă un răspuns inițial parțial pot obține ulterior îmbunătățiri la continuarea tratamentului după cele 16 săptămâni. Cosentyx se va administra prin injecție subcutanată. Dacă este posibil, trebuie evitată injecția în zonele de piele afectate de psoriazis. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. Infecție activă, importantă din punct de vedere clinic (de exemplu, tuberculoza activă). **Atenționări/Precauții/Interacțiuni: Infecții:** Secukinumab nu trebuie administrat la pacienții cu tuberculoză activă. La pacienții cu tuberculoză latentă trebuie avută în vedere terapia anti-tuberculozică înaintea inițierii tratamentului. **Boală intestinală inflamatorie:** Trebuie monitorizată îndeaproape pacienții care sunt tratați cu secukinumab și care au boală intestinală inflamatorie, inclusiv boala Crohn și colita ulcerativă. **Reacții de hipersensibilitate:** Dacă apare o reacție anafilactică sau alte reacții alergice grave, administrarea secukinumab trebuie încetată imediat și trebuie inițiat tratamentul adecvat. **Persoane sensibile la latex:** La persoanele sensibile la latex există un risc potențial de apariție a reacțiilor de hipersensibilitate. **Vaccinări:** Nu trebuie administrate vaccinuri cu virusuri vii concomitent cu secukinumab. Se pot administra concomitent vaccinuri cu virusuri inactivate sau non-vii. **Terapie imunosupresoare concomitentă:** În studiile privind psoriazisul, nu au fost evaluate siguranța și eficacitatea secukinumab în combinație cu imunosupresoare, inclusiv biologice, sau fototerapie. Secukinumab a fost administrat concomitent cu metotrexat (MTX), sulfasalazină și/sau corticosteroizi în studii privind artrita (inclusiv la pacienții cu artrită psoriazică și spondilită anchilozantă). Trebuie procedat cu precauție atunci când se are în vedere administrarea concomitentă a altor imunosupresoare și secukinumab. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune:** Nu a fost observată nicio interacțiune când secukinumab a fost administrat concomitent cu metotrexat (MTX) și/sau corticosteroizi în studiile privind artrita (inclusiv la pacienții cu artrită psoriazică și spondilită anchilozantă). **Femei cu potențial fertil:** Femeile cu potențial fertil trebuie să utilizeze o metodă eficientă de contracepție în timpul tratamentului și timp de minimum 20 săptămâni după tratament. **Sarcina:** Ca măsură de precauție, este de preferat să se evite utilizarea Cosentyx în timpul sarcinii. Alăptarea: se întrerupe alăptarea până la 20 săptămâni după tratament sau se întrerupe administrarea tratamentului. **Fertilitatea:** Efectul secukinumab asupra fertilității umane nu a fost evaluat. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** Cosentyx nu are nicio influență sau are influență neglijabilă asupra abilității de a conduce vehicule și utiliza utilaje. **Reacții adverse.** Foarte frecvente ($\geq 1/10$): infecții ale căilor respiratorii superioare; frecvente ($\geq 1/100$ și $< 1/10$): herpes oral, tinea pedis, cefalee, rinoree, diaree, greață, fatigabilitate. **Precauții speciale pentru păstrare:** A se păstra la frigider (2°C - 8°C). A nu se congela. Dacă este necesar, Cosentyx poate să fie păstrat în afara frigiderului pentru un singur interval de timp de până la 4 zile, la temperatura camerei, la sub 30°C. A se păstra sticlurile în ambalajul original pentru a fi protejate de lumină. Deținător APP: Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Merrion Road, Dublin 4, Irlanda. Data primei autorizări sau data reînnoirii autorizăției: 03.09.2019. Data revizuirii textului: 18.08.2021.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PR. Acest material promoțional este dedicat profesioniștilor din domeniul sănătății. Informații complete de prescriere sunt disponibile la cerere, la Novartis Pharma Services România S.R.L., Complex Equilibrium, Clădirea 1, str. Gara Herăstrău, nr. 2, etaj 10, secțiunea E10.02, sector 2, cod poștal 020334, București, Tel: +40213129901, Fax: +40213129907. Pentru informații medicale suplimentare vă rugăm să contactați Novartis Pharma Services S.R.L. la adresa de e-mail informatie.medicala@novartis.com. Este important să raportați orice eveniment advers, asociat cu administrarea Cosentyx 150 mg soluție injectabilă în stilu injector preumplut către Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, în conformitate cu sistemul național de raportare spontană disponibil pe pagina web a Agenției (www.anm.ro) la rubrica Secțiunii Speciale/Raportează o reacție adversă. Raportarea se poate efectua prin intermediul aplicației online sau utilizând "Fișa profesionistului din domeniul sănătății" care trebuie completată și trimisă către: Centrul Național de Farmacovigilență, Str. Aviator Sănătescu, Nr. 48, Sector 1, București, România, fax nr: +40213163497, tel: +40757117259, e-mail: adr@anm.ro. Totodată, evenimentele adverse se pot raporta și către reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață, la următoarele date de contact: Novartis Pharma Services România S.R.L., Telefon de farmacovigilență: +40213104430, Fax: +40213104029, e-mail: drugsafety.romania@novartis.com sau în format electronic la adresa: www.report.novartis.com

1. Cosentyx (secukinumab) Rezumatul caracteristicilor produsului. August 2021.
2. Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis. 2009;68(6):777-783

Artrita psoriazică – abordarea dermatologului

Cătălin Popescu

Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, Spitalul Colentina, București

O treime dintre pacienții cu psoriazis au afectare articulară. De obicei, afectarea articulară urmează celei cutanate. În aproximativ 10% din cazuri afectarea cutanată și cea articulară apar concomitent, iar în 10% din cazuri afectarea articulară este manifestarea inaugurală a psoriazisului. Diagnosticul precoce al afectării articulare permite inițierea unui tratament care poate preveni sau întârzia apariția unor modificări ireversibile.

Pentru majoritatea pacienților cu psoriazis, dermatologul este cel care le diagnostichează boala, le prescrie și le monitorizează tratamentul. Pentru acești pacienți, identificarea precoce a afectării articulare depinde de abilitățile clinice ale dermatologului și de o bună colaborare cu un reumatolog. În plus, este important ca la alegerea tratamentului să fie avută în vedere nu numai eficacitatea pe leziunile cutanată ci și pe potențială afectare articulară care poate apărea ulterior.

Pentru cei 10% dintre pacienții la care debutul psoriazisului este la nivel articular, diagnosticul artritei psoriazice este mai dificil. Pot exista însă semne dermatologice discrete, cutanate sau unghiale, a căror recunoaștere poate facilita diagnosticul de psoriazis.

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 15³⁰ : ARTROPATIA PSORIAZICĂ: EVALUAREA BOLII

Moderator: Magda Pârvu

Părerea pacientului în evaluarea artropatiei psoriazice - o nouă dimensiune? - *Andra Bălănescu*

Evaluarea artropatiei psoriazice: divizăm sau inglobăm? - *Magda Pârvu*

Abordarea comorbidităților din artropatia psoriazică - *Liana Chicea*

Artropatia psoriazică: evaluarea bolii

Andra Bălănescu¹, Magda Pârvu², Liana Chicea³,

¹UMF „Carol Davila” - București

²Spitalul Clinic Colentina – București

³Facultatea de Medicina „Victor Papilian” – Sibiu

Artropatia psoriazică (APs) este o suferință inflamatorie articulară cu potențial eroziv și distructiv asociată psoriazisului. Manifestările APs sunt complexe și multifacetate îmbrăcând atât aspectul artritei periferice cât și al spondilitei, dactilitei, entezitei, bolii unghiale alături de alte manifestări extraarticulare. Evaluarea corectă și completă a tuturor acestor componente, adăugarea perspectivei pacienților asupra bolii și integrarea comorbiditatilor multiple asociate sunt esențiale în abordarea acestei boli.

PRO (patients reported outcomes) sunt parametrii stării de sănătate auto-raportate de către pacienți, care adaugă o nouă dimensiune percepției pacientului asupra simptomelor, funcției și a altor aspecte ale vieții lor potențial afectate de boală. PRO oferă posibilitatea integrării perspectivei pacienților, reprezentând o modalitate complementară evaluării făcute de medic. Artrita psoriazică este o boală heterogenă, cu impact foarte mare asupra vieții pacienților. Studii anterioare sugerează că impactul APs perceput de pacienți este mai mare comparativ cu cel al poliartritei reumatoide sau psoriazisului. Cu toate acestea, dezvoltarea PRO pentru artrita psoriazică este încă deficitară, cele mai multe astfel de

măsurători fiind preluate din alte boli și doar foarte puține fiind specifice bolii. Totuși, în ultimii ani au fost elaborate PRO-uri dedicate pacienților cu artrită psoriazică, acestea evaluând aspecte precum: durerea, astenia fizică, evaluarea globală a pacientului, funcția fizică, impactul afectării cutanate, calitatea vieții legate de sănătate, productivitatea muncii. Mai mult, evaluarea PRO este obligatorie în toate programele de cercetare clinică ale noilor medicamente dezvoltate pentru tratamentul acestei boli. La rândul lor medicii au la îndemână măsurători individuale și compozite ale activității bolii și răspunsului la tratament. Măsurătorile individuale permit estimarea exactă a activității bolii în fiecare domeniu, abordare care poate influența alegerile terapeutice, unele medicamente prezentând eficacitate maximă pentru anumite manifestări ale bolii. Deoarece în APs mai multe domenii pot fi afectate concomitent s-a sugerat că pentru evaluarea activității bolii acestor pacienți sunt necesare măsurători compozite care să cuprindă toate sau majoritatea domeniilor afectate, combinând scorurile validate ale fiecărui domeniu individual. Măsurătorile compozite permit evaluarea activității globale a bolii și pot influența deciziile de tratament bazate pe povara globală a bolii. În lumina datelor prezentate abordarea individuală și cea compozită (globală) nu se exclud mutual reciproc.

Abordarea comorbidităților în artrita psoriazică este de asemenea un capitol extrem de important. Unii autori suprapun parțial manifestările extraarticulare (uveita, bolile inflamatorii intestinale - de altfel specifice spondilartritelor seronegative) cu boli asociate. Comorbiditățile din artrita psoriazică includ susceptibilitatea aterosclerotică și bolile cardiovasculare, sindromul metabolic (incluzând diabetul zaharat, obezitatea, dislipidemia), hiperuricemia, steatohepatita non-alcoolică. În literatura mai recentă se discută și despre intricarea cu artroza, afectarea osoasă. Impactul artritei psoriazice este important și asupra psihicului pacienților, explicând asocierea cu anxietatea, depresia, fibromialgia, uneori și cu riscul consumului crescut de toxice. Toate aceste asocieri morbide sunt importante pentru reumatolog nu doar în abordarea holistică a diagnosticului, cât mai ales pentru decizia terapeutică optimă și monitorizarea corectă în scopul atingerii țintei terapeutice propuse. Unele recomandări internaționale de management al artritei psoriazice vizează și comorbiditățile. Acordându-le atenție în practica noastră vom putea obține cele mai bune rezultate în controlul bolii și în calitatea vieții pacienților noștri.

15³⁰ – 16⁰⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : DUREREA ȘI ARTROZA: DE LA CONCEPT LA SOLUȚII TERAPEUTICE

Moderator: Elena Rezuș

Durerea și artroza: cunoaștem oare boala? - *Elena Rezuș*

Durerea și artroza: soluții terapeutice vechi și noi - *Corina Mogoșan*

Terapia non-farmacologică în durere și artroză: de ce, cum și când - *Horațiu Popoviciu*

Durerea și artroza: cunoaștem oare boala?

Elena Rezuș

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași (România), Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica I Reumatologie Iași (România)

Artroza este definită de către American College of Rheumatology ca un grup heterogen de afecțiuni ce determină semne și simptome la nivel articular, asociate cu integritatea modificată a cartilajului în adăuga modificărilor aferente ale osului subcondral la nivelul marginilor articulare.

Există două tipuri majore de durere în artroză: durerea intermitentă, dar severă și durerea continuă, de intensitate mai mică. Durerea intermitentă, severă prezintă cel mai mare impact asupra calității vieții pacientului, mai ales când este imprevizibilă. De obicei, în stadiile incipiente ale artrozei, elementele

distinctive sunt reprezentate de episoadele predictibile de durere, determinate de activitatea fizică. Pacienții aflați în stadii avansate de artroză prezintă o durere mai constantă, cu episoade impredictibile (1).

Identificarea tipurilor de durere din artroză este importantă pentru că aceasta va direcționa și strategia de tratament. Durerea nociceptivă, cea inflamatorie și cea neuropată sunt tipuri distincte de durere cu mecanisme neurobiologice diferite. Clasic, durerea din artroză este considerată o durere de tip nociceptiv, determinată de o încărcare anormală a articulației afectate. Modificările de natură biomecanică de la nivelul articulației deschid canale ionice specifice din terminațiile nervoase nociceptive (2). La anumiți pacienți, există o componentă inflamatorie a durerii. Odată cu degradarea articulației, terminațiile nervoase de la nivel subcondral sunt expuse mediului intra-articular, bogat în mediatori ai inflamației. Stimulul nociceptor continuu poate duce la creșterea excitabilității neuronilor de ordin II de la nivelul cornului dorsal al măduvei spinării. Acest proces de sensibilizare stimulează semnalul nociceptor, și prin urmare amplifică senzația de durere (3). Spre deosebire de durerea nociceptivă, ce este determinată de leziuni propriu-zise ale țesutului sau de către stimuli cu potențial distructiv, durerea neuropată este determinată de leziuni ale sistemului nervos în sine (2). Literatura de specialitate aduce din ce în ce mai multe dovezi în ceea ce privește prezența unei componente neuropatice, în plus față de durerea nociceptivă și sensibilizarea periferică, fiind actualmente recunoscut faptul ca artroza poate determina sensibilizare centrală (2, 3).

Citokinele și chemochinele pot participa la generarea durerii acționând direct asupra nociceptorilor articulari. Stimularea acestora este promovată și de neovascularizația de la nivelul cartilajului articular și a meniscurilor, unde forțele compresive și hipoxia pot stimula formarea unor noi terminații nervoase senzoriale (4).

Neuronii care primesc informație de la nivelul articulației prezintă o hiperexcitabilitate pronunțată odată cu dezvoltarea statusului inflamator la acest nivel (răspuns crescut la stimulii mecanici de la nivelul articulației afectate, dar și de la structurile adiacente profunde sănătoase). Astfel, inflamația induce modificări neuroplastice la nivelul măduvei spinării, ce alterează procesul nociceptiv. Această stare de excitabilitate este menținută pe parcursul unui status inflamator persistent (3).

Astfel, durerea asociată artrozei prezintă mecanisme neurobiologice complexe, cu implicarea sensibilizării periferice și centrale în geneza acesteia, este heterogenă, variază ca intensitate și expresie de la pacient la pacient, dar și în funcție de stadiile bolii (3, 4).

1. Fu K, Robbins SR, McDougall JJ. Osteoarthritis: the genesis of pain. *Rheumatology (Oxford)*. 2018;57(suppl_4):iv43-iv50. doi:10.1093/rheumatology/kex419
2. Doherty, M., Bijlsma, J., Arden, N., Hunter, D., & Dalbeth, N. (2016). Neurobiology of pain in osteoarthritis. In *Oxford textbook of osteoarthritis and CRYSTAL ARTHROPATHY*. essay, Oxford University Press.
3. Syx D, Tran PB, Miller RE, Malfait AM. Peripheral Mechanisms Contributing to Osteoarthritis Pain. *Curr Rheumatol Rep*. 2018;20(2):9. Published 2018 Feb 26. doi:10.1007/s11926-018-0716-6
4. Felson, D. T., & Schaible, H.-G. (2010). *Pain in osteoarthritis*. Wiley-Blackwell.

Durerea și artroza: soluții terapeutice vechi și noi

Corina Mogoșan, CCBR “Dr. Ion Stoia, București, România

Deși cea mai frecventă afecțiune musculo-scheletală, boala artrozică a rămas mult timp în urma afecțiunilor inflamatorii în ceea ce privește dezvoltarea mijloacelor de tratament și a agenților terapeutici utilizați. În ultimii ani, apariția bolii la vârste mai tinere și nevoia precoce de artroplastie a crescut considerabil costurile bolii artrozice pentru societate. Nevoia pentru noi soluții terapeutice, pe măsura cunoașterii mai îndeaproape a procesului patogenetic al bolii, a adus în ultimii ani rezultate favorabile din trialurile clinice, o perspectivă ce a lărgit orizontul terapeutic. Medicația utilizată în boala artrozică, susținută de recomandările ACR și EULAR existente, se adresează, pe de o parte, controlului simptomatic al bolii (SYMOADS), iar pe de alta, reducerii progresiei structurale a bolii (DMOADS) cu sau fără efect antialgic. Liniile directoare bazate pe dovezi în gestionarea durerii în

artroză includ, în prima linie, medicamente antiinflamatoare nonsteroidiene topice (AINS) și acetaminofen (paracetamol). AINS orale și inhibitori ai ciclooxygenazei-II, opiaceele sau steroidii intraarticulari pot fi luați în considerare dacă agenții de primă linie eșuează. Aceste soluții terapeutice pot fi eficiente în controlul simptomatic al bolii la o categorie de pacienți, însă în aproximativ jumătate dintre pacienți, mai ales în prezența distrucțiilor articulare, eficiența lor poate fi suboptimă. Țintele terapeutice noi vizează procesul patologic de boală la fiecare etapă a sa. În ultimii ani au fost studiate variate molecule (mai vechi, dar și noi) pentru fiecare țintă terapeutică la nivel de: cartilaj (inhibitori ai degradării enzimactice, droguri senolitice, factori de creștere ai matricei extracelulare); os (inhibitori ai catepsinei K, inhibitori ai semnalului Wnt, bifosfonați), inflamație (corticosteroizi, diverși agenți biologici) și durere (inhibiția factorului de creștere nervoasă NGF, agoniști ai căii TRPV1). Aceste rezultate pot deschide o nouă eră în abordarea farmacologică din boala artrozică.

Terapia non-farmacologică în durere și artroză: de ce, cum și când

Horațiu Popoviciu

UMFST "George Emil Palade" Tîrgu Mureș, România

Durerea reprezintă aceea experiență senzorială și emoțională asociată cu o afectare tisulară reală sau potențială sau descrisă din perspectiva unei astfel de afectări. Terapia non-farmacologică vine în completarea schemelor terapeutice individualizate, la pacienții cu patologie degenerativă osteoarticulară, reprezentând uneori singura opțiune terapeutică. Obiectivul principal este reducerea durerii, anxietății, a senzației de frică și dobândirea autocontrolului.

Mijloacele de realizare constau în procedurile fizicale de electroterapie (curenți de frecvență joasă, medie sau înaltă), stimulare electrică transcutanată, magnetoterapie, terapia LASER, termoterapie/crioterapie, proceduri de masaj, acupunctură și electroacupunctură, moxibustie. Reabilitarea medicală prin kinetoterapie, terapia ocupațională și integrativă, ADL-uri și IADL-uri, consultația psihologică, educarea pacientului și a familiei acestuia vin în completarea planurilor de recuperare.

Modul de acțiune al agenților fizici asupra organismului uman trebuie interpretat și evaluat pornind de la cunoașterea și înțelegerea noțiunilor fundamentale de electrofiziologie a structurilor neuromusculare, luând în considerare faptul, că orice agent fizic aplicat asupra organismului viu, constituie un stimul care provoacă o reacție tisulară. Fiecare procedură necesită stabilirea raportului risc-beneficiu, impactul hemodinamic nefiind de neglijat, producându-se solicitarea mecanismelor adaptative vasculare, stimularea sintezei și a eliberării de neurotransmițători cu efecte analgetice importante, creșterea efortului respirator precum și contraindicațiile anumitor tipuri de intervenții fiind obligatoriu de luat în considerare.

În cazul acupuncturii, mecanismul de acțiune rămâne în continuare neexplicat în întregime. Efectul antialgic pare a se datora inhibării răspunsului inflamator, cu îmbunătățirea circulației și un efect relaxant muscular. Totodată, sunt studii care afirmă efecte asupra nivelului plasmatic al ACTH, cortizolului plasmatic, asupra activității factorului nuclear kB, sau a eliberării de endorfine. Metodele tip cupping, utilizate în medicina tradițională și medicina alternativă mai ales în țări asiatice precum China, Korea, Taiwan, au început să fie utilizate mai recent și în țările occidentale. Se realizează umed sau uscat, cu aplicații în punctele de acupunctură, zonele dureroase sau reflexogene. Stimulează circulația subcutanată și musculară, având și efecte asupra sistemului nervos vegetativ. Și aici mecanismul de acțiune nu este încă explicat în totalitate. Au efecte stimulative și asupra resurselor energetice tip Qi (Chi) în zonele tratate.

Durerea este mai bine tratată cu o combinație de mijloace farmacologice și non-farmacologice, Este mai mult decât o experiență senzorială, având totodată și dimensiuni afective, cognitive, socioculturale și spirituale. Reprezintă un răspuns complex care necesită o abordare și un management potrivit.

Managementul durerii poate fi optimizat prin evaluarea și reevaluarea atentă a fiecărui pacient, cu implicarea acestuia sau a aparținătorilor acestuia în planificarea tratamentului. Este deosebit de important să se țină cont și de preferințele pacienților în alegerea tratamentelor, care vor fi corespunzător adaptate vârstei, precum și considerentelor culturale sau stadiului de dezvoltare.

Sâmbătă 25.09.2021

Hotel TELEFERIC

09⁰⁰ – 10³⁰ : INCENDIU SAU FOC MOCNIT: DESPRE SINDROAMELE AUTOINFLAMATORII

Moderator: Simona Rednic

Autoinflamația față în față cu autoimunitatea - *Simona Rednic*

Manifestări clinice și diagnostic în bolile autoinflamatorii - *Laura Damian*

Urmărire și principii de tratament în bolile autoinflamatorii - *Cristina Pamfil*

Autoinflamația față în față cu autoimunitatea

Simona Rednic

Clinica Reumatologie, UMF Iuliu Hațieganu Cluj și Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj, România

Bolile autoinflamatorii sunt o entitate relativ nou descrisă, mai bine caracterizată în ultimele 2 decenii. Istoria lor începe în anul 1997 cu identificarea genei MEFV care codează pirina (o proteină cu efect mediator al inflamației) și este asociată febrei familiale mediteraneene (FMF). Sunt boli rare ale imunității înăscute, care presupun un răspuns rapid și nespecific, absența memoriei imune, hiperproducție de citokine și implicare a celulelor mieloide (macrofage, monocite, polimorfonucleare). Prin opoziție, autoimunitatea folosește alte căi și alți mediatori sau cellule. Debutul este mai degrabă în copilărie, în general având o componentă ereditară care poate fi monogenică (ex FMF, TRAPS, HIDS, PAPA, CAPS, DIRA, DITRA, PAAND, Blau,) sau poligenică (boala Crohn, colita ulcerativă, unele artrite reactive, ca și unele forme de psoriasis, boli asociate acnee, gută, psudoguta, eritemul nodos și sarcoidoză). Unele au predispoziție etnică. Sunt determinate în general de mutații ale mai multor gene care determină o hiperproducție cronică de citokine, mai ales IL- β , IFN, NF- κ B. Felul în care aceste citokine influențează diverse celule, explică simptomatologia variată și adesea severă. Un alt element patogenetic important este inflamasomul, un complex intracelular de proteine, care pare a fi placa turnantă în declanșarea atacurilor. Ne putem gândi la o boală autoinflamatoare atunci când avem episoade aparent neprovocate de febră recurentă neexplicată de o infecție și alte semne de inflamație (rash, ulcere, serozite, adenopatii, artrite, mialgii, ulcere, etc). Diferența de la o boală autoinflamatoare la alta. Episoadele sunt în general recurente, apar brusc în plină stare de sănătate. Au complicații de tipul amiloidozei și sindromului de activare macrofagică. Pentru recunoașterea bolii aspecte precum vârsta debutului, durata și pattern-ul febrei, unii factori declanșatori (imunizări, călătorii, medicamente, etc) sunt importante. Investigațiile de laborator încep cu markerii inflamatori și continuă cu alți parametrii specifici. Uneori testarea genetică poate fi necesară. Aceste boli sunt adesea nerecunoscute, subdiagnosticate și tardiv identificate, necesită vizite frecvente până în momentul diagnosticului și o echipă multidisciplinară pentru urmărire. Tratamentele presupun terapii antiinflamatoare care includ steroizi, imunosupresoare convenționale și mai nou terapii biologice, mai ales inhibitori de IL-1. De asemenea alte terapii așteaptă validarea. Încă există multe nevoi neîndeplinite în această categorie de boli.

Manifestări clinice în bolile autoinflamatorii

Laura Damian

Clinica Reumatologie, Centrul de Boli Rare Musculoscheletale Autoimune și Autoinflamatorii-membru ERN-ReCONNET, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj, România

Manifestările clinice ale bolilor autoinflamatorii, dereglări ale imunității înnăscute, sunt polimorfe. Caracteristicile clinice predominante (tipul de transmitere, tiparul și durata febrei etc) pot să sugereze un anumit tablou clinic, însă testarea genetică ajută mult pentru stabilirea diagnosticului și implicat a terapiei.

O erupție cutanată similară erizipelului recurent apare în febra mediteraneană familială (FMF) și în sindromul TRAPS, leziuni ihtioziforme, „bronzate” - în sindromul Blau, iar erupția urticariformă în criopirinopatii (CAPS- care includ sindromul autoinflamator familial indus de frig, sindromul Muckle-Wells, sindromul CINCA/NOMID). Acneea severă (și uneori hidradenita supurativă) apar în sindromul PAPA (acronim de la pyoderma gangrenosum, acnee și artrita piogenică sterilă) și în sindromul SAPHO (sinovită, acnee, pustuloză, hiperostoză, osteită). Psoriazisul pustulos se întâlnește în sindroamele DIRA, DITRA, CAMPS și în SAPHO, iar paniculita recurentă - în sindromul CANDLE și în sindromul TRAPS. Pseudo-degerăturile sunt sugestive pentru interferonopatii, erupția livedoidă de tip *livedo racemosa* și vasculita cutanată - pentru DADA2 și (atunci când evoluează cu necroze și eventual autoamputații) pentru SAVI, o altă interferonopatie.

Dintre manifestările mucoase, aftele orale apar în boala Behcet, dar și în sindromul PFAPA (Marshall) și în deficitul de mevalonatinază (MKD). Dintre manifestările oculare, în sindromul TRAPS și în CAPS apar conjunctivită și edeme periorbitare, uveita se descrie în sindromul Blau și în MKD, arterita oftalmică- în DADA2, iar edemele papilare și atrofia de nerv optic în criopirinopatii (în special în CINCA/NOMID).

Pleurezia și durerile toracice se descriu clasic în FMF și TRAPS. Sindromul COPA evoluează cu pneumopatie interstițială, hemoragie alveolară difuză, artrită și autoanticorpi, inclusiv ANCA. Manifestările gastrointestinale (dureri abdominale, diaree, vărsături) apar pe prim-plan în MKD, imitând bolile inflamatorii intestinale, dar și în boala Crohn monogenică (când debutul este foarte precoce). Durerile abdominale datorate ascitei apar în FMF și în sindromul TRAPS (uneori există și pelvipertonită sau anexită non-infecțioasă în acest context). Hepatosplenomegalia se descrie în MKD, în CANDLE, dar și în DADA2 (când poate fi asociată cu hipertensiune portală) sau în criopirinopatii. Sinovită recurentă apare în mai multe boli: FMF (în special la membrele inferioare, uneori cu un tipar franc de spondilartrită), în sindromul BLAU și varianta sa înrudită de la adulți- sindromul NAID- evoluând cu o tenosinovită paroxistică exuberantă, dar și în criopirinopatii, TRAPS, MKD și CANDLE. În sindromul PAPA apare artrita pseudo-purulentă sterilă. Osteita, osteomielite aseptice și periostita apar în osteita cronică multifocală recurentă, sindromul SAPHO, DIRA și în sindromul Majeed. Contracturile articulare se descriu în CANDLE și criopirinopatii, iar displazia osoasă- în CINCA/NOMID, în sindromul Blau și în SPENCD (o formă de interferonopatie). Deficiența de LACC1 evoluează cu un tablou clinic familial de artrită juvenilă sistemică febrilă, puțin responsabilă la medicație.

Dintre manifestările SNC, meningita cronică sau recurentă apare în criopirinopatii și în FMF, iar retardul mental - în CINCA/NOMID, în aciduria mevalonică și în interferonopatii. Diagnosticul corect poate să ajute la individualizarea terapiei, importante în aceste boli rare și adesea severe.

Urmărire și principii de tratament în bolile autoinflamatorii

Cristina Pamfil

Bolile autoinflamatorii cuprind aproximativ 30 de boli monogenice în care erorile înnăscute ale sistemului imun determină apariția de episoade de inflamație sistemică. Diagnosticul se stabilește pe baza prezentării clinice și a testelor genetice; durează în medie 7.3 ani până la stabilirea diagnosticului. Patogenetic, aceste boli sunt mediate de disregularea celulelor mieloide, interleukinei (IL)-1 β , interferonului de tip I și NF- κ B, iar progresul în înțelegerea și definirea acestor boli deschide acum

posibilitatea identificării terapiilor biologice eficiente.

Dat fiind rolul esențial pe care activare inflamazomului îl joacă în imunitatea înăscută, s-a avut în vedere țintirea IL-1 β în ca terapie posibilă în tratamentul bolilor autoinflamatorii. În acest sens, anakinra, un inhibitor competitiv atât al IL-1 β cât și al IL-1 α care leagă IL-1RI a dovedit o eficacitate foarte bună; similar, rilonaceptul un inhibitor neselectiv de IL1, și canakinumabul, un anticorp monoclonal selectiv împotriva IL-1 β au fost acum aprobate în tratamentul bolilor autoinflamatorii. Medicații care să blocheze semnalizarea IFN nu au fost accesibile până recent. Calea JAK/STAT constituie principala cale de semnalizare citokinică și pentru factori de creștere, inclusiv pentru receptorul IFN- α/β (IFNAR) și pentru receptorul IFN- γ (IFNGR). Molecule mici care inhibă JAK-urile reduc fosforilarea STAT1 indusă de interferonul de tip I și II la pacienții cu CANDLE și SAVI ceea ce anunță rolul lor terapeutic în reducerea semnalizării IFN în interferonopatii. În ultima decadă au fost publicate – și sunt în curs de publicare - recomandări EULAR care ghidează managementul bolilor autoinflamatorii.

Referințe:

1. Ozen S, Demirkaya E, Erer B, et al. EULAR recommendations for the management of familial Mediterranean fever Annals of the Rheumatic Diseases 2016;75:644-651.
2. ter Haar NM, Oswald M, Jeyaratnam J, et al. Recommendations for the management of autoinflammatory diseases. Annals of the Rheumatic Diseases 2015;74:1636-1644.
3. EULAR/ACR Preliminary Recommendations for Rare Genetic Autoinflammatory Diseases, EULAR June 2021 virtual meeting

10³⁰ – 11⁰⁰: Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰: MEDICINA PERSONALIZATĂ ÎN REUMATOLOGIE

Moderator: Andra Bălănescu

Este medicina personalizată calea spre succesul terapeutic? - *Magda Pârvu*

Durerea post-remisie și personalizarea terapiilor biologice - *Florian Berghea*

Personalised medicine in rheumatology – myth or reality? - *Peter Taylor (Oxford)*

Este medicina personalizata calea spre succesul terapeutic?

Magda Pârvu
Spitalul Clinic Colentina - București

Medicina personalizată, denumită și medicină de precizie, este un model medical care folosește informațiile obținute despre genele sau proteinele unei persoane pentru a separa oamenii în diferite grupuri astfel încât deciziile, practicile și intervențiile medicale să fie adaptate pacientului individual în funcție de riscul de boală sau a răspunsului prezis. Eforturile ultimilor zeci de ani în înțelegerea bazelor moleculare ale bolilor, în special genomica, au determinat utilizarea tot mai frecventă a medicinei personalizate atât în scop diagnostic, cât și prognostic și terapeutic (farmacogenomica). Abordarea personalizată a medicinei în reumatologie a devenit tot mai frecventă în condițiile în care bolile sistemice autoimune se caracterizează printr-o heterogenicitate crescută la nivel molecular fiind uneori dificil de diagnosticat și tratat. Progresele recente în dezvoltarea terapiilor biologice și sintetice țintite au adus progrese remarcabile în tratamentul bolilor autoimune sistemice. Cu toate acestea există încă o proporție crescută de pacienți la care ținta terapeutică nu este atinsă. Astfel devine din ce în ce mai importantă clasificarea pacienților în grupe bazate pe informațiile genetice sau proteice, cum ar fi moleculele de la suprafața celulei, pentru a selecta în mod realist o terapie moleculară optimă pentru fiecare grupă. Astfel abordarea personalizată în alegerea clasei terapeutice poate reprezenta calea spre

succesul terapeutic.

De exemplu în lupusul eritematos sistemic, prezența valorilor crescute ale interferonului de tip I marchează un anumit subgrup de pacienți cu diferențe genetice și moleculare, importante în personalizarea terapiei. În studiul TULIP-2 suprimarea cu anifrolumab a semnăturii genei interferonului I la pacienții cu valori crescute la momentul inițial, a dus la creșterea procentului pacienților cu răspuns terapeutic BICLA.

Pentru artrita reumatoida literatura sugerează că profilul genetic poate avea un rol semnificativ în variabilitatea rezultatului terapeutic. Lipsa răspunsului la metotrexat s-a dovedit a fi asociată cu genotipuri și haplotipuri specifice la gene implicate în căile intracelulare ale acestuia.

Anticorpii anti peptide citrullinate ciclic (anti-CCP) sunt semnul distinctiv al unui subtip de boală cu prognostic rezervat. Utilizarea anumitor remisiive biologice (cum ar fi rituximab sau abatacept), a fost asociată cu un răspuns clinic mai bun la pacienții seropozitivi, sugerând opțiunea de a utiliza pozitivitatea anticorpilor anti-CCP ca potențial factor de alegere a tratamentului. Studiile au sugerat de asemenea că o semnătură a interferonului de tip I cu niveluri serice de activitate crescute poate prezice răspunsul la tratamentul biologic cu inhibitori ai factorului de necroză tumorală alfa.

Artrita psoriazică se poate prezenta prin mai multe domenii afectate simultan (artrită periferică, spondilită, entezită, dactilită, psoriasis cutanat și unghial). Toate aceste manifestări diferite trebuie ameliorate în același timp cu un singur biologic. Acest aspect sugerează potențialul pe care îl are medicina personalizată prin selectarea în artrita psoriazică a unor terapii moleculare optime bazate, de exemplu, pe fenotiparea limfocitelor și stratificarea pacienților și a indicațiilor terapeutice în funcție de nivelele de Th1 și Th17 sau doar Th17 ca în studiul OPTIMISE.

În concluzie medicina personalizată, utilizând datele genomice și moleculare pentru o mai bună aplicare a tratamentului țintit, poate reprezenta o cale către succesul terapeutic.

Durerea post-remisie și personalizarea terapiei biologice

Florian Berghea

Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București, Romania

Bolile reumatice inflamatorii includ în mod aproape inevitabil un anumit grad de durere asociată cel mai adesea momentelor de acutizare inflamatorie. Soluțiile terapeutice utilizate până în prezent au vizat în special reducerea activității biologice cu perspectiva diminuării până la dispariție a leziunilor tisulare dar și cu reducerea durerii. Odată cu introducerea terapiei avansate (biologice sau țintite) am reușit să obținem rezultate spectaculoase implicând remisiune biologică dar și reducerea până la oprirea completă a destrucțiilor tisulare. Cu toate acestea un număr crescut de rapoarte menționează persistența unui sindrom dureros chiar și în cazurile pacienților aflați în remisiune. Se ridică astfel problema unei regândiri a schemelor terapeutice cu scopul de a controla sau, mai bine, de a preveni instalarea sindromului dureros post-remisie. Încercările de a controla durerea post-remisie folosind soluții antiinflamatorii s-au dovedit puțin eficiente și astfel s-a conturat varianta de a utiliza de la început acele biologice care par a se asocia mai rar cu durerea post-remisie. Studiile nu au întârziat să apară cu rezultate în favoarea uneia sau alteia dintre clase dar încă nu este clar dacă acestea au luat în considerare toate diferențele posibile între pacienți sau chiar între diverse subtipuri de boală. De asemenea nu există o explicație foarte clară a durerii post-remisie: este aceasta de natură inflamatorie, este asociată (sau nu) cu boala reumatismală, este un fenomen independent dezvoltat în paralel, are sau nu legătură cu instituirea rapidă și adecvată a terapiei biologice? Într-un moment în care pacienții așteaptă mai mult de la medicul reumatolog este important să construim soluțiile terapeutice gândindu-ne nu numai la rezultatele imediate (rapide și cât mai complete) dar și la statusul final post-remisie. Cu atât mai mult cu cât terapia care vindecă boala se lasă încă așteptată.

Personalised medicine in rheumatology – myth or reality

Peter C. Taylor MA, PhD, FRCP. Norman Collisson Professor of Musculoskeletal Sciences, University of Oxford, UK

A biomarker is a characteristic that is objectively measured and evaluated as an indicator of normal biological processes, pathogenic processes, or pharmacologic responses to a therapeutic intervention. The phrase “precision medicine” has become popular in recent years, led by remarkable advances in oncology. Well-known examples include prognostic biomarkers, such as BRCA1 conferring poor prognosis in breast and non-small cell lung cancer, and worse prognosis in HER2-positive breast cancer tumors. Well-known examples of predictive biomarkers include hormone receptor status in breast cancer which predicts favorable response to endocrine therapy. But what is the situation regarding precision medicine in rheumatology, and the management of rheumatoid arthritis in particular? Clinical responses to treatment are multifactorial and include factors related to pathobiology, pharmacological issues as well as issues related to the disease state of the individual. Standard response predictors have been available for decades and give a probability of varying degrees of clinical benefit or inhibition of structural damage on a cohort basis. This is known as stratification. However, none of these markers alone or in combination reliably inform management decisions on an individual patient basis, which would be the definition of true precision medicine. In the present lecture, I will consider the clinical utility of several biomarkers including serological, cellular, tissue and imaging either alone or in combination. And some of the most recently emerging advances in the quest towards achieving precision medicine approaches. Overall, it can be concluded that a wide range of current biomarkers can be used to “stratify” patients in that they provide a probability for prognosis or therapeutic response. However, despite significant basic and translational science advance, we are still a very long way from having true precision medicine that can reliably inform the outcome or best management for an individual patient.

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 15³⁰ : BIOSIMILARELE ÎN ACTUALITATE

Moderator: Cătălin Codreanu

Conceptul de biosimilare - *Andra Bălănescu*

Biosimilarele: date din registrele de pacienți - *Simona Rednic*

Biosimilars: from studies to everyday practice - *Eduardo Mysler (Buenos Aires)*

Recomandările Societății Române de Reumatologie privind utilizarea biosimilarelor - *Cătălin Codreanu*

Conceptul de biosimilare

Andra Bălănescu
UMF “Carol Davila” – București

Conform definiției date de European Medicines Agency (EMA), biosimilarele reprezintă: “versiuni structurale foarte similare ale unui medicament biologic deja autorizat (medicament de referință), similaritatea fiind demonstrată în caracteristicile fizico-chimice, eficacitate și siguranță, pe baza unei comparații cuprinzătoare”. Definiția dată de Food and Drug Administration (FDA) este asemănătoare,

având câteva precizări suplimentare: „există diferențe minore în ceea ce privește componentele inactive și pentru care nu există diferențe semnificative din punct de vedere clinic privind puritatea, siguranța, sau eficacitatea produsului”. Cum agenții biologici sunt molecule mari, cu sute de secvențe de aminoacizi, variații posttranslationale sunt frecvent întâlnite. Cerințele cheie pentru biosimilaritate sunt: structură (primară și de ordin superior), funcții biologice identice/similare cu biologicul de referință, farmacocinetică/farmacodinamică similare, eficacitate și siguranță clinică comparabilă, imunogenicitate similară, aceeași prezentare, doze (concentrație) și mod de administrare identice. Diferențe minore în componentele inactive clinic sunt acceptate, cu condiția să nu aibă niciun impact clinic. Amprenta analitică trebuie monitorizată și controlată strict, în vederea identificării schimbărilor potențiale ce pot apărea în timp. Pentru orice parametru al biosimilarului care este în afara intervalului produsului de referință trebuie demonstrat că nu există impact asupra atributelor produsului final. Astfel, în procesul de dezvoltare al unui biosimilar, sunt aplicabile aceleași standarde de calitate ca pentru biologice originale. Acest proces cuprinde mai multe etape: caracterizarea completă a produsului de referință, crearea limitelor sau intervalelor de caracteristici acceptabile pentru biosimilar, compatibilitatea profilului molecular al biosimilarului cu produsul de referință, compatibilitatea formei finale de dozare, demonstrarea echivalenței farmacocinetice și farmacodinamice. Eficacitatea clinică și siguranța biosimilarelor trebuie să fie demonstrate și în studii clinice, dar există diferențe semnificative între design-ul studiilor clinice care stau la baza aprobării biosimilarelor comparativ cu cele ale originalelor. Astfel, pentru originale, obiectivul principal este stabilirea efectului clinic, în timp ce pentru biosimilare obiectivul principal este stabilirea similarității. Pentru biologicele de referință, siguranța și eficacitatea au fost evaluate sistematic pentru fiecare indicație. Pentru biosimilare, confirmarea eficacității și siguranței prin studii de fază III este necesară doar într-o indicație în care posibilele diferențe privind imunogenitatea, siguranța și eficacitatea pot fi detectate cu un nivel de sensibilitate egal sau mai mare decât în celelalte indicații (numită „indicație sensibilă”). Extrapolarea permite aprobarea unui biosimilar pentru o indicație terapeutică în care nu a fost evaluat prin propriile studii clinice, dar pentru care produsul de referință este aprobat („abbreviated regulatory pathway”). Biosimilarul este legat de produsul de referință și datele acestuia privind siguranța și eficacitatea în fiecare indicație prin intermediul unui demers extins de biosimilaritate. Interschimbabilitate este practica alternării între medicamente cu același conținut, având aceeași eficacitate clinică și fără un risc semnificativ de efecte adverse. Schimbarea (switch) este decizia medicului de a trece de pe un medicament pe altul, pentru a optimiza tratamentul sau a reduce la minimum reacțiile adverse. În concluzie, producerea și evaluarea biosimilarelor se face conform unor ghiduri precise elaborate de EMA/FDA, iar utilizarea acestora, schimbarea unui original cu un biosimilar sau între produse biosimilare este o decizie comună luată de medic și pacient.

Biosimilars: from studies to everyday practice

Eduardo Mysler

Organización Médica de Investigación, Buenos Aires, Argentina

Biosimilars have reshape the treatment of many oncological, GI, hematological, autoimmune diseases, just to mention some. They have allowed us to reduce the price of the biological drugs once the patent has expired. But many issues have not been solved, as the number of stable patients' discontinuation after switching remains very high, to some attributed to the nocebo effect. The lack of data comparing the different biosimilars makes it hard to know if are all the same, as the recent paper from ARD shows. Data on small number of patients with different immunogenic response is starting to come out. What would be the approach to these situations, we should be discuss, to follow a common path for physicians and patients.

Biosimilarele - date din registrele de pacienți

Simona Rednic

Clinica Reumatologie, UMF Iuliu Hațieganu Cluj și Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj, România

Apariția biosimilarelor a însemnat un impact deosebit pentru piața terapiilor biologice din lume. Impactul nu este doar unul economic, prin reduceri semnificative de preț, dar și permițând un acces mai larg a pacienților la aceste terapii, o oarecare “relaxare” a criteriilor de administrare și reinvestirea în alte aspecte ale îngrijirilor pacienților. Introducerea și absorbția biosimilarelor s-a făcut diferit de la o țară la alta, în funcție de diversele sisteme de sănătate. Decizia fie a fost impusă de autorități, fie a fost lăsată la mâna medicilor informați și responsabili. În ciuda comparabilității demonstrate și a potențialului de economie, biosimilarele nu au penetrat complet piața de biologice din lume. În ciuda eficacității, siguranței și imunogenității similare, trecerea de la un preparat original la un biosimilar poate răspunsuri insuficiente, foarte probabil și datorită efectului *nocebo*. Cifrele sunt în creștere de la un an la altul însă. În Registrul Român de Boli Reumatice (RRBR) pentru anul 2020 biosimilarele reprezentau 17,3% din totalul preparatelor. Cifrele au crescut în fiecare an începând cu anul 2015. La fel s-a întâmplat aproape în toată lumea. Trecerea trebuie făcută însă treptat și informat. În studiul norvegian (NOR-SWITCH) doar o parte din pacienți au fost trecuți pe biosimilar și de aceea studiului îi lipsește puterea statistică de a trage concluzii valide. Registrul danez DANBIO a comunicat datele referitoare la trecerea a peste 800 de pacienți cu boli inflamatoare reumatismale de pe original pe biosimilar. Răspunsul terapeutic a fost similar, dar rata de retenție pe preparatele biosimilare a fost mai mică decât cea a coortei istorice. Date similare vin și de la cohorta din Turcia. Informația științifică de calitate trebuie să ajungă la medicii prescriptori, o conversație balansată și echilibrată către pacienți trebuie făcută pentru a se evita efectul, o politică de sănătate înțeleaptă și echilibrată și mai multe date din real life și din registre care să ne asigure în legătură cu eficacitatea și siguranța *switch-ului*, sunt toți factorii importanți în abordarea problemei biosimilarelor.

Recomandările Societății Române de Reumatologie privind utilizarea biosimilarelor

Cătălin Codreanu

Centrul Clinic de Boli Reumatismale „dr. Ion Stoia”

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Tratamentul bolilor reumatice se bazează pe un proces de decizie în comun a pacientului și medicului reumatolog. Medicul are obligația să informeze pacientul cu privire la toate opțiunile terapeutice existente pentru boala de care suferă, detaliind beneficiile previzibile, precum și potențialele riscuri, astfel încât, pe baza informațiilor furnizate, având în vedere forma de boală, manifestările extraarticulare, complicațiile și comorbiditățile, particularitățile și preferințele pacientului, să decidă, în deplin acord cu acesta, asupra terapiei recomandate de medic și acceptate de către pacient.

Biosimilarele sunt preparate biologice care au o eficacitate asemănătoare cu a bio-originelor și o siguranță cel puțin similară cu acestea, însă nu sunt identice față de bio-origine, motiv pentru care impun reguli și precauții de utilizare. Utilizarea biosimilarelor ar trebui să scadă semnificativ costul tratamentului pe pacient și să crească accesul la terapia optimă pentru toți pacienții cu boli reumatice. Această reducere așteptată de costuri trebuie însă evaluată și demonstrată în condițiile concrete ale sistemului de prețuri și de rambursare a medicamentelor din România, și trebuie să includă elemente suplimentare, precum: costurile administrative ale *switch-ului* și monitorizării, implicațiile efectului *nocebo*, precum și programele existente de suport pentru pacienți. Se impune implementarea unui program sistematic de farmacovigilență (incluzând date de trasabilitate) atât pentru biosimilare cât și pentru bio-origine. Pacienții și profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui informați în detaliu despre natura biosimilarelor, procesul lor de producție și aprobare, eficiența și siguranța lor, incluzând datele pe termen lung, provenite din registre. Pentru a asigura trasabilitatea și raportarea corectă a reacțiilor adverse, prescrierea terapiilor biologice, atât origine, cât și biosimilare se va face ca denumire comercială. Va fi menținută o evidență a administrării fiecărui produs biologic, incluzând

seria/numarul de lot utilizat. Substitutia automata in farmacie nu este permisa. Conform recomandarilor EMA, este obligatorie inregistrarea tuturor pacientilor tratati cu biologice, atat originare, cat si biosimilare in registre, respectiv in Registrul Roman de Boli Reumatice, pentru a asigura un sistem consistent de raportare sistematica a reactiilor adverse si a permite obtinerea de date pe termen lung privind siguranta si eficacitatea acestor terapii.

Sunt necesare programe sustinute de educatie prin care pacienții și profesioniștii din domeniul sănătății sa fie informați despre natura biosimilarelor, procesul lor de aprobare, eficiența și siguranța lor.

Prescrierea unui preparat biologic, fie originar, fie biosimilar este o decizie care se ia individual pentru fiecare pacient, urmare unei evaluari clinice care ia in calcul in primul rand eficacitatea si siguranta terapiei, si nu doar costul acesteia. SRR sprijina utilizarea prioritara a biosimilarelor: biosimilarele aprobate pot fi folosite pentru tratamentul pacienților în același mod ca preparatele bio-originare corespunzătoare; la pacienții care initiaza o terapie biologica pentru care exista biosimilare disponibile, Conform datelor din studiile clinice si registre, switch-ul de pe un bio-originar pe unul din biosimilarele sale, poate fi efectuat, doar la indicatia motivata a medicului curant si numai dupa obtinerea consimtamantului informat din partea pacientului. In recomandarea de realizare a switch-ului medicul va tine cont in primul rand de interesul pastrarii sanatatii pacientului. SRR nu sustine switch-ul non-medical fortat, care nu tine cont de pastrarea sanatatii pacientului, de eficacitatea si siguranta terapiei administrate. Se impune o monitorizare riguroasa a evolutiei pacientilor cu raspuns bun la un preparat bio-originar si care au fost trecuti pe un biosimilar, pentru a urmari pastrarea eficacitatii si sigurantei terapiei. In cazul in care sub biosimilar nu se mentine aceeasi eficacitate ca cea demonstrata cu terapia bio-originara, trebuie asigurata optiunea ca pacientul sa revina la tratamentul cu produsul bio-originar.

Pana in prezent nu exista date suficiente privind switch-urile multiple între biosimilare și preparatele lor bio-originare sau intre mai multe biosimilare ale aceluasi bio-originar. Pana la realizarea de studii clinice si/sau obtinerea de date relevante din registrele de pacienti, nu sunt recomandate switch-urile multiple.

Biosimilarele sunt alternative terapeutice valoroase pe care medicul reumatolog le poate indica in tratamentul bolilor reumatice. Pozitionarea lor pe aceeasi treapta de indicatie cu biologicele originare constituie o premisa importanta pentru practician.

Referințe

1. <https://www.ema.europa.eu/en/glossary/biological-medicine>.
2. https://www.ema.europa.eu/en/documents/leaflet/biosimilars-eu-information-guide-healthcare-professionals_en.pdf.
3. World Medical Association. Statement on biosimilar medicinal products. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-biosimilar-medicinal-products/>. November 9, 2018.

15³⁰ – 16⁰⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : ADUNAREA GENERALĂ a SRR

Hotel ALPIN

09⁰⁰ – 10³⁰ : PUZZLE-URI DIFICILE ÎN REUMATOLOGIE - CE ÎNVĂȚĂM DIN EXPERIENȚA CLINICĂ

Moderator: Denisa Predețeanu

Schimbări de paradigma în pneumopatia interstițială fibrozantă din sclerodermie - ce am învățat în pandemie? - *Anca Mușetescu*

Versatilitatea miozitelor - aceasta se întâmplă numai altora - *Monica Chiș*

Provocări și abordare multidisciplinară în tratamentul spondilartritelor - *Claudiu Avram*

Schimbări de paradigmă în pneumopatia interstițială fibrozantă din sclerodermie – ce am învățat în pandemie

Anca Mușetescu

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Craiova, Romania

Sclerodermia sistemică reprezintă o adevărată provocare pentru reumatolog prin prisma evoluției progresive și debilitante pe fondul modificărilor autoimune, vasculopatiei și fibrozei. Pneumopatia interstițială din sclerodermia sistemică constituie cauza principală de mortalitate asociată bolii la aproximativ 35% din decesele asociate maladiei, fiind identificată la majoritatea pacienților, deși variabilă ca grad de severitate și precocitatea instalării. Diagnosticul precoce prin tomografie computerizată de înaltă rezoluție este crucial pentru ghidarea intervențiilor terapeutice și mai ales pentru monitorizarea evoluției, însă resursele terapeutice disponibile până în prezent precum ciclofosfamida, micofenolatul mofetil sau azathioprina prezintă beneficii limitate în prevenirea declinului funcției pulmonare. Spre deosebire de imunosupresoarele clasice, din 2019 în Statele Unite și aprilie 2020 în Uniunea Europeană este aprobată o nouă moleculă – nintedanib-ul, care vizează ca obiectiv neîndeplinit limitarea fibrozei. Inhibitorul de tirozin-kinază prin interferarea căilor de semnalizare a factorului de creștere derivat din plachete, factorului de creștere fibroblastic și receptorului factorului de creștere al endoteliului vascular, exercită un efect anti-fibrotic potent prin inhibiția activării fibroblastice citokin-indusă. Aprobarea urmează rezultatelor provenite din studiul de fază III SENSICIS, randomizat, dublu-orb, controlat placebo, privind eficacitatea și siguranța nintedanib-ului în sclerodermia sistemică, care atestă reducerea declinului funcției pulmonare cu 44% comparativ cu placebo, apreciată prin capacitatea vitală forțată la 52 de săptămâni, cu un profil de siguranță similar utilizării în fibroza pulmonară idiopatică.

Noua patologie, denumită COVID-19, este marcată de simptome comune altor infecții respiratorii: febră, tuse uscată, mialgii sau astenie fizică, mai rar tuse productivă, cefalee, hemoptizie și diaree. În timp ce majoritatea pacienților cu COVID-19 au o evoluție favorabilă, unele cazuri dezvoltă pneumonie atipică severă care duce în cele din urmă la sindromul de detresă respiratorie acută (ARDS), dar și la complicații gastrointestinale, hematologice, neurologice sau cardiovasculare. Răspândirea rapidă a pandemiei COVID-19 și riscul suplimentar al pacienților cu pneumopatie interstițială care prezintă infecție cu SARS-CoV-2 și afectare pulmonară, complică evoluția pacienților care prezintă o rezervă pulmonară redusă, pe fondul bolilor de colagen.

Surprinzătoare în acest context este aprobarea în februarie 2021 în Statele Unite a tocilizumabului în tratamentul pneumopatiei interstițiale asociate sclerodermiei sistemice, în urma studiului randomizat, de fază 3, dublu-orb, placebo-controlat focuSSced, cu îndeplinirea obiectivului secundar de ameliorare a funcției pulmonare, fără însă a atinge obiectivul primar de reducere a scorului Rodnan modificat pentru fibroza cutanată, de altfel prima terapie biologică aprobată pentru această indicație. Având în vedere acest pas înainte în tratamentul pneumopatiei interstițiale asociate sclerodermiei sistemice și posibilele beneficii ale terapiei imunomodulatoare țintite în boală precoce versus terapia anti-fibrozanță în stadii avansate, prezentăm experiența clinică într-un caz de sindrom de suprapunere: artrită reumatoidă – sclerodermie sistemică, cu predominanța sclerodermiei sistemice și pneumopatiei interstițiale cu aspect de geam mat, agravată consecutiv infecției SARS-COV 2 și răspuns favorabil la tocilizumab.

Versatilitatea miozitelor – aceasta se întâmplă numai altora

Monica Chiș (Copotoiu)

Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie George Emil Palade, Tîrgu Mureș, România

Introducere: Miozitele reprezintă o patologie medicală extrem de versatilă. Ele pot fi primare (sistemice) sau secundare. Miozitele secundare apar în afecțiuni infecțioase, boli vasculare, hematologie și neoplazii. Modul de a diagnostica o miopatie secundară este similar cu cea sistemică. Miozitele secundare pot fi acute, subacute sau cronice raportate debutul simptomelor. Ele pot să afecteze un mușchi, un grup muscular sau întregul aparatul muscular. Afectarea musculară poate avea un caracter tranzitor sau permanent. Evoluția și prognosticul miozitelor poate fi favorabil dacă se depistează cauza. În cazul în care este implicată și musculatura respiratorie prognosticul este unul rezervat.

Cauzele infecțioase care pot determina manifestări musculare sunt: *infecțiile virale* (virusul gripal – influenza A și B, parainfluenza, parvovirusul, virusul herpetic, virusul imunodeficienței umane – HIV, coxsakie, virusul varicelo-zosterian, virusul Epstein - Barr, HTLV-1 – virusul limfotrop uman cu celule T; *infecțiile bacteriene*: Staphylococcus aureus, Streptococcus grup G, Campylobacter jejuni, Klebsiella pneumoniae, Mycobacterium tuberculosis; *infecțiile cu protozoari*: sarcocistoza, Plasmodium falciparum, Toxoplasma gondii, Neospora, Microspora, Borrelia, Pleistophora, Babesia, Ehrlichia, Trypanosoma și *infecțiile cu helminți*: Toxocara, Echinococcus granulosus, Cystercus, Trichinella, Strongyloides, Haycocknema perplexum, Spirometra, Fasciola, Filaria. (1,2)

Prezentare de caz: Pacient caucazian în vârstă de 60 ani și 7 luni cu plan de vaccinare urmat, fost fumător, expus la noxe în mod constant (cositor), cunoscut plurialergic (plaquenil, tuberculostatic?) diagnosticat cu tuberculoză pentru care a urmat tratament (non-respnsiv la terapia de studiu) ulterior cu debutul unor manifestări tegumentare (psoriasis vulgaris declanșat post tratament tuberculostatic?) și a unui sindrom musculoscheletal pentru care a fost diagnosticat cu artropatie psoriazică și inițiat tratament cu imunosupresor – metotrexat și corticoterapie cu augmentarea tabloului clinic se prezintă pentru elucidare de diagnostic și tratament. Alte co-morbidități asociate sunt: coxartroză bilaterală cu recomandare de protezare, anterolisteza L2-L3, L3-L4, L4-L5, fibroză micronodulară cu emfizem bazal documentat de pneumolog. La prezentare pacientul acuza scăderea FM la nivelul centurii pelvine, impotență funcțională (deplasare cu ajutorul fotoliului rulant), livedo reticularis, peteșii, fără leziuni psoriaziforme unghiale sau tegumentare, onicomicoză. Modificările paraclinice constante au fost: VSH, PCR crescute, prezența AAN nucleolari (malignitate?!), enzime musculare crescute (ALAT; ASAT; LDH; CK). S-a ridicat suspiciunea unei miozite paraneoplazice motiv pentru care s-a inițiat tratament cu Imuran cu continuarea corticoterapiei. Inițial se observă o ameliorare ulterior cu o recădere clinică și paraclinică. Pacientul este internat de urgență (edeme hipoproteice, stare general alterată) pentru confirmarea diagnosticului – a miozitei paraneoplazice cu dispensarizare și inițierea terapiei subsecvente. Examenul coproparazitologic pune în evidență prezența nematodului – Strongyloides stercoralis. S-a inițiat tratament cu albumină și Albendazol 2x400mg cu negativarea coproculturilor și ameliorarea stării generale - cuparea manifestărilor musculare.

Concluzii: Miozitele post-infecțioase reprezintă o provocare pentru clinician. Ele pot mima anumite afecțiuni dar și augmenta sau reactiva manifestări clinice și/sau co-morbidități asociate ducând la o hiperinfecție care poate fi asociată unui prognostic fatal.

Bibliografie:

1. J. Finsterer, W. N. Loscher, J. Wanschitz, S. Quasthoff, W. Grisold, Secondary myopathy due to systemic diseases, Acta Neurol Scand 2016; 134: 388–402 DOI: 10.1111/ane.12576
2. Rodríguez-Pérez EG, Arce-Mendoza AY, Saldívar-Palacios R, Escandón-Vargas K, Biomédica 2020;40(Supl.1):32-6, doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.5071>

Provocări clinice și abordare multidisciplinară în tratamentul spondilartritelor

Claudiu Avram

Universitatea de Vest din Timișoara, România

Prezentarea va cuprinde analiza a două cazuri clinice cu diagnostic de spondilartrită și manifestări extraarticulare. În primul caz se va dezbate debutul clinic cu monoartrită, progresia spre afectarea axială, și inițierea terapiei biologice. Se va prezenta evoluția cazului în urma infecției cu COVID-19, urmată de pauza terapeutică, reluarea terapiei biologice și persistența dispneei la 3 luni de la negativarea testelor PCR, precum și colaborarea cu medicul pneumolog în managementul acesteia. De asemenea se va prezenta modalitatea de debut cu panuveită și colaborarea cu medicul oftalmolog pentru tratarea acesteia.

Cel de al doilea caz va dezbate diagnosticul tardiv al spondilitei anchilozante cu prezența factorilor de prognostic negativ (prezența coxitei la un pacient tânăr cu spondilită anchilozantă). Se va analiza efectul pauzei terapeutice după tratamentul cu etanercept (original) și reluarea terapiei după o pauză de 4 ani cu etanercept biosimilar, precum și evoluția activității bolii cu această nouă terapie. Debutul coxitei la nivelul șoldului de partea opusă celui protezat a impus întârzierea cu 3 luni a reluării terapiei cu etanercept, la recomandarea medicului ortoped, în vederea protezării șoldului stâng. Complicația infecțioasă postoperatorie a prelungit suplimentar pauza terapeutică și a întârziat reluarea terapiei DMARD sintetice și biologice. Se vor discuta în acest context recomandările ghidului american din anul 2017 cu privire la oprirea terapiei DMARD la pacienții cu artrite inflamatorii, care urmează o procedură de protezare articulară, precum și managementul adecvat al reluării terapiei DMARD. Prezentarea se va încheia cu o etapă de întrebări și discuții la care vor participa atât Conf. Dr. Denisa Predețeanu în calitate de moderator al acestei sesiuni de cazuri clinice, cât și medicii participanți la această sesiune.

10³⁰ – 11⁰⁰: Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰: PNEUMOPATIILE INTERSTIȚIALE DIFUZE DIN COLAGENOZE: O PERSPECTIVĂ CLINICO - IMAGISTICĂ

Moderator: Simona Rednic

Pneumopatia interstițială din sclerodermia sistemică - *Laura Groșeanu*

Pneumopatia interstițială din alte colagenoze (miopatii inflamatorii, artrită reumatoidă, sindrom Sjogren) - *Iulia Szabo*

Early diagnosis and prediction of disease course in CTD-ILD: an imagistic perspective - *Helmut Prosch (Vienna)*

Tratamentul pneumopatiilor interstițiale din colagenoze - *Simona Rednic*

Pneumopatia interstițială din sclerodermia sistemică

Laura Groșeanu 1,2

1 Spitalul Clinic Sf Maria, București

2 Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București

Afectarea pulmonară interstițială la pacienții cu scleroză sistemică (SSc-ILD) este un proces complex implicând procese inflamatorii, leziuni distructive ale epiteliului alveolar, activarea fibroblaștilor rezidenți. Prevalența SSc-ILD este variabilă în funcție de definiția utilizată (16-91%). În ciuda progreselor terapeutice remarcabile din ultimii ani, SSc-ILD rămâne principala cauză de mortalitate. Diagnosticul precoce, identificarea factorilor de risc pentru progresie și evaluarea periodică pot ameliora prognosticul acestor pacienți. Probele funcționale respiratorii și tomografie computerizată cu rezoluție înaltă sunt esențiale pentru diagnosticarea ILD și sunt recomandabile ca screening tuturor

pacienților cu sclerodermie. Progrese semnificative le-a făcut și evaluarea ultrasonografică pulmonară. Pacienții de sex masculin, cei cu afectare cutanată difuză, cu anticorpi antiSCL70, antiTh/To, antiU3RNP, pacienții ce asociază sindrom inflamator, o capacitate vitală forțată la screening $\leq 70\%$, un factor de transfer alveolocapilar $\leq 50\%$, extensie tomografică $\geq 20\%$ au risc crescut de progresie și vor fi monitorizați riguros conform unui algoritm specific. Corelații utile s-au făcut și între diverși marker serici și severitatea fibrozei pulmonare (CCL-2, IL6, KL-6 etc).

Imunosupresoarele neselective rămân linia întâi de tratament, Ciclofosfamida și Micofenolatul fiind cele mai utilizate. Terapii mai noi, cu ținte celulare sau moleculare par promițătoare, în special Tocilizumabul (recent aprobat de FDA pentru tratamentul SSC-ILD) și Rituximabul, dar ele trebuie validate de studii viitoare. Definirea severității bolii și evaluarea riscului de progresie sunt esențiale pentru a iniția terapia și intensitatea acesteia. O clasificare recentă a Societății Europene de Pneumologie divizează opțiunile terapeutice pentru afectarea pulmonară interstițială la pacienții cu sclerodermie în: intensitate crescută (transplant de celule stem hematopoietice), intensitate medie (Ciclofosfamidă, Tocilizumab, Rituximab) și intensitate joasă (Azatioprină, Micofenolat). După inducerea remisiunii tratamentul imunosupresor de întreținere cu Azatioprină sau Micofenolat este recomandabil. Nintedanib, un inhibitor intracelular de tirozinkinaza cu proprietăți antifibrotice, inițial folosit pentru tratamentul fibrozei pulmonare idiopatice, a fost recent aprobat și pentru tratamentul SSC-ILD.

Pneumopatia interstițială din alte colagenoze (miopatii inflamatorii, artrită reumatoidă, sindrom Sjogren)

Iulia Szabo¹

¹Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

OBIECTIVE: Pneumopatiile interstițiale difuze (PID) reprezintă cea mai frecventă formă de afectare pulmonară în colagenoze. Prevalența, factorii de risc și subtipul histopatologic și radiologic PID diferă între colagenoze, în timp ce abordarea terapeutică este superpozabilă indiferent de tipul de boală de țesut conjunctiv.

REZULTATE: 10% dintre pacienții cu artrită reumatoidă (AR) dezvoltă forme clinice manifeste de PID. Activitatea bolii, sexul masculin, vârsta peste 60 de ani, fumatul, factorul reumatoid și anticorpii anti-CCP în titru mare sunt considerați factori de risc pentru dezvoltarea PID-AR. Cele mai frecvente subtipuri PID-AR sunt "usual interstitial pneumonia" (UIP) 44-66% și "nonspecific interstitial pneumonia" (NSIP) 24-44%. Prevalența PID în miopatiile inflamatorii idiopatice (MII) este extrem de variabilă (20-80%) și depinde de forma clinică de MII și asocierea cu diverși autoanticorpi. Astfel, sindromul antisintetazic, MII asociate cu anti-MDA5 și sindroamele overlap (anti-PM-Scl75 și 100, anti-Ku, anti-Ro52) prezintă cel mai mare risc de a dezvolta PID. NSIP, pneumonita în organizare (OP) și UIP sunt principalele subtipuri PID-MII. Prevalența PID în sindromul Sjogren primar (SSp) este 10-20%, în timp ce sexul feminin, debutul bolii în jurul vârstei de 60 de ani, manifestările extraglandulare sunt considerate factori de risc. Alături de NSIP (45%) și UIP (16%), pneumopatia interstițială limfoidă (LIP) (15%) este o formă chistică de PID descrisă în special în SSp.

CONCLUZII: NSIP este subtipul PID cel mai frecvent descris în colagenoze, urmat de UIP. Cu toate acestea, recomandările actuale nu țin seama de subtipul PID în decizia terapeutică, ci de extensia radiologică a bolii și de răsunetul clinic.

Tratamentul pneumopatiilor interstițiale difuze din colagenoze

Simona Rednic

Clinica Reumatologie, UMF Iuliu Hațieganu Cluj și Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj, România

Pneumopatia interstițială difuză (PID) din majoritatea colagenozelor, mai ales din sclerodermia sistemică (ScS), dar și din poliartrita reumatoidă (PR), demato/polimiozită (DM/PM) sau sindromul Sjogren SSj), este cauza principală de morbiditate și mortalitate în aceste boli. Există încă foarte multe nevoi neîndeplinite în ceea ce privește tratamentul acestei manifestări, pentru că există puține date

bazate pe dovezi și studii randomizate în această situație. Medicamentele utilizate sunt adesea folosite empiric (ex steroizii), extinse din rezultatele bune pentru alte afectări de organ (ex terapii biologice în PR cu efect bun pe articulații) sau extinse la alte boli după rezultatele bune dintr-una singură (ex singurele studii randomizate în PID din ScS folosite în DM/PM sau SSj). Opțiunile de tratament includ steroizi, imunosupresoare convenționale cum ar fi ciclofosfamida (CF), micofenolatul mofetil (MMF), azatioprina (AZA), inhibitorii de calcineurină precum cyclosporina A (CyA) sau tacrolimusul, terapiile biologice (rituximab (RTX), tocilizumab (TCZ) și foarte recent, terapia antifibrotică (nintetanib, pifenidona). Aceste terapii se folosesc diferențiat în funcție de boală, dar consensul legat de momentul optim, de durata terapiei și mai ales de agenții utilizați, ca și de ordinea utilizării acestora nu a fost atins. Ghidurile de tratament pentru PID lipsesc, cu excepția ScS unde există unele recomandări ceva mai vechi. Pentru ScS avem de asemenea singurele studii randomizate, Scleroderma Lung Studies I și II, care recunosc eficacitatea temporară a CF, ca și eficacitatea similară și tolerabilitatea mai bună a MMF. Tot pe loturi mici de pacienți cu ScS s-a dovedit efectul insuficient al AZA ca terapie de atac. În ultimii ani, date din studii randomizate dovedesc eficacitatea RTX, TCZ și ABA pentru tratamentul PID din ScS, efecte care urmează a fi dovedite pe studii mai mari cu obiective primare care vizează plămânul cu sau fără terapii imunosupresoare asociate. De asemenea aprobarea recentă a nintetanibului pentru tratamentul afectării interstițiale din ScS lărgeste mult perspectivele terapeutice. Locul acestuia, ordinea și combinațiile urmează a fi stabilite. Pentru celelalte colagenoze există și mai puține informații. PID din PR se tratează mai degrabă cu doze mari de steroizi, MMF și CF, și cu biologice de tipul RTX, TCZ sau ABA și evitarea agenților anti-TNF, tactici care se bazează mai degrabă pe extrapolări și cazuri izolate, decât pe studii randomizate. Pentru miopatiile inflamatorii terapie de bază rămân steroizii, CF și MMF, iar în formele refractare s-a încercat RTX. Pentru aceste boli utilizarea antifibroticelor pentru indicația de PID progresivă pare foarte promițătoare și de viitor, studiile făcute pentru această indicație incluzând și PID secundare altor colagenoze. Domeniul a beneficiat oricum de progrese uriașe în ultimii ani.

Early diagnosis and prediction of disease course in CTD ILD: an imaging perspective

Helmut Prosch

Fibrosing interstitial lung diseases (fILD) are a common manifestation of connective tissue diseases and have a significant impact to morbidity and mortality in this patient population. While in some patients a fibrosing lung disease are the first manifestation of a CTD and may even precede systemic manifestations for years, in other patients fILDs are diagnosed at the time of the diagnosis of the CTD. In other patients, fILDs are diagnosed months or years after the diagnosis of the CTD.

CT plays a central role in the diagnosis and treatment decisions in fILDs. The most common disease patterns of ILDs described in CTDs are the usual interstitial pneumonia (UIP), the non-specific interstitial pneumonia (NSIP), and the organizing pneumonia (OP). Importantly, these patterns are not uniquely observed in CTDs but are also seen in idiopathic diseases such as idiopathic interstitial pneumonia (IPF), idiopathic non-specific interstitial pneumonia (iNSIP) or be the consequence of drug toxicity and other injury to lung parenchyma. Consequently, the diagnosis of ILDs should be made in a multidisciplinary discussion involving pulmonologists, rheumatologists, radiologists and in many cases also pathologists.

Besides the diagnosis, CT does also play a major role in the prediction of the disease course and thus in treatment decisions. Several studies could demonstrate over the last few years that the most important factors for a worse prognosis are a UIP pattern, the presence of so called “honeycombing”, the presence of bronchiectasis and the extent of the disease. Consequently, all these parameters should be assessed by radiologists reading a CT scan of a patient with a CTD-ILD and mentioned in the report.

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 16⁰⁰ : CALEIDOSCOP IMAGISTIC: PREZENTĂRI INTERACTIVE

Moderatori: Florentin Vreju și Claudia Mihailov

Aspecte practice în radiologia mâinii și piciorului - *Corina Mogoșan*

Imagistica în artritele microcristaline - *Maria Magdalena Tamaș*

Ecografia vasculară în fenomenul Raynaud - *Nicolae Rednic*

Imagistica prin ultrasonografie în evaluarea afecțiunilor reumatice cu interesarea tegumentului - *Florentin Vreju*

Aspecte practice în radiologia mâinii și piciorului

Corina Mogoșan, CCBR “Dr. Ion Stoia, București, România

Evaluarea radiografică rămâne standardul de evaluare și de monitorizare a progresiei structurale în artropatiile inflamatoare, cu toate limitele sale privitoare la boala precoce (în special în primul an de boală). Între avantajele utilizării metodei radiografice menționăm larga accesibilitate a acesteia și acoperirea unei zone extinse, cu mai multe articulații posibil de evaluat, într-o singură expunere radiografică. Este oare nevoie de existența leziunilor erozive pentru a emite diagnosticul de artrită reumatoidă sau menținerea evolutivă în stadiu non-eroziv este suficientă pentru a exclude această boală? Predilecția pentru anumite articulații în apariția primelor leziuni erozive, existența distrucțiilor în arii articulare clinic asimptomatice, similitudini și discordanțe de afectare structurală, tipuri de progresie structurală, leziuni distructive de cauze multiple, sunt doar câteva din aspectele practice care vor fi luate în discuție în sesiunea de abordare practică în radiologia mâinii și piciorului.

Imagistica în artritele microcristaline

Maria-Magdalena Tămaș

UMF “Iuliu Hațieganu”, Clinica Reumatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca

Depozitele microcristaline intraarticulare sau periarticulare sunt fie asimptomatice, regăsite întâmplător prin diverse metode imagistice, fie au răsunet clinic, atât într-o manieră acută, cât și cronică. Cele mai frecvente cristale implicate sunt cele de urat monosodic – MSU (asociate gutei), cristalele de pirofosfat de calciu dihidrat – CPP (responsabile de boală prin depozite de CPP sau pseudoguta) și cristalele de fosfat bazic de calciu – BCP (responsabile de boala prin depozite de BCP).

Imagistica – atât clasică, cât și modernă – joacă un rol important în diagnosticul și urmărirea acestor patologii, mai ales în fazele cronice, existând aspecte imagistice caracteristice fiecărei afecțiuni, utile, deci, în diferențierea artropatiilor. În etapele precoce însă, modificările imagistice sunt nespecifice, fiind de cele mai multe ori necesară confirmarea diagnostică prin analiza lichidului sinovial.

Radiografia convențională este prima metodă imagistică de solicitat în fața unui pacient cu suspiciune diagnostică de artrită microcristalină. Dacă în fazele precoce de boală modificările sunt nespecifice, caracterizate în principal de tumefiere de părți moi, în afecțiunile cronice există aspecte caracteristice, în funcție de diagnostic, cum ar fi: eroziunile osoase bine definite, cu prăbușirea osului, dar cu prezervarea spațiului articular în gută sau imaginile radioopace liniare sau punctate regăsite la anumite sedii anatomice (de exemplu genunchi, pumn) în boala prin depozite de CPP. Radiografia ajută și la diferențierea formei distructive a pseudogutei de alte afecțiuni articulare.

Imagistica modernă a capatat – și în acest domeniu – un rol important. Ecografia fiind ușor accesibilă aduce informații care pot orienta diagnosticul, într-un anumit context clinic. Sunt cunoscute leziunile ecografice elementare în gută, precum semnul dublului contur, prezența tofilor peri- sau intraarticulare, dar și prezența imaginilor hiperecogene în fibrocartilaj, în cartilajul hialin (în pseudogută) sau la nivelul structurilor periarticulare (în boala prin depunerea de BCP). În etapele de debut ale artritelor microcristaline, modificările ecografice sunt nespecifice, astfel prezența colecției, a hipertrofiei

sinoviale cu elemente de vascularizație necesită un diagnostic diferențial cu alte patologii articulare. De notat este faptul ca ecografia este o metodă imagistică operator-dependentă, și mai mult, corelarea simptomatologiei cu modificările imagistice – modificări ce pot fi regăsite și la pacienți asimptomatici, este esențială pentru un diagnostic corect.

Tomografia computerizată cu energie duală permite decelarea și caracterizarea depozitelor de MSU, iar împreună cu radiologia și ecografia este inclusă în ultimele criterii de clasificare pentru gută. Imagistica prin rezonanță magnetică poate evidenția modificările inflamatorii articulare sau priarticulare asociate puseelor acute, însă acestea fiind nespecifice, coroborarea datelor clinice și imagistice (de exemplu tomografie computerizată) ar putea aduce informații suplimentare în diagnosticul diferențial.

Referințe:

1. Filippucci E, Reginato AM, Thiele RG. Imaging of crystalline arthropathy in 2020. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2020;34(6) <https://doi.org/10.1016/j.berh.2020.101595>
2. Christiansen, S.N., Müller, F.C., Østergaard, M. et al. Dual-energy CT in gout patients: Do all colour-coded lesions actually represent monosodium urate crystals? *Arthritis Res Ther* 22, 212;2020 <https://doi.org/10.1186/s13075-020-02283-z>
3. Omoumi P, Zufferey P, Malghem J, So A. Imaging in Gout and Other Crystal-Related Arthropathies. *Rheum Dis Clin North Am.* 2016 Nov;42(4):621-644. doi: 10.1016/j.rdc.2016.07.005.

Ecografia vasculară în fenomenul Raynaud

Nicolae Rednic

Clinica Medicală IV, Cluj-Napoca, România

Diagnosticul fenomenului Raynaud se bazează pe tabloul clinic: paloarea degetelor net demarcată, urmată de cianoză, durere și parestezii, determinate de expunerea la frig sau de stres emoțional. Triada simptomatică completă nu este, însă, prezentă la toți pacienții, iar aprecierea severității, evoluției sau răspunsului la tratament rămâne, de asemenea, dificilă utilizând doar criteriile subiective ale tabloului clinic. Fenomenul Raynaud este, în cele mai multe cazuri, idiopatic, dar poate apare și secundar altor boli, cel mai frecvent sclerodermiei sistemice sau lupusului eritematos diseminat. Evaluarea clinică este cel mai adesea insuficientă pentru deosebirea acestor două forme, de aceea sunt necesare metode diagnostice imagistice pentru diagnosticul precoce al formelor secundare. Mai multe metode obiective de diagnostic sunt utilizate pentru depășirea acestor limite: angiografia prin rezonanță magnetică, scintigrafia de perfuzie, termografia, capilaroscopia, imagistica cu contrast laser și ecografia Doppler color.

Ecografia vaselor digitale, realizată cu traductoare liniare cu frecvență înaltă, în scară gri, color și powerDoppler, oferă imagini bune ale arterelor arcadei superficiale a mâinii, arterelor digitale comune și proprii și rețelei vasculare de la nivelul patului unghial și pulpei degetului. Examenul Doppler pulsant permite înregistrarea vitezelor fluxurilor arteriale și debitului sanguin.

Principalii parametri înregistrați de ecografia vasculară a arterelor digitale sunt diametrul arterial bazal și după expunere la frig, debitul sanguin bazal și după expunere la frig, timpul până la reluarea fluxului arterial după întreruperea expunerii la frig și timpul până la normalizarea fluxului arterial după întreruperea expunerii la frig. Morfologia vaselor digitale- stenoze, ocluzii arteriale, tromboze- poate fi, de asemenea, evaluată.

Fenomenul Raynaud primar este caracterizat ecografic de prezența unor valori normale ale diametrului arterial și debitului sanguin bazale, reducerea acestora la expunerea la frig și revenirea la normal relație rapidă după dispariția factorului de stress termic. În fenomenul Raynaud secundar există o reducere bazală a indicelui de vascularizație și a diametrelor arteriale, diminuare severă a acestor parametri la expunerea la frig și o revenire extrem de tardivă la valorile inițiale după întreruperea expunerii la frig. Microtromboze arteriale, stenoze sau ocluzii vasculare pot fi, de asemenea, identificate.

Ecografia Doppler color oferă parametri obiectivi de evaluarea a perfuziei la nivelul degetelor, contribuind la diagnosticul fenomenului Raynaud, la diferențierea precoce a formei primare de cele secundare și la monitorizarea evoluției naturale sau a răspunsului terapeutic.

Dureri musculare sau articulare ce limitează mișcarea?



Cheia e la tine!



Combate inflamația² ■ Reduce edemul² ■ Ameliorează durerea²

din afecțiunile musculare și articulare, inclusiv cele post-traumatice (cum ar fi: luxații, entorse, întinderi, rupturi ale tendoanelor și ligamentelor)².



Pacientul nu trebuie să expună zonele tratate la soare (chiar soare mai puțin puternic), incluzând razele UV provenite de la solar, pe parcursul tratamentului și timp de 2 săptămâni după terminarea acestuia².

1. <http://www.qudal.com/ROMANIA-346JX35>

2. Rezumatul Caracteristicilor produsului Fastum Gel, Septembrie 2020

* În cercetarea de piață "QUDAL - QUality meDAL Romania Health 2020-2021" din Apr. 2020, condusă de organizația elvețiană ICERTIAS - International Certification Association GmbH, Fastum Gel a obținut locul întâi (No. 1) în categoria: Gel (topice) pentru ameliorarea simptomatologiei întinderilor și entorselor.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF.

Acest material este destinat profesioniștilor în domeniul sănătății.

Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați RCP-ul medicamentului.

Imagistica prin ultrasonografie în evaluarea afecțiunilor reumatice cu interesarea tegumentului

Ananu Florentin Vreju
UMF Craiova, Romania

Ecografia musculoscheletală a câștigat din ce în ce mai mult teren în ultima perioadă printre metodele imagistice utilizate frecvent în reumatologie. Pe lângă aportul cert, demonstrat, adus în afecțiuni musculoscheletale de tip degenerativ sau inflamator, ecografia pielii devine din ce în ce mai populară în afecțiuni precum sclerodermia sistemică sau artrita psoriazică. În prezent, ecografia de piele este utilizată mai frecvent de către medicii dermatologi, însă o serie de articole îi menționează importanța atât în diagnosticul, cât mai ales în evaluarea răspunsului la tratament în bolile reumatice cu interesarea pielii. Astfel, ecografia în scală gri permite vizualizarea epidermului, dermului și țesutului subcutanat, precum și structuri apendiculare pielii, precum unghia și foliculii piloși. Evaluarea dimensiunii fiecăruia dintre straturile superficiale poate sugera modificări semnificative în sclerodermia sistemică, în timp ce, îngroșarea dermului superficial și aspectul hipoecogen al acestei zone, sugerează extinderea leziunilor psoriazice. Mai mult decât atât, utilizarea elastografiei poate aduce informații deosebit de importante în evoluția sclerodermiei, iar prezența semnalului Doppler la nivelul dermului superficial sugerează activitate de boala la acest nivel. Evaluarea unghiei la pacienții cu psoriazis ar putea identifica modificări cu rol predictiv de evoluție a bolii cutanate către afectarea articulară. Astfel, îngroșarea platoului unghial, cu neregularitatea, inițială a plăcii ventrale, ar putea fi extrem de utilă în diagnosticul precoce al pacienților cu risc evolutiv. De asemenea, identificarea modificărilor descrise mai sus la nivelul tegumentului scalpului ar putea fi relevant pentru medicul dermatolog. Având în vedere proximitatea entezei tendonului extensor, față de matrixul unghial, au existat multiple dezbateri legate de evenimentul primordial în evoluția artritei psoriazice.

16⁰⁰ – 16³⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : ATELIER PENTRU REZIDENȚI: CUM SĂ REALIZĂM O PREZENTARE

Hotel SPORTUL

09⁰⁰ – 10³⁰ : OSTEOPOROZA: SCENARIIL CLINICE FRECVENTE ÎN PRACTICA REUMATOLOGICĂ

Moderator: Siao Pin Simon

Tratamentul osteoporozei de postmenopauză: terapii antirezorbtive și osteoformatoare - *Bianca Dumitrescu*

Osteoporoza indusă de corticosteroizi - caracteristici și management - *Daniela Opris Belinski*

Osteoporoza din bolile inflamatorii reumatice: similitudini și diferențe în remodelarea osoasă - implicații terapeutice - *Siao Pin Simon*

Tratamentul osteoporozei postmenopauza: terapii antirezorbtive si osteoformatoare

Bianca Dumitrescu
Centrul Clinic de Boli Reumatismale 'Dr I. Stoia', București, România

Pentru tratamentul osteoporozei sunt disponibile terapii eficiente. Exista clasa antirezorbtivelor care cuprinde bifosfonați si denosumab, cu diferențe in ceea ce privește creșterea de densitate minerală

osoasă (DMO) și cu reducere a riscului de fractură de 50-70% pentru fracturile vertebrale, 20% pentru fracturile non-vertebrale, respectiv 40% pentru cele de șold. Există terapii osteoformatoare sau anabolice, care cuprind teriparatid și abaloparatid și care acționează prin activarea receptorului PTH1, crescând funcția osteoblastelor și formarea osoasă, prin stimularea remodelării osoase, cu o balanță pozitivă pentru formarea osoasă. Există și romosuzumab care are efecte pe formare, dar și pe rezorbția osoasă, el acționând pe calea sclerostinei pe care o inhibă, astfel stimulând funcția osteoblastului cu creșterea formării osoase, simultan inhibând și eliberarea de RANK ligand, care scade astfel funcția osteoclastelor și reduce rezorbția osoasă. Teriparatida și abaloparatida cresc densitatea minerală osoasă mai mult decât antirezorbitivele, iar reducerea riscului de fractură este de 85% și, respectiv, 40-50% pentru fracturile vertebrale și non-vertebrale, comparativ cu placebo. Tratamentul cu dublă acțiune, romosuzumab duce la creșteri mai pronunțate ale DMO decât alte modalități de tratament și reduce riscul fracturilor vertebrale și clinice cu 73% și respectiv 36% comparativ cu placebo după 12 luni. Regimul de tratament secvențial cu romosuzumab pentru 12 luni urmat de alendronat reduce riscul de fracturi vertebrale, non vertebrale și de șold cu 48%, 20% și 38% comparativ cu alendronat după 2-3 ani. În principiu agenții osteoformatori și cei cu mecanism dual cresc densitatea minerală osoasă și reduc riscul de fractură, dar acest efect dispare cu timpul și prin urmare trebuie susținut de tratament antirezorbitiv cu bifosfonați sau cu denosumab. Este important de reținut că ordinea tratamentului poate conta, datele arătând că de exemplu răspunsul la teriparatid este redus la pacienții care anterior au avut tratament cu bifosfonat. În practica medicală există pacienți care nu răspund la tratament și trecerea de la administrare orală la tratament injectabil conduce la îmbunătățirea valorilor DMO. Datele actuale de terapie combinată care țintesc atât rezorbția cât și formarea osoasă sunt limitate, având studii pe termen scurt și care au avut ca obiectiv doar DMO. Cum osteoporoza este o boală cronică, planul de tratament pe termen lung trebuie să înglobeze toate aceste variabile, inclusiv severitatea și evoluția bolii, cazurile de non-responsivitate la tratament și terapia secvențială trebuie avute în vedere, mai ales în cazurile severe de boală unde se poate avea în vedere inițierea de tratament cu un agent osteoformator, urmat de antirezorbitiv. Practic fiecare pacient se va încadra în planul lui de tratament pe termen lung.

Osteoporoza indusă de corticosteroizi – caracteristici și management

Daniela Opreș-Belinski
Spital Clinic Sfânta Maria, UMF Carol Davila București

Osteoporoza indusă de corticosteroizi este cel mai frecvent tip de osteoporoza secundară și, totodată, cel mai des tip de osteoporoză iatrogenă. Administrarea cronică (mai mult de 3 luni) de produse cortizonice, chiar și la dozele mici folosite în inhalatoriile recomandate astmaticilor, se însoțește de pierdere rapidă a masei osoase, asociată cu o creștere a riscului de apariție a fracturilor de fragilitate. La acest aspect contribuie și miopatia cortizonică precum și scăderea numărului de receptori de vitamină D determinată de tratamentul cortizonic. Este important de reținut faptul că efectul negativ asupra sistemului osos se instalează rapid, încă din primele 6 luni de administrare. În principal se datorează accelerării rezorbției (inhibă producerea de osteoprotegerin, stimulează RANK și la doze mari și RANKL, scade secreția de hormoni sexuali), unei inhibiții directe a osteoformării dar și scăderii absorbției intestinale de calciu și hiperparatiroidismului secundar. Totodată în administrare prelungită rezorbția osoasă mediată de osteoclast își pierde din importanță iar supresia formării osoase devine principalul efect scheletal. Din acest motiv, recomandările celor mai multe ghiduri terapeutice susțin evaluarea DXA dar și a scorului FRAX la pacienții cu corticoterapie cronică preferabil anterior inițierii tratamentului. Opțiunile terapeutice cuprind atât medicații antirezorbitive (bisfosfonați de tipul alendronat, risedronat sau zoledronat și anticorpi monoclonali umanizați anti RANK ligand – denosumab) dar și produse osteoformatoare (teriparatide). Indiferent de opțiunea utilizată este necesară suplimentarea cu vitamina D.

Bibliografie:

1. Adami G, Saag KG. Glucocorticoid-induced osteoporosis: 2019 concise clinical review. *Osteoporos Int* 2019; 30:1145

Osteoporoza in principalele boli inflamatorii cronice reumatologice: similitudini și diferențe in remodelarea osoasa implicații terapeutice

Simon Siao-pin
UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca
Clinica Reumatologie Cluj

Osteoporoza (OP) din bolile inflamatorii cronice are la bază o interacțiune constantă, bidirecțională între celulele imune și celulele țesutului osos (osteoclaste, osteoblaste și osteocite). Patogeneza OP asociate AR este complexă și presupune interacțiunea citokinelor pro-inflamatorii care promovează osteoclastogeneza și inhibă formarea osoasă (TNF- α , IL-1, IL-6, IL-17 etc.). Interrelația sistem musculoscheletal – sistem imun se validează prin existența unei rețele de reglare “colaborativă” numită “sistem osteoimun”. Molecula princeps a acestui sistem este RANKL (receptor activator of nuclear kappa-B ligand) care îndeplinește funcții multiple, atât în condiții fiziologice, cât și în condiții patologice (ex. AR, metastaze osoase). Exprimarea RANKL la nivelul osteoblastelor este stimulată de IL-1, IL-6, IL-11, IL-15, IL-17, TNF- α , prostaglandina E2, PTH, calcitriol, și glucocorticoizi (GC) și este inhibată de TGF- β . Pe de altă parte, expresia osteoprotegerinei (OPG) este stimulată de TGF- β , proteinele morfogenetice osoase (BMP), interferon (IFN), IL-6, IL-11 și IL-13 și este inhibată de PTH, IL-17, calcitriol și GC. Sistemul RANK/RANKL/OPG este promotorul majorității factorilor care reglează rezorbția osoasă, aparține superfamiliei liganzilor TNF, participă activ la controlul rezorbției osoase/activării osteoclastogenezei și stă la baza cuplării celulelor imune cu celulele osoase. În AR, inflamația sistemică crește producția de citokine inflamatorii care acționează asupra sistemului RANK/RANKL/OPG, activând osteoclastogeneza și crescând rezorbția osoasă. IL-17, produsă de celulele Th-17, stimulează deasemenea expresia RANKL la nivelul fibroblastelor sinoviale. Această activare anormală a osteoclastelor, în absența activității osteoblastice echivalente are drept rezultat o scădere generalizată a masei osoase și o incidență mai mare a fracturilor vertebrale și non-vertebrale. Turnover-ul osos anormal este prezent în multe din bolile inflamatorii cronice. Spre deosebire de AR, în SA și APs, există arii focale de neoformare osoasă care are la bază un proces de osificare enchondrală. În mod normal, procesul este activ în cursul perioadei de creștere osoasă și implică înlocuirea matricei cartilajinoase cu os mineralizat. În condiții patologice (ex. SA, APs) se presupune că celulele progenitoare mezenchimale se angajează într-o direcție condrogenică, cu diferențiere subsecventă în condrocite hipertrofice, capabile să calcifice matricea cartilajinoasă și să o înlocuiască cu țesut osos. În plus, condrocitele hipertrofice se pot diferenția în osteoblaste în cursul dezvoltării osoase. Prin urmare, formarea osoasa enchondrală și formarea osoasa osteoblastică directă stau la baza formării sindesmofitelor respectiv parasindesmofitelor în SA și APs. Formarea osoasă enchondrală fiziologică și formarea calusului, este indusă de TGF- β și BMP. TGF- β și BMP semnalizează prin calea Wnt - principalul reglator al modelării și remodelării osoase postnatale. Activarea căii Wnt/ β -catenină are ca rezultat activarea transcripțională a genei OPG, inhibitor puternic al RANKL (principalul reglator al diferențierii și activării osteoclastelor). Date recente susțin ipoteza că această cale semnalizare (Wnt/ β -catenină) alături de inhibitorii săi, proteinele Dkk1 (Dickkopf-related protein 1) și sclerostina, sunt implicate în patogeneza SpA, din perspectiva neoformării osoase. Sunt necesare mai multe studii pentru a decide dacă nivelurile de sclerostină și Dkk1 pot fi utilizate ca noi biomarkeri pentru progresia structurală la pacienții cu SA și/sau APs.

10³⁰ – 11⁰⁰ : Pauză cafea

11⁰⁰ – 13⁰⁰ : SOLUȚII TERAPEUTICE ACTUALE ÎN ARTROPATIA PSORIAZICĂ

Moderator: Cătălin Codreanu

Strategii terapeutice în artropatia psoriazică - *Laura Muntean*

Terapii convenționale și biologice clasice in artropatia psoriazica - ce este nou - *Anca Cardoneanu*

Interdisciplinary management of Psoriatic Arthritis - *Diamant Thaci (Lubeck)*

Terapii sintetice țintite în artropatia psoriazică - *Răzvan Ionescu*

Strategii terapeutice în artrita psoriazică

Laura Muntean

Clinica Reumatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, România

Artrita psoriazică (APs) este o afecțiune reumatismală cronică inflamatoare complexă și heterogenă din punct de vedere patogenetic și clinic. În ultimele două decade s-au înregistrat progrese semnificative în înțelegerea mecanismelor patogenetice și identificarea de noi ținte terapeutice. Tratamentele disponibile la ora actuală includ medicamente simptomatice (antiinflamatoare nesteroidiene, glucocorticoizi), remisive sintetice convenționale (metotrexat, leflunomida, sulfasalazina, ciclosporina), agenți biologici (agenți anti-TNF- α : infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab; agenți anti-IL17: secukinumab, ixekizumab; agenți anti-IL23/IL12: ustekinumab; agenți anti-IL23: guselkumab; CTLA-4: abatacept) și remisive sintetice țintite (inhibitori de fosfodiesterază-4: apremilast; inhibitori JAK: tofacitinib). Remisivele sintetice convenționale se recomandă în APs cu manifestări predominant periferice, dar acestea nu sunt eficiente la pacienții cu manifestări predominant axiale. Eficacitatea clinică a diferiților agenți biologici este similară asupra tuturor manifestărilor musculoscheletale din APs (axiale, periferice și entezitice). Există însă diferențe în ceea ce privește efectul acestora asupra manifestărilor extra-scheletale, care sunt frecvente la pacienții cu APs. În plus, o mare parte din pacienții cu APs au complicații metabolice și boli cardiovasculare - se vorbește de "boala psoriazică" și se recomandă ca evaluarea pacienților să fie făcută de o echipă multidisciplinară.

Este necesar ca tratamentul să fie individualizat în funcție de manifestările clinice, severitatea și activitatea bolii, factorii de prognostic și statusul clinic general (vârstă, comorbidități, etc), precum și de preferința pacientului. Lărgirea paletei de medicații eficiente a făcut posibilă stabilirea unor obiective ambițioase ale tratamentului modern, incluzând stoparea leziunilor structurale, preservarea capacității funcționale și creșterea calității vieții pacienților cu APs. Aceste obiective pot fi atinse prin adoptarea unei strategii de tip "treat-to-target". Astfel, terapia trebuie să țintească remisia pe termen lung sau activitatea scăzută a bolii. Există o mare varietate de instrumente de evaluare a activității bolii și răspunsului terapeutic în APs, dar multe dintre ele necesită validare și există discrepanțe în modul de utilizare a acestora în practica clinică curentă.

Alegerea medicamentelor și a strategiei terapeutice optime la pacienții cu APs rămâne o provocare, de mare ajutor pentru clinicieni fiind ghidurile de recomandări elaborate de societățile profesionale importante – EULAR, ACR și GRAPPA – pe baza cărora au fost elaborate și ghiduri locale.

În cadrul acestei prezentări vor fi sumarizate cele mai recente progrese în domeniul terapiei din APs și vor fi discutate strategiile terapeutice propuse de principalele ghiduri internaționale.

Terapii convenționale și biologice clasice în artropatia psoriazică – ce este nou

Anca Cardoneanu

Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T Popa" Iași, România

Rezumat: Artropatia psoriazică (APso) reprezintă o afecțiune inflamatorie cronică sistemică care îmbracă numeroase forme clinice și care poate prezenta atât manifestări musculoscheletale, cât și extraarticulare. Distrucțiile articulare importante și asocierea comorbidităților determină o creștere a morbidității, motiv pentru care inițierea unui tratament cât mai precoce și mai agresiv se impune în cazul acestor pacienți, ținta terapeutică fiind remisiunea sau măcar activitatea joasă a bolii. Ultimele recomandări privind tratamentul APso au fost elaborate de către EULAR (European League Against Rheumatism) în anul 2020, acestea fiind individualizate în funcție de forma clinică a bolii. Astfel, în

cazul afectării preponderent periferice (mono/oligo/poliartrită ± dactilită) se inițiază terapie cu DMARD (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs) convenționale sintetice precum Metotrexat, Sulfasalazină sau Leflunomid, iar dacă răspunsul este unul nefavorabil se trece la etapa următoare care include terapia biologică (inhibitori TNF α – tumor necrosis factor α , inhibitori de interleukină (IL) 17, IL12/23), terapia sintetică țintită (inhibitorii de Janus Kinaze) sau chiar inhibitori de fosfodiesterază 4. Afectarea predominant axială și forma entezitică presupun folosirea de primă intenție a antiinflamatoarelor nonsteroidiene și/sau a infiltrațiilor cu glucocorticosteroizi, fiind urmate de utilizarea terapiei biologice - inhibitorii TNF α sau IL17. Combaterea inflamației, a durerii și stoparea distrucțiilor articulare reprezintă obiectivele principale ale tratamentului, scopul final fiind menținerea funcționalității și îmbunătățirea calității vieții acestor pacienți.

Bibliografie:

1. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A, et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. *Ann Rheum Dis* 2020;79:700–712.
2. Noviani M, Feletar M, Nash P, Leung YY. Choosing the right treatment for patients with psoriatic arthritis. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease* 2020; 12: 1759720X20962623.

Interdisciplinary management of Psoriatic Arthritis

Univ. Prof. Dr. med. Diamant Thaçi

Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine, University of Lübeck, Lübeck, Germany.

Psoriatic arthritis (PsA) and psoriasis (PsO) share many pathogenic mechanisms, with PsA occurring in up to 30% of people with PsO. However, PsA often goes undetected. The majority of patients with PsA present with PsO before PsA is diagnosed, although 10–15% of patients present with PsA first or experience concurrent skin and joint symptoms.

Diagnosing psoriatic arthritis (PsA) is not always straightforward approach in a busy daily practice of dermatologist. This is partly because of its heterogeneous presentation and partly because many patients with PsA do not always report joint disorders to dermatologist, especially keeping in mind that ¾ of patients first develop psoriasis and partly are treated in primary care or by orthopedic surgeon without referral to a rheumatologist.

Once diagnosed, optimal disease control requires frequent specialist monitoring, adjustment or switching of therapies, and management of comorbidities and concomitant diseases, and attention to patients' overall well-being. Given the breadth of expertise that diagnosis and management of PsA requires structured framework that supports the optimization of multidisciplinary care for patients with PsA is still an unmet need in many European countries.

Importantly, although the skin symptoms associated with PsO are generally reversible, the joint damage associated with PsA is often irreversible, making early diagnosis and adequate treatment crucial. Once the majority of patients with PsA are receiving regular multidisciplinary care improved patient outcomes will follow. Consideration of other risk factors, such as weight, smoking and physical activity, and of the patient's overall well-being, is warranted.

A major challenge of treatment is the degree to which treatment strategies need to be individualised to reflect the main areas of disease activity for each patient. Consideration of the most prominent symptoms (e.g. skin or joint), and identification of other systemic symptoms (e.g. comorbidities) is the key to selecting the most appropriate medication. Some treatments are approved and available for multiple linked diseases.

Currently, management of PsA often begins with the isolated treatment of either joint or skin symptoms. For skin symptoms, a stepwise treatment approach is common, starting with topical therapies or phototherapy. Treatment of joint symptoms typically begins with use of non-steroidal anti-inflammatory drugs or intra-articular steroid injections. Subsequently, patients are moved onto systemic treatment, commonly starting with conventional synthetic DMARDs, such as methotrexate, sulfasalazine and leflunomide, followed by biologics. Tumour necrosis factor (TNF) inhibitors, the first biologics to be approved in PsA, are now widely used, as are biologic drugs targeting IL-17, IL12/23, IL-23, PDE4i, JAKi and CD80/CD86.

Given these challenges, there is a clear need for collaborative, structured management of PsA by rheumatologists, dermatologists and a number of other specialists, ranging from psychologists and gastroenterologists to primary care physicians and specialist nurses. Only in this way can we facilitate effective, patient-centred care in PsA, starting from the diagnosis of PsO or PsA – whichever comes first – and involving the patient as much as possible throughout.

Terapii sintetice țintite în artrita psoriazică

Răzvan Adrian Ionescu
Spitalul Clinic Colentina
București, România

În armamentariumul terapeutic al reumatologului care tratează artrita psoriazică, se află multe elemente. Printre cele mai nou apărute, se numără inhibitorii de Janus kinaze. Kinazele Janus (JAK) fac parte din marea familie proteică a kinazelor organismului (peste 500), grupate sub numele de kinom. În organismul uman există 4 JAK: JAK1, JAK2, JAK3 și TYK2. Rolurile acestui grup de proteine intrinseci ale organismului sunt multiple; însă, cel primordial poate fi asemuit celui de mesager secund: prin intermediul lor, informația transmisă prin intermediul citokinelor eliberate de diverse tipuri de celule, este translatată la nivel intracelular, determinând modificări ale transcripției genice, ce realizează efectul citokinei respective. Toate aceste evenimente sunt realizate prin intervenția procesului de fosforilare. Inhibitorii de Janus kinaze sau inhibitorii de JAK, sunt molecule mici, fără origine biologică, ce se opun activării JAK prin fixarea de situs-ul de legare a ATP de acestea, împiedicând astfel, fosforilarea JAK și translatarea semnalului citokinic în interiorul celulei.

În acest fel, simplu, efectele proinflamatorii ale diverselor citokine implicate în patogenia artritei psoriazice, sunt contracarate.

Primul dintre medicamentele ce inhibă acțiunea JAK a fost tofacitinib, un inhibitor preponderent al JAK1 și JAK3. El este deja aprobat pentru utilizare în artrita psoriazică, cu eficacitate bună. Următorul inhibitor de JAK a fost baricitinib, și el utilizat comercial pentru tratamentul artritei psoriazice, cu eficacitate remarcabilă; acesta inhibă cu precădere, JAK 1 și JAK2. Cel mai nou intrat pe piață dintre inhibitorii de JAK, este upadacitinib, care este și el aprobat, în Uniunea Europeană, pentru utilizare în artrita psoriazică, acționând cu selectivitate semnificativ îmbunătățită. (adică, în principal, prin inhibarea JAK1).

Dar nu toate citokinele își exercită acțiunile patogene asupra organismului prin intermediul kinazelor Janus; una din căile alternative implicate în artrita psoriazică este cea a fosfodiesterazei 4. Aceasta poate fi inhibată, printre altele, de apremilast, substanță de asemenea aprobată pentru utilizare în artrita psoriazică.

Prezentarea de față se referă la utilizarea acestor terapii sintetice țintite în tratamentul medicamentos al artritei psoriazice

13⁰⁰ – 14⁰⁰ : Pauză prânz

14⁰⁰ – 16⁰⁰ : COMUNICĂRI ORALE

Moderatori: Ruxandra Ionescu și Elena Rezuș

PROFILUL COMORBIDITĂȚILOR LA PACIENȚII CU ARTRITA REUMATOIDĂ ȘI IMPACTUL ASUPRA TRENDULUI DE PRESCRIERE MEDICAMENTOASĂ

Gănceanu Ecaterina^{1,2}, Ancuța Codrina^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”; ²Reumatologie 2, Spitalul Clinic Recuperare Iași, Romania

Abstract

Obiective

În legătură directă sau independente de boala reumatică, comorbiditățile limitează semnificativ opțiunile terapeutice și influențează negativ răspunsul la tratament. Ne propunem identificarea comorbidităților și impactul asupra medicației prescrise în artrita reumatoidă (AR).

Material și Metodă

Studiu observațional retrospectiv transversal pe 201 pacienți consecutivi cu AR spitalizați într-o clinică de reumatologie pe o perioadă de 6 luni. A fost analizată asocierea dintre comorbidități și schemele terapeutice cu remisie sintetice convenționale, țintite, biologice (cs/ts/bDMARDs) și glucocorticoizi (GC).

Rezultate

Majoritatea pacienților (90,05%) au prezentat cel puțin o comorbiditate, top 5 cele mai frecvente boli asociate fiind HTA (106; 52.72%), osteoporoza (73; 36.32%), dislipidemia (58; 28.86%), boala pulmonară interstițială (BPI) (44; 21.39%) și boala renală cronică (35; 17.41%).

Global, 171 pacienți (85.08%) au primit cel puțin un csDMARDs, cel mai frecvent hidroxiclороquină (84, 41.79%) și metotrexat (55; 27.35%), o treime (63, 31.34%) bDMARDs, cu distribuție comparabilă între inhibitorii TNF (27) și IL-16 (28), și doar 13 AR (6.47%) tsDMARDs.

Interesant, GC nu se regăsesc frecvent (34; 16.92%), în 6 AR administrarea fiind cronică; doar 16% din pacienții cu HTA, 11.11% diabetici, 15% osteoporoză și 15.52% cu dislipidemie au intermitent doze joase GC.

Raportată în 24 cazuri (11.94%), hepatita virală cronică limitează semnificativ utilizarea medicației, inclusiv bDMARDs (3 cazuri etanercept concomitent cu antivirale), ca și BPI care se pretează la bDMARDs într-o treime din cazuri.

Concluzii

Managementul AR rămâne o provocare în *real-life*, comorbiditățile putând constitui un factor limitativ atât din perspectiva alegerii medicației optime, cât și atingerii obiectivelor terapeutice.

RATA INFECȚIEI HERPES ZOSTER LA PACIENȚII CU PATOLOGIE REUMATICĂ IMUN-MEDIATA ÎN TRATAMENT CU BIOLOGICE ȘI REMISIVE ȚINTITE: EXPERIENȚA UNUI CENTRU UNIVERSITAR

Cociangă M^{1,2}, Ostafie I^{1,2}, Agafiți I^{1,2}, Pomîrleanu C^{1,2}, Petrariu L², Strugariu G², Trifan E^{1,3}, Boangher D³, Chirieac R³, Ancuța C^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” (*doctorand) Iași, România

²Clinica Reumatologie 2, Spitalul Clinic de Recuperare Iași, România

³SANOCARE Medical & Research Center Iași, Romania

Obiective: Evaluarea frecvenței infecției herpes zoster (HZ) la pacienți cu artrită reumatoidă (AR), spondilită anchilozantă (SA) și artrită psoriazică (APs) tratați cu biologice și remisie țintite (b/tsDMARDs)

Material și metodă: Studiu retrospectiv observațional pe o cohortă de 637 pacienți în tratament b/tsDMARDs, cu fișe de monitorizare deschise în Registrul Român de Boli Reumatice, urmărind date privind HZ (severitate, factori favorizanți, impact asupra activității bolii reumatice).

Rezultate: din 600 pacienți în terapie bDMARD și 37 tsDMARDs, doar 10 cazuri (1.57%) (7AR, 2APs, 1SA) au dezvoltat HZ. Analiza detaliată a demonstrat 9 HZ în context bDMARDs (5 cazuri tocilizumab) și doar un caz legat de tofacitinib; toate cazurile au fost femei, cu vârsta medie 63.7 ani, durata medie a bolii reumatice 14.6 ani, expunere medie 31.2 luni la medicația specifică până la decelarea HZ, boală controlată terapeutic; discutăm de infecții HZ *de novo*, cu severitate joasă/moderată, 8/10 forme monoradiculare și 2/10 diseminate, cu durată medie 18 zile; 7/10 au prezentat factori favorizanți (6 concomitență glucocorticoizi cronic doză medie și csDMARDs, un caz diabet zaharat). Rata evenimentelor HZ ajustate la 1000 ani-pacienți expunere a fost 1.5 cumulată per bDMARDs (5.58 pentru tocilizumab) și 2.7 la tofacitinib.

Discuții: în 5/10 cazuri, infecția HZ și temporizarea administrării b/tsDMARDs au determinat activarea bolii reumatice, cu persistență medie 3 luni, nefiind, însă, necesar *switching*-ul pe o altă moleculă terapeutică.

Concluzii: Infecția HZ nu reprezintă un eveniment advers frecvent la pacienții cu patologie reumatică în tratament b/tsDMARDs în practica cotidiană, dar necesită atenție situațiile speciale în contextul tocilizumabului.

Bibliografie:

1. Albrecht K, Kekow J, et al. Ann Rheum Dis Epub ahead of print: 02.09.2021]. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220651
2. Marra F, Lo E, Kalashnikov V, et al. Risk of herpes zoster in individuals on biologics, disease-modifying antirheumatic drugs, and/or corticosteroids for autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. Open Forum Infect Dis 2016;3:ofw205

PREVALENȚA ANTICORPILOR ANTINUCLEARI LA UN LOT DE PACIENȚI CU SCLERODERMIE SISTEMICĂ ȘI PNEUMOPATIE INTERSTIȚIALĂ DIFUZĂ

Ioana Rusu, Laura Muntean, Laura Damian, Siao-Pin Simon, Ileana Filipescu, Maria-Magdalena Tămaș, Ioana Felea, Ciprian Marinescu, Cristina Pamfil, Simona Rednic

Obiective

Scopul studiului a fost de a vedea prevalența anticorpilor din profilul extins de sclerodermie la un lot de pacienți cu sclerodermie sistemică și pneumopatie interstițială din Clinica de Reumatologie a Spitalului Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca.

Material și metodă

S-au introdus în studiu 43 de pacienți cu sclerodermie sistemică ce prezintă pneumopatie interstițială decelată la HRCT (high-resolution CT) la care s-a efectuat profilul imunologic extins de sclerodermie. Datele s-au cules din sistemul informatic al spitalului din perioada 01.01.2020-25.07.2021. Criterii de includere: diagnostic cert de sclerodermie sistemică, examinare HRCT, prezența profilului extins de sclerodermie.

Rezultate

Am efectuat un studiu retrospectiv, observațional în care am inclus 43 de pacienți, cu o medie de vârstă de 44 de ani, majoritatea de sex feminin. Cei mai mulți pacienți au prezentat sclerodermie sistemică forma cutanată difuză 23(53,48%). Din punct de vedere al aspectului imagistic, 36(83,72%) pacienți au avut NSIP (nonspecific interstitial pneumonia) celular sau fibrotic, 4(9,3%) pacienți au prezentat UIP (usual interstitial pneumonia) și 3(6,3%) pacienți au fost atât cu NSIP cât și cu UIP. Profilul de sclerodermie a evidențiat anticorpi anti-SCL70+ la 26(60,46%) pacienți, fiind urmați de anticorpii anti-Ro52 11(25,58%), anticorpii anti-CENP A 8(18,6%), anticorpii anti-CENP B 7(16,27%), anticorpii anti-ARN polimeraza III 7(16,27%), anticorpii anti Pm/SCL 7(16,27%), anticorpii anti-fibrinalină 1(2,32%), anticorpii anti-Ku 1(2,32%) incert și la niciun pacient nu s-au evidențiat anticorpii anti Th/To și anticorpii PDGFR.

Discuții

În concordanță cu alte studii, lotul se caracterizează prin prezența la majoritatea pacienților cu pneumopatie interstițială a anticorpilor anti SCL70+. La un număr mic de pacienți s-au asociat și anticorpi

mai rari: anticorpi anti-fibrinalină, anticorpi anti-Ku.

Concluzii

Datorită accesibilității în creștere a posibilității efectuării profilului extins de sclerodermie, considerăm necesară efectuarea acestuia la fiecare pacient cu sclerodermie sistemică la debut, ca ajutor în caracterizarea acestor pacienți și determinarea factorilor de prognostic negativ a acestora.

Bibliografie

1. Kuwana M, Gil-Vila A, Selva-O'Callaghan A. Role of autoantibodies in the diagnosis and prognosis of interstitial lung disease in autoimmune rheumatic disorders. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*. 2021;13:1759720X2110324.

COSTURI DE SPITALIZARE ÎN SPONDILITA ANCHILOZANTĂ: RELAȚII CU ACTIVITATEA BOLII ȘI IMPACTUL FUNCȚIONAL

Autori: Angela Constantinescu, Alexandra Maria Burlui, Elena Rezuș

Afilieri: Spitalul Clinic de Recuperare Iași, Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa” Iași

Introducere: Spondilita anchilozantă (SA) este o boală inflamatorie cu impact funcțional și economic important.

Obiective: Studiul de față și-a propus să investigheze factorii care contribuie la creșterea costurilor de spitalizare într-un grup de pacienți cu SA.

Material și metode: Am inclus pacienți cu SA internați în Clinica de Reumatologie I a Spitalului Clinic de Recuperare Iași între Ianuarie-Iunie 2021.

Rezultate: Lotul de studiu a fost compus din 115 pacienți adulți cu SA. Persoanele cu sindrom inflamator la momentul prezentării au demonstrat valori mai ridicate ale scorului BASDAI comparativ cu restul lotului ($p=0,001$). În acest subgrup s-a observat un cost mediu mai mare al medicației pe zi de spitalizare ($p=0,031$). Costurile asociate investigațiilor paraclinice la pacienții cu sindrom inflamator a fost mai înalt, rezultatele apropiindu-se de pragul de semnificație ($p=0,055$). De asemenea, am notat perioade de spitalizare prelungite la pacienții cu BASDAI ≥ 4 ($p=0,020$). Disfuncția ventilatorie de tip restrictiv, fibroza pulmonară și boala renală cronică s-au asociat semnificativ cu prelungirea perioadei de dispensarizare activă în lotul de studiu ($p=0,028$, $p=0,050$, respectiv $p=0,058$). Cu toate că am identificat o relație notabilă între BASDAI și BASFI ($p=0,0$), cel din urmă nu a influențat costurile de spitalizare.

Discuții: Alte cercetări pe această temă raportează rezultate similare cu privire la activitatea bolii.

Concluzii: În SA, activitatea înaltă presupune un impact economic important, rezultând în creșterea costurilor de spitalizare (derivate din costul medicației, investigațiilor paraclinice și duratei prelungite de spitalizare). Totodată, manifestările pulmonare și renale proprii bolii conduc la creșterea costurilor prin prelungirea perioadei de spitalizare.

Bibliografie: K K, U von H, F M, et al. Ankylosing spondylitis causes high burden to patients and the healthcare system: results from a German claims database analysis. *Rheumatol Int*. 2018;38(11):2121-2131. doi:10.1007/S00296-018-4124-Z

ASSESSMENT OF PATIENT PREFERENCES, TREATMENT EXPECTATIONS, BURDEN OF DISEASE AND HEALTH CARE RESOURCE UTILIZATION IN SUB-OPTIMALLY CONTROLLED RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS - RESULTS FROM THE ROMANIAN SUBPOPULATION

Authors: Opriș-Belinski D,¹ Rednic S,² Ancuța C,³ Rezuș E,⁴ Bălănescu A,⁵ Filipescu I,⁶ Bojincă M,⁷ Ceaușu D⁸

¹ “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, “Sf. Maria” Clinical Hospital Bucharest, Romania

² Department of Rheumatology “Iuliu Hațieganu” University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

³ “Grigore T. Popa” University of Medicine and Pharmacy, Clinical Rehabilitation Hospital, Iași,

Romania

⁴“Grigore T. Popa” University of Medicine and Pharmacy, Clinical Rehabilitation Hospital, Iași, Romania

⁵ “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Department of Internal Medicine and Rheumatology “Sf. Maria” Hospital, Bucharest, Romania

⁶ Department of Rheumatology “Iuliu Hațieganu” University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

⁷ Department of Internal Medicine and Rheumatology “Dr.I.Cantacuzino” Hospital, “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

⁸ Abbvie SRL, Bucharest, Romania

Objectives: The aim of the non-interventional SENSE study was to gather data on the standard of care of patients with rheumatoid arthritis (RA) and suboptimal disease control despite ongoing disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) therapy. This presentation focuses on the data on patient preferences, treatment expectations, burden of disease and health care resource utilization (HCRU) of the patient subpopulation of Romania.

Material and Methods: Romanian subgroup analysis of the observational SENSE study. Patient data were collected during one single visit, supplemented by available data from medical records. Various tools for patient and physician reported outcomes were retrieved, including Health assessment questionnaire disability index (HAQ-DI), medication preferences and treatment expectations.

Results: Data from 318 patients were analysed (mean age: 61.3 years). 65.1% of the patients had moderate disease activity and 27.7% high disease activity according to Disease Activity Score (DAS)28 - CRP. On average patients had visited a healthcare professional 5.8 times in the previous year and 30.1% were previously hospitalized due to RA. Patients favoured oral drug administration (67.6%), oral once-per-week intake (44.3%) and once-per-day (37.7%). Highest expectations on treatment included “more joint flexibility“, “less joint pain”, and “lasting relief of symptoms”. Physical function (HAQ-DI) was at 1.4, consistent with medium disease burden.

Discussion: The patient cohort reflects a valid sample of an international cohort of patients suffering from RA under suboptimal control. Data are largely in line with the results from the global study.

Conclusions: Results confirm the impact of suboptimal disease control, and provide insight into patient needs and preferences on disease management.

Disclosure and Acknowledgements:

The design, study conduct, and financial support for the study were provided by AbbVie. AbbVie participated in the interpretation of data, review, and approval of the publication.

Oprîș-Belinski D: Abbvie, Pfizer, Eli Lilly, UCB, Sandoz, Ewopharma, Novartis, MSD

Rednic S: Abbvie, MSD, UCB Pharma, Pfizer, Roche, Eli Lilly, Novartis, Sandoz, Ewopharma

Ancuța C: Abbvie, Pfizer, Novartis, Sandoz, UCB, Ewopharma, Eli Lilly, Roche

Rezuș E: Abbvie, Pfizer, Eli Lilly, UCB, Sandoz, Ewopharma, Novartis, MSD

Bălănescu A: Speakers fees: Abbvie, Amgen, Astra-Zeneca, Angellini, BMS, Berlin-Chemie, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sandoz, Teva, UCB, Zentiva

Consultancies: Akros, Abbvie, Amgen, AlphaSigma, Biogen, Lilly, Mylan, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sandoz, UCB

Investigator in clinical trials: Akros, MSD, Sanofi, Pfizer, Astra-Zeneca, Novartis, BMS, GSK, Roche, UCB, Sandoz

Filipescu I: Abbvie, Pfizer, Eli Lilly, UCB, Sandoz, Novartis

Bojincă M: Consultant / speaker: Abbvie, Dr Reddys, Ewopharma, Krka, Lilly, MSD, Mylan, Novartis, Pfizer, Roche, Rompharm, Sandoz, UCB, Zentiva

Ceașu D: Employee of AbbVie and may own AbbVie stock.

The authors wish to thank "GKM Gesellschaft für Therapieforchung mbH, Munich" for conducting the statistical analysis and provided medical writing and editing services in the development of this work. AbbVie provided funding to GKM Gesellschaft für Therapieforchung mbH for this work.

CLINICAL CHARACTERISTICS, PATIENT SATISFACTION, AND ADHERENCE IN SUB-OPTIMALLY CONTROLLED RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS – RESULTS FROM THE ROMANIAN SUBPOPULATION

Authors: Ancuța C,¹ Rednic S,² Opriș-Belinski D,³ Bălănescu A,⁴ Rezuș E,⁵ Filipescu I,⁶ Bojincă M,⁷ Ceaușu D,⁸

Affiliations:

¹ “Grigore T. Popa” University of Medicine and Pharmacy, Clinical Rehabilitation Hospital, Iași, Romania

² Department of Rheumatology “Iuliu Hațieganu” University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

³ “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, “Sf. Maria” Clinical Hospital Bucharest, Romania

⁴ “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Department of Internal Medicine and Rheumatology “Sf. Maria” Hospital, Bucharest, Romania

⁵ “Grigore T. Popa” University of Medicine and Pharmacy, Clinical Rehabilitation Hospital, Iași, Romania

⁶ Department of Rheumatology “Iuliu Hațieganu” University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania

⁷ Department of Internal Medicine and Rheumatology “Dr. I. Cantacuzino” Hospital, “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

⁸ Abbvie SRL, Bucharest, Romania

Objectives: The aim of the international, non-interventional SENSE study was to gather data on the standard of care of patients with rheumatoid arthritis (RA) and suboptimal disease control despite ongoing disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) therapy. This presentation focuses on the data on patient satisfaction and adherence of the patient subpopulation of Romania.

Material and Methods: Romanian subgroup analysis of the observational SENSE study. Patients data were collected during one single visit, supplemented by available data from medical records. Various tools for patient and physician reported outcomes were retrieved, including patient satisfaction and self-reported adherence.

Results: Data from 318 patients were analysed. Mean age was 61.3 years; there was a marked female preponderance (86.8%). The majority of patients (84.0%) suffered from comorbidities. Mean time since RA diagnosis was 9.9 years. 65.1% of the patients had moderate disease activity and 27.7% high disease activity according to Disease Activity Score (DAS)28 - CRP. 97.2% received treatment with synthetic DMARDs (sDMARD). A switch to a different DMARD was planned in 43.1% of the patients. Mean global treatment satisfaction according to TSQM was 63.2. (good treatment satisfaction defined as ≥ 80). Mean self-reported adherence was 90.6%.

Discussion: The patient cohort reflects a valid sample of the Romanian population. Data are largely in line with the results from the global study.

Conclusions: Clinical characteristics and low patient satisfaction confirm the impact of suboptimal disease control, particularly on patient non-satisfaction with their treatment. High self-reported adherence may hint at the patients' need of effective treatments.

Disclosure and Acknowledgements:

The design, study conduct, and financial support for the study were provided by AbbVie. AbbVie participated in the interpretation of data, review, and approval of the publication.

Ancuța C: Abbvie, Pfizer, Novartis, Sandoz, UCB, Ewopharma, Eli Lilly, Roche

Rednic S: Abbvie, MSD, UCB Pharma, Pfizer, Roche, Eli Lilly, Novartis, Sandoz, Ewopharma

Opriș-Belinski D: Abbvie, Pfizer, Eli Lilly, UCB, Sandoz, Ewopharma, Novartis, MSD

Bălănescu A: Speakers fees: Abbvie, Amgen, Astra-Zeneca, Angellini, BMS, Berlin-Chemie, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sandoz, Teva, UCB, Zentiva

Consultancies: Akros, Abbvie, Amgen, AlphaSigma, Biogen, Lilly, Mylan, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sandoz, UCB

Investigator in clinical trials: Akros, MSD, Sanofi, Pfizer, Astra-Zeneca, Novartis, BMS, GSK, Roche, UCB, Sandoz

Rezuș E: Abbvie, Pfizer, Eli Lilly, UCB, Sandoz, Ewopharma, Novartis, MSD

Filipescu I: Abbvie, Pfizer, Eli Lilly, UCB, Sandoz, Novartis

Bojincă M: Consultant / speaker: Abbvie, Dr Reddys, Ewopharma, Krka, Lilly, MSD, Mylan, Novartis, Pfizer, Roche, Rompharm, Sandoz, UCB, Zentiva

Ceașu D: Employee of AbbVie and may own AbbVie stock.

The authors wish to thank "GKM Gesellschaft für Therapieforschung mbH, Munich" for conducting the statistical analysis and provided medical writing and editing services in the development of this work.

AbbVie provided funding to GKM Gesellschaft für Therapieforschung mbH for this work.

BOSENTAN: EFICACITATEA ȘI SIGURANȚA UTILIZĂRII PE TERMEN LUNG LA PACIENȚII CU SCLEROZĂ SISTEMICĂ ȘI ULCERAȚII DIGITALE

Andra-Patricia Stanciu¹, Laura Groșeanu^{1,2}, Cristina Niță¹, Andra Bălănescu^{1,2}, Florian Berghea^{1,2}, Violeta Bojincă^{1,2}, Daniela Opriș-Belinski^{1,2}, Denisa Predeteanu^{1,2}, Sânziana Daia-Iliescu^{1,2}, Diana Mazilu^{1,2}, Andreea Borangiu^{1,2}, Ioana Săulescu^{1,2}, Cosmin Constantinescu^{1,2}, Mihai Abobului^{1,2}, Magdalena Negru^{1,2}, Claudia Cobilinschi^{1,2}, Mădălina Dună^{1,2}, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹ - Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România

² - Universitatea de Medicină și Farmacia Carol Davila, București, România

Obiective: Scopul studiului a fost de a evalua eficacitatea și siguranța tratamentului de lungă durată cu bosentan la pacienții cu scleroză sistemică și ulcerări digitale (UD).

Material și metodă: S-a efectuat un studiu observațional, prospectiv, de tip caz-control, în perioada 2014-2020, în care au fost incluși 80 de pacienți cu scleroză sistemică, care aveau cel puțin o UD la momentul includerii și cărora li s-a administrat bosentan.

Rezultate: S-a observat o îmbunătățire semnificativă statistic, comparând media ulcerărilor digitale de la inițierea bosentanului față de fiecare evaluare ulterioară ($p < 0.001$). Eficacitatea a fost mult mai pronunțată în primele 6 luni de tratament și s-a menținut până la 24 luni. Scorul de evoluție microangiopatică a prezentat diferențe semnificative statistic (-1.4 versus -0.4 la includere, $p = 0.003$). Acestea s-au menținut față de lotul martor, doar pentru primele 18 luni de tratament. La 6 luni de la sistarea terapiei, incidența UD nou apărute a prezentat o creștere semnificativă statistic ($p = 0.02$), respectiv o reducere rapidă și evidentă după reintroducerea bosentanului ($p = 0.008$).

Discuții: Noutatea lucrării derivă din perioada lungă de administrare a tratamentului cu bosentan în comparație cu datele existente în literatură.

Concluzii: Tratamentul pe termen lung cu bosentan are un efect clinic favorabil asupra numărului de UD și poate încetini progresia modificărilor microvasculare.

Referințe: M. Hughes, Consensus best practice pathway of the UK Scleroderma Study Group: digital vasculopathy in systemic sclerosis, *Rheumatology*, Volume 54, Issue 11, November 2015, Pages 2015

SUPRAPONDEREA INFLUENȚEAZĂ IMPACTUL FUNCȚIONAL ȘI DURATA SPITALIZĂRII ÎN SPONDILITA ANCHILOZANTĂ LA BĂRBAȚI

Damian R. N.², Burlui A.M.^{1,2}, Cardoneanu A.^{1,2}, Macovei L.A.^{1,2}, Stîncescu D.M.², Pârveu M.³, Rezuș E.^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa", Iași (România);

²Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica I Reumatologie, Iași (România);

³Universitatea de Medicină, Farmacie, Știință și Tehnologie "George Emil Palade", Târgu Mureș (România).

Introducere. Indicele de masă corporală (IMC) a fost corelat în trecut cu evoluția nefavorabilă a spondilitei anchilozante (SA). Obiectivul principal al acestui studiu a fost investigarea relației dintre activitatea bolii, capacitatea funcțională și valoarea IMC la pacienții cu SA.

Material și metodă. Am realizat un studiu prospectiv observațional ce a inclus cazurile pacienților adulți diagnosticați cu SA conform criteriilor New York modificate (analiza statistică a datelor realizată prin intermediul programului IBM SPSS Statistics v23).

Rezultate. Grupul de studiu a inclus un număr de 126 pacienți diagnosticați cu SA (sexul masculin

predominant, vârsta medie 50.85 ani, IMC mediu 27.02 kg/m², HLA B-27 prezent în 96% din cazuri). S-a observat corelația dintre scorurile ce permit evaluarea activității bolii (ASDAS-CRP/ESR) și fatigabilitatea, durata spitalizării și scorul pentru aprecierea statusului funcțional BASFI. Parametrii analizați (activitatea și durata bolii, prezența HLA B-27, abordarea terapeutică și IMC) au fost similari în relație cu genul pacienților. La bărbați, IMC a fost corelat semnificativ statistic cu scorul BASFI și durata spitalizării în timp ce această relație nu s-a stabilit și în rândul grupului de sex feminin, unde IMC a fost corelat doar cu vârsta. Cât privește numărul reinternărilor în spital, acesta a fost mai crescut în rândul bărbaților.

Discuții. Similar studiului nostru, datele din literatură prezintă corelația dintre BASFI și IMC, BASDAI și ASDAS-CRP. Analiza lotului studiat demonstrează la bărbați limitarea capacității funcționale (cuantificate prin intermediul scorului BASFI) ca rezultatul supraponderii.

Concluzii. Rezultatele studiului indică diminuarea capacității funcționale la bărbații cu SA care prezintă valori înalte ale IMC.

Bibliografie:

- Ortolan A., Lorenzin M., Felicetti M., Ramonda R. **Do obesity and overweight influence disease activity measures in axial spondyloarthritis? A systematic review and meta-analysis.** Arthritis Care and Research. 2020.
- Durcan L., Wilson F., Conway R. Cunnane G., O'Shea F. D. **Increased Body Mass Index in Ankylosing Spondylitis Is Associated with Greater Burden of Symptoms and Poor Perceptions of the Benefits of Exercise.** The Journal of Rheumatology December 2012, 39 (12) 2310-2314.

PUNCTE DE LUAT ÎN CONSIDERARE PENTRU PREVENIREA, SCREENING-UL, EVALUAREA ȘI GESTIONAREA NECOMPLIANȚEI LA TRATAMENT LA PACIENȚII CU BOLI REUMATICE ȘI MUSCULOSCHELETALE ÎN PRACTICA CLINICĂ CONFORM EULAR 2020

Răzvan Gabriel Drăgoi* din partea grupului de lucru EULAR

*Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara

Obiective: Stabilirea punctelor de luat în considerare (PtC) pentru prevenire, screening, evaluare și gestionarea necomplianței la tratamentele farmacologice la pacienții cu boli reumatice (RMD).

Metode: A fost creat un grup de lucru EULAR (TF). Punctele de luat în considerare au fost elaborate în conformitate cu procedurile standard EULAR pentru elaborarea PtC-urilor (TF a inclus furnizorii de servicii medicale (HCP), cuprinzând reumatologi, asistente medicale, farmaciști, psihologi, fizioterapeuți, terapeuți ocupaționali și reprezentanți ai pacienților din 12 țări europene). O recenzie sistematică a fost efectuată în avans pentru a sprijini TF în formularea PtC-urilor. Nivelul de acord între membrii TF a fost stabilit prin vot online anonim.

Rezultate: Patru principii generale și nouă PtC au fost formulate. PtC-urile reflectă fazele necomplianței. HCP ar trebui să evalueze și să discute complianța pacienților la tratament în mod regulat și să o sprijine. Deoarece complianța este un comportament agreeat, tratamentul trebuie adaptat la nevoile pacienților. Nivelul acordului TF a variat de la 9,5 la 9,9 din 10.

Concluzii: Aceste PtC pot ajuta HCP să sprijine persoanele cu RMD să fie mai compliante la cele convenite în planul de tratament. Schema de bază este prevenirea necomplianței prin construirea unei relații de încredere cu pacientul, depășirea barierelor structurale, evaluarea minuțioasă și adaptarea soluțiilor personalizate.

Bibliografie: Valentin Ritschl, Tanja A Stamm, Daniel Aletaha, Johannes W J Bijlsma, Peter Böhm, Razvan Gabriel Dragoi, Emma Dures, Fernando Estévez-López, Laure Gossec, Annamaria Iagnocco, Andrea Marques, Ellen Moholt, Michal Nudel, Bart J F van den Bemt, Kirsten Viktil, Marieke Voshaar, Annette de Thurah, Loreto Carmona. 2020 EULAR points to consider for the prevention, screening, assessment and management of nonadherence to treatment in people with rheumatic and musculoskeletal diseases for use in clinical practice. Annals of the Rheumatic Diseases Dec 2020. DOI:10.1136/annrheumdis-2020-218986

DERMATO-POLIMIOZITA-EXPERIENȚA UNUI CENTRU TERȚIAR

Vaida-Voevod Daisy¹, Pamfil Cristina^{1,2}, Maria Magdalena Tamas^{1,2}, Filipescu Ileana^{1,2}, Muntean Laura^{1,2}, Ioana Felea², Damian Laura², Simon Siao Pin^{1,2}, Rednic Simona^{1,2}

1. Universitatea de Medicina și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România
2. Spitalul Clinic Județean de Urgență, secția de Reumatologie, Cluj-Napoca, România

Obiective: caracterizarea lotului de pacienți cu dermatomiozită (DM) și polimiozită (PM) aflați în urmărire în Clinica de Reumatologie Cluj-Napoca

Materiale și metodă: studiu retrospectiv care a cuprins pacienți cu DM/PM aflați în urmărire în clinica de Reumatologie Cluj-Napoca din 2012 până în 2020. Subiecții recrutați au avut în fișa electronică următoarele coduri diagnostice: M33.1, M33.2 și M33.9. S-a efectuat statistică descriptivă.

Rezultate: Studiul a cuprins 100 de pacienți, 82% de sex feminin, iar 18% de sex masculin. Saizeci de pacienți au fost diagnosticați cu PM, restul de 40 au fost diagnosticați cu DM. Dintre anticorpii antisintetazici, anti-Ro52 a fost prezent la 18%, anti-Jo1 la 13% și anti-PL7/12 la 8%. Cele mai frecvente terapii folosite pentru DM și PM au fost Azatioprina, Metotrexatul și Prednison/Metilprednisolonul. Un sublot a cuprins 16 pacienți cu afectare pulmonară interstițială. Tipul predominant de afectare pulmonară interstițială a fost de NSIP.

Discuții: Sublotul de pacienți cu afectare pulmonară interstițială este mai mic decât raportat în literatură (între 23-65%). Acest fapt poate fi datorat lipsei de evaluare prin HRCT a tuturor cazurilor de DM/PM. (1)

Concluzii: Un procent semnificativ din pacienții cu DM/PM au afectare pulmonară interstițială, care necesită diagnosticare prin HRCT.

Bibliografie: Won Huh J, Soon Kim D, Keun Lee C, Yoo B, Bum Seo J, Kitaichi M, et al. Two distinct clinical types of interstitial lung disease associated with polymyositis-dermatomyositis. *Respiratory Medicine*. 2007;101(8):1761–1769.

RISCU DE NEOPLAZIE LA PACIENȚI CU PATOLOGIE REUMATICĂ IMUN-MEDIATĂ ÎN TERAPIE BIOLOGICĂ : EXPERIENȚA UNUI CENTRU UNIVERSITAR

Ostafie I^{1,2}, Cocianga M^{1,2}, Diaconu D^{1,2}, Staicu C^{1,2}, Petrariu L², Pomîrleanu C^{1,2}, Strugariu G², Chițac A³, Chiriac R³, Ancuța C^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”; ²Reumatologie 2, Spitalul Clinic Recuperare Iași; ³SANOCARE Medical & Research Center Iași, Romania

Obiective

Pornind de la premiza riscului potențial de neoplazie în contextul administrării pe termen lung a biologicelor (bDMARDs), lucrarea își propune investigarea neoplaziilor nou diagnosticate la pacienți cu artrită reumatoidă (AR), spondilită anchilozantă (SA) și artrită psoriazică (APs) tratați cu bDMARDs.

Metode:

Studiu retrospectiv (2013-2021) asupra pacienților în terapie biologică cu fișe de monitorizare în Registrul Roman de Boli Reumatice, luând în atenție date legate de cancerul dezvoltat în contextul bDMARDs.

Rezultate:

Au fost analizați 637 pacienți, 324 (50.8%) în tratament cu inhibitori TNF (i-TNF). Au fost raportate 17 cazuri (2.51%) de neoplazie între care 12 AR, 4 SA și o APs. Rata de apariție a neoplaziei a fost 3.16 la 1000 ani-pacienți (a-p), cu rata cea mai mare în AR (5.4 per 1000 a-p), cu vârste între 50-82 ani (1.68 per 1000 a-p).

Analiza detaliată a decelat 12 cazuri neo la femei (vârsta medie 66 ani, durata medie a bolii reumatice 17 ani), 10 neoplazii fiind la pacienți tratați i-TNF (7 adalimumab, expunere 18 ani, 2 etanercept, expunere 7.5 ani), iar 7 cu bDMARD non-TNF (4 rituximab, 14.5 ani; 2 tocilizumab, 2.5 ani; 1 abatacept). Au fost raportate 13 neoplazii solide (pulmonar, sarcom uterin, neo sân, rectal, renal), 3 hemopatii maligne (un limfom, 2 leucemii) și un melanom cutanat malign (etanercept). Nici un pacient nu a avut istoric oncologic familial, majoritatea au fost bionaivi (10), restul cu istoric de minim 2 bDMARDs.

Concluzii:

Riscul oncologic în contextul bDMARDs nu ridică probleme particulare în real-life, încadrându-se în datele din literatură.

Bibliografie:

1. Xie W, Xiao S, Huang Y, et al, Risk of malignancy with non-TNFi biologic or tofacitinib therapy in rheumatoid arthritis: A meta-analysis of observational studies, *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2020, 50 (5): 930-937
2. Cometi L, Bruni C, Passavanti S et al, Risk of malignancy and biologic therapy in rheumatic inflammatory diseases: a single-center experience, *Rheumatol & Immunol Research* 2020, 1 (1):39-45
3. Bonovas S, Minozzi S, Lytras T, et al. Risk of Malignancies Using Anti-TNF Agents in Rheumatoid Arthritis, Psoriatic Arthritis, and Ankylosing Spondylitis: A Systematic Review and Metaanalysis. *Exp Opin Drug Safety*. 2016;15(Suppl 1):35–54. doi: 10.1080/14740338.2016.1238458

DIFERENȚE ÎNTRE SEXE LA PACIENȚII CU SCLEROZĂ SISTEMICĂ DINTR-UN CENTRU EST EUROPEAN

Iuliana-Andreea Petre¹, Laura Groșeanu^{1,2}, Andra Bălănescu^{1,2}, Violeta Bojincă^{1,2}, Daniela Opreș-Belinski^{1,2}, Florian Berghea^{1,2}, Ioana Săulescu^{1,2}, Diana Mazilu^{1,2}, Sânziana Daia^{1,2}, Andreea Borangiu^{1,2}, Cosmin Constantinescu^{1,2}, Mihai Abobului^{1,2}, Magdalena Negru^{1,2}, Claudia Cobilinschi^{1,2}, Denisa Predețeanu^{1,2}, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹ Spitalul Clinic “Sfânta Maria”, București, România, ² Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București, România

Obiective: Scopul studiului este de a evalua diferențe între manifestările bolii în funcție de sex, dintr-o cohortă de pacienți diagnosticați cu scleroză sistemică.

Material și metodă: Am realizat un studiu retrospectiv observațional folosind informații extrase din baza de date EUSTAR, cohorta 096.

Rezultate: S-au indentificat 173 de pacienți. Bărbații au fost diagnosticați la o vârstă mai înaintată (52,96 vs 45,88, p=0.009), sunt fumători într-un procent mai ridicat (73% vs 7%, p<0,001), sunt mai predispuși la forma cutanată difuză (73,1% vs 56,5%, p<0.01), au scorul Rodnan modificat mai mare (34,61% vs 17%, p=0.01), precum și scorul de activitate (84,62% vs 46,26%, p<0.001) și se asociază mai des cu pozitivitatea reactanților de fază acută (65,38% vs 38,77%, p=0.01).

După o medie de monitorizare de 3,5(±0,65) ani, sexul masculin asociază un risc mai înalt de criză renală sclerodermică (OR:9.45 (1.49 to 59.69); p=0.004), contracturi digitale (OR:8,2 (3,1 to 21,9); p<0,001), aritmiile (OR:3,37(1.36 to 8,34); p=0.006), fibroză pulmonară (OR: 3.56, (1.51 to 8.41); p=0.003), hipertensiune pulmonară (OR: 3.01 (1.19 to 7,59); p=0.016), afectare vasculară severă (OR:2,86, (1,22 to 6,73); p=0.013) și FEVS scăzută (OR: 2,84, (1.2 to 6,73); p=0.014). Bărbații au o durată mai redusă de supraviețuire după diagnostic (p=0,004). Cea mai frecventă cauză de deces a fost CRS la bărbați și HTP la femei.

Discuții: Acest studiu a încercat să pună în evidență sexul masculin ca factor de prognostic negativ în scleroza sistemică.

Concluzii: Rezultatele noastre demonstrează un risc mai înalt de afectare severă de organ și un prognostic nefavorabil la bărbați, ilustrând astfel importanța includerii sexului în procesul de management al bolii.

Bibliografie: 1. Freire M, Rivera A, Sopena B, Tolosa Vilella C, Guillen-Del Castillo A, Colunga et al. RESCLE investigators Autoimmune Diseases Study Group (GEAS) (2017) Clinical and epidemiological differences between men and women with systemic sclerosis: a study in a Spanish systemic sclerosis cohort and literature review. *Clin Exp Rheumatol* 35 Suppl 106(4):89-97

SESIUNE POSTERE

P1: ASOCIEREA BOALA ATOPICĂ – SPONDILARTRITĂ LA PACIENȚII AFLAȚI ÎN TRATAMENT BIOLOGIC: DATE PE UN LOT DE 200 PACIENȚI

Diana-Ruxandra Pilat^{1,2}, Georgiana Strugariu^{1*,2}, Ecaterina Gânceanu^{1,2}, Cristina Pomîrleanu^{1,2}, Luiza Andreea Petrariu², Codrina Ancuța^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” (*doctorand) Iași, România

²Clinica Reumatologie 2, Spitalul Clinic de Recuperare Iași, România

Introducere: Literatura ultimilor ani raportează frecvent asocierea bolilor atopice (BA) - dermatita atopică (DA), astmul bronșic alergic (AB), rinita alergică (RA) - cu afecțiunile imuno-inflamatorii, între care și spondilartritele (SpA), prin calea patobiologică comună cu axa IL17/IL23.

Obiective: Ne-am propus analiza BA la pacienți cu SpA în tratament biologic (bDMARDs) cu inhibitori de TNF (i-TNF) și inhibitori de interleukina17 (i-IL-17) și stabilirea unor relații cu impact terapeutic.

Materiale și metode: Studiu longitudinal retrospectiv pe 200 pacienți cu SpA axială (axSpA) și artrita psoriazică (APS) aflați sub bDMARDs, cu fișe de monitorizare deschise în Registrul Român de Boli Reumatice până în august 2021. Au fost preluate în modelul analitic și integrate statistic următoarele date legate de BA (momentul diagnosticării în raport cu boala reumatică) și SpA (manifestări extraarticulare, factori de prognostic negativ, tipul și numărul de molecule terapeutice).

Rezultate: Lotul a cuprins 143 axSpA și 57 APS. 24% (n=48) pacienți asociază atopie, 79% (n=23) dintre aceștia prezentând atopie curentă în evoluția bolii inflamatorii sub tratamentul biologic, cu următoarea distribuție: 47% (n=18) RA, 34% (n=13) DA și 18% (n=7) AB. 24.5% (n=14) din pacienții cu APS asociază atopie și 58% (n=7) din cei cu SpA asociată bolii inflamatorii intestinale.

Discuții: 78% (n=157) pacienți se află pe i-TNF, iar dintre cei cu atopie curentă, 52% (n=12) urmează tratament cu i-IL-17 din 2017.

Concluzii: BA se asociază frecvent cu SpA și persistă sub tratament biologic i-TNF. Evoluția atopiei în contextul i-IL-17 necesită analiza suplimentară pe un lot extins de pacienți.

Bibliografie:

1. Chang WP, Kuo CN, Kuo LN, et al. Increased risk of allergic disease in patients with ankylosing spondylitis: a 10-year follow-up population-based in Taiwan. *Medicine* 2016; 95:45 (1-6).
2. Hajdarbergovic E, Nijsten T, Westgeest A, et al. Decreased prevalence of atopic features in patients with psoriatic arthritis but not in psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2013; 68: 270-7
3. Rudwaleit M, Andermann B, Alten R, et al. Atopic disorders in ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2002; 61:968-974.
4. Shen TC, Lin CL, Wei CC, et al. The risk of asthma in patients with ankylosing spondylitis: a population-based cohort study. *Plos One* 2015; DOI:10.1371/01166078

P2: ARTERITA TAKAYASU – FORME ATIPICE DE PREZENTARE

Ioan-Teodor Drăgoi¹, Elena Rezuș^{1,2}

¹Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica I Reumatologie, Iași

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

Obiectivul lucrării: Identificarea particularităților clinice, paraclinice și imagistice ce pot întârzia diagnosticul pacienților cu Arterita Takayasu, cu impact negativ asupra strategiei terapeutice.

Material și metode: Evaluarea complexă a 3 pacienți diagnosticați cu Arterită Takayasu aflați în

evidența Clinicii de Reumatologie I din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Iași a relevat diferențe din punct de vedere al aspectelor clinice, paraclinice și imagistice, impunând un diagnostic diferențial complex și adaptarea strategiei terapeutice.

Discuții: Debutul simptomatologiei, cât și examenul clinic au fost diferite. Simptomele și semnele specifice care se regăsesc în criteriile de diagnostic nu sunt întotdeauna întâlnite la debut. Pacienții au fost evaluați prin diferite metode imagistice: Arteriografie, Angio-CT, PET-CT, Ecocardiografie, CT toracic. Tratamentul a fost diferit în funcție de severitatea și evoluția bolii, rezultatele terapeutice fiind încurajatoare în toate cazurile.

Concluzii: Diagnosticul precoce al Arteritei Takayasu impune colaborare interdisciplinară în cadrul unui examen clinic laborios ce trebuie să aibă în vedere particularitățile de manifestare clinică și interpretare integrativă a evaluărilor paraclinice, uneori puțin specifice, care poate întârzia diagnosticul pozitiv, cu impact negativ în abordarea terapeutică.

Bibliografie

1. Grayson, P. C. *et al.* (2012) 'Distribution of arterial lesions in Takayasu's arteritis and giant cell arteritis', *Annals of the Rheumatic Diseases*, 71(8), pp. 1329–1334. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200795.
2. Keser, G., Aksu, K. and DiReskeneli, H. (no date) 'Takayasu arteritis: an update', *Turk J Med Sci*, p. 17.

P3: ARTRITA REUMATOIDĂ ȘI ABCESUL DE ILIOPSOAS: FACTORI DE RISC ȘI PREZENȚA TRIADEI MYNTER

Autori: Diana Macsim, Angela Constantinescu, Alexandra Maria Burlui, Elena Rezuș
Spitalul Clinic de Recuperare Iași, România
Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

Obiective: Ne propunem descrierea particularităților clinico-paraclinice identificate la pacienții cu Artrită Reumatoidă (AR) și abces de iliopsoas.

Material și metodă: Am realizat o analiză retrospectivă pe perioada martie 2019-martie 2021.

Rezultate: Am identificat două cazuri de AR și abcese de iliopsoas pe perioada evaluată. Pacienta BM (67 ani) cu AR stadiul IV, artroplastie totală de șold drept și boală cronică de rinichi a prezentat durere la palparea șoldului drept și mers șchiopătat antalgic la momentul internării, dezvoltând febră ulterior. În cazul pacientei BT cu AR stadiul IV (63 ani, afebrilă pe parcursul internării) care prezenta o ulceratie cutanată presacrată aparent suprainfectată (trată predominant la domiciliu, contrar recomandărilor), am notat durere la palparea ambelor șolduri și o tumefacție palpabilă în regiunea anterioară a coapsei drepte în treimea superioară. În ambele cazuri, examenul CT a indicat prezența unor abcese de iliopsoas (BM: iliopsoas drept; BT: două colecții în mușchiul iliopsoas stâng, respectiv o colecție la nivelul mușchiului iliopsoas drept cu extindere caudală anterior de ramul ischiopubian până în treimea superioară a coapsei).

Discuții: S-a stipulat că prezența abceselor de iliopsoas (primitive sau secundare) crește riscul de mortalitate în ciuda tratamentului corect condus. Triada descrisă de Mynter în abcesul de iliopsoas presupune febră, durere și mers șchiopătat. Doar o pacientă din cele două cu AR incluse în studiul nostru a prezentat triada clasică Mynter.

Concluzii: Pacienții cu AR asociază un risc infecțios înalt și necesită monitorizare atentă, cu predilecție în cazul care sunt prezenți factori de risc suplimentari.

Bibliografie

Bajraktari IH, Krasniqi B, Rexhepi S, et al. Prevalence of coxitis and its correlation with inflammatory activity in rheumatoid arthritis. *Open Access Maced J Med Sci*. 2018;6(2):336-339;
Coșardereioğlu Ç, Bahşi R, SelviÖztorun H, et al. An Atypical Case of Psoas Abscess in an Elderly Patient, *Eur J Geriatr Gerontol* 2019;1(1):40-42.

P4: PROVOCĂRI ÎN DIAGNOSTICUL ARTERITEI TAKAYASU

Andreea Predoiu^{1,2}, Cristina Pamfil^{1,2}, Ioana Felea¹, Laura Muntean^{1,2}, Laura Damian¹, Ileana Filipescu^{1,2}, Siao-Pin Șimon^{1,2}, Simona Rednic^{1,2}

¹ Clinica de Reumatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj, Cluj-Napoca, România

² Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România

Obiectiv: Scopul acestui studiu a fost evaluarea comprehensivă a tabloului clinic, paraclinic și imagistic, precum și a distrucției tisulare date de arterita Takayasu la momentul diagnosticului, pe un lot de pacienți din Transilvania.

Material și metodă: Am studiat retrospectiv datele a 15 pacienți cu arterită Takayasu la momentul diagnosticului, internați în Clinica de Reumatologie din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Cluj, în perioada 2003-2020.

Rezultate: Lotul studiat a fost format din femei în procent de 100%. Vârsta medie la diagnostic a fost de 37 ani, cu întârziere medie a diagnosticului de 30 de luni. Cele mai frecvente acuze la momentul diagnosticului au fost claudicația intermitentă a membrelor, astenia și cefaleea, iar obiectiv au predominat suflurile arteriale. Sindromul inflamator biologic a prezentat discrepantă față de inflamația dovedită imagistic la 13,3% dintre pacienți. 40% au prezentat afectare vasculară extensivă, încadrată în tipul V de arterită Takayasu. Stenozele arteriale au fost de 6,5 ori mai frecvente decât anevrismele. Intervențiile de revascularizare au fost necesare la 40% dintre pacienți încă de la momentul diagnosticului. Scorul de distrucție (TADS) mediu la diagnostic a fost 1.

Discuții: Rezultatele noastre sunt în concordanță cu literatura.¹ Diagnosticul corect și precoce rămâne o provocare, fiind necesare studii ample pentru identificarea de biomarkeri și pentru standardizarea algoritmului de diagnostic și urmărire.²

Concluzii: Arterita Takayasu are manifestări clinice heterogene, iar analizele de laborator folosite curent nu sunt specifice. Există întârzieri de diagnostic mari, care duc la distrucții tisulare încă de la momentul diagnosticului.

Bibliografie: 1. Serra R, Butrico L, Fugetto F, Chibireva MD, Malva A, De Caridi G, et al. Updates in Pathophysiology, Diagnosis and Management of Takayasu Arteritis. *Ann Vasc Surg.* 2016;35:210-25.
2. Kim ESH, Beckman J. Takayasu arteritis: challenges in diagnosis and management. *Heart.* 2018;104(7):558-65.

P5: IMPACTUL INFECȚIEI SARS-COV2 ASUPRA PACIENȚILOR CU BOLI REUMATICE MEDIATE IMUN

A.Trandafir¹, I.Săulescu^{1,2}, V.Bojincă^{1,2}, A.Bălănescu^{1,2}, D.Opris-Belinski^{1,2}, D.Predeteanu^{1,2}, F.Berghea^{1,2}, D.Mazilu^{1,2}, S.Daia-Iliescu^{1,2}, A.Borangiu^{1,2}, L.Groșeanu^{1,2}, C.Constantinescu^{1,2}, M.Abobului^{1,2}, V.Vlad^{1,2}, M.Negru^{1,2}, M.Dună¹, C.Cobilinschi^{1,2}, R. Ionescu^{1,2}

1. Spitalul Clinic Sfânta Maria, Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, București, România
2. Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București, România

Obiective: Evaluarea impactului terapiei asupra evoluției infecției SARS-CoV2 la pacienții cu boli reumatice mediate imun și observarea corelațiilor dintre severitatea infecției și evoluția acestor pacienți.

Material și metodă: Am efectuat un studiu observațional, retrospectiv, în perioada 06.2020-07.2021, ce a înrolat pacienți cu boli reumatice și COVID-19 dintr-un centru terțiar de reumatologie din București. S-au urmărit date demografice și asocieri dintre evoluția infecției și a bolii reumatice.

Rezultate: Au fost evaluați 94 de pacienți, majoritatea de sex feminin (68%), cu vârsta medie de 48,95 ani (50,4 ani – femei, 45,7 ani – bărbați). Trendul temporal al infectărilor a fost în conformitate cu trendul infectărilor la nivel național, 2/3 din cazuri fiind înregistrate între lunile 11.2020-01.2021. Am împărțit

cohorta în 2 grupuri – pacienți cu infecție ușoară-moderată–86 pacienți(91%) și severă(internare în ATI,deces)–8pacienți,4 decese.Infecția ușoară și moderată a fost observată cu precădere la pacienții cu diagnostic de spondilită anchilozantă(35,1%),la pacienții cu boală reumatică în remisiune/cu activitate scăzută (68%),cu vârsta medie de 48 de ani,la cei tratați cu maxim 10 mg PDN/zi,cu MTX(13%) sau cu terapie antiTNFalfa(37,2%).Factorii asociați cu infecția severă au fost vârsta(media:61,5ani),diagnosticul de artrita reumatoidă cu activitate înaltă sau overlap cu LES/SSj,cu comorbidități cardiovasculare importante.

Discuții:Pacienții cu boli reumatice prezintă un risc infecțios crescut,astfel încât depistarea factorilor de risc pentru evoluția nefavorabilă a COVID-19 la acești pacienți reprezintă un real și continuu interes.

Concluzii:Datele din studiul nostru,în acord cu datele din literatură[1,2,3],relevă faptul că un control optim al bolii reumatice prin folosirea csDMARDs(MTX) și a agenților biologici antiTNFalfa sunt asociate cu evoluție favorabilă a COVID19.Nu s-au observat factori de risc fermi pentru severitatea COVID19 și terapiile folosite la acești pacienți.

Bibliografie:

1. Filière des Maladies Autoimmunes et Autoinflammatoires Rares (FAI2R); Hôpital Huriez, CHU Lille, Univ. Lille, Lille, France, Severity of COVID-19 and survival in patients with rheumatic and inflammatory diseases: data from the French RMD COVID-19 cohort of 694 patients, *Annals of the Rheumatic Diseases* Published Online First: 02 December 2020. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-218310
2. Sanchez-Piedra C, Diaz-Torne C, Manero J On behalf of the BIOBADASER study group, et al, Clinical features and outcomes of COVID-19 in patients with rheumatic diseases treated with biological and synthetic targeted therapies,*Annals of the Rheumatic Diseases* 2020;79:988-990.
3. Hyrich, K.L., Machado, P.M. Rheumatic disease and COVID-19: epidemiology and outcomes. *Nat Rev Rheumatol* 17, 71–72 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41584-020-00562-2>

P6: AMILOIDOZA RENALĂ SECUNDARĂ SPONDILITEI ANKILOZANTE – UN INAMIC DE TEMUT ȘI GREU DE COMBĂTUT

AUTORI: Blănariu Ioana, Lungu Tabita, Pița Roxana, Badea Denisa, Badea Ionuț-Andrei, Bojincă Mihai

AFILIERE: Spitalul Clinic Dr. I. Cantacuzino - secția de Medicină Internă I, București

FORMA DE PREZENTARE: poster.

OBIECTIVE: Sublinierea gravității și a dificultății de tratament a amilodozei renale secundare spondilitei anchilozante, patologie rară care se asociază cu un prognostic nefavorabil și necesită, pe lângă numeroase resurse terapeutice, o bună colaborare interdisciplinară.

MATERIALE ȘI METODE: Prezentarea unui caz clinic complex de amilodoză renală secundară spondilitei anchilozante ce impune un amplu algoritm de tratament în încercarea de a controla eficient procesul inflamator cronic.

REZULTATE: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 45 de ani, cunoscut cu spondilită anchilozantă cu evoluție severă în ciuda tratamentului antiinflamator nesteroidian și remisiv sintetic conventional, motiv pentru care se decide utilizarea tratamentului biologic: inițial Infliximab, ulterior Adalimumab, ambele oprite din cauza ineficienței. Prin urmare se tentează trecerea la o alta clasă terapeutică și se administrează un inhibitor de IL-17: Secukinumab. Secundar unor episoade recurente de uveită dar și ca urmare a controlului insuficient al bolii, se decide oprirea acestuia. Pacientul este reevaluat în vederea alcătuirii unei noi scheme terapeutice, moment în care se decelează prezența sindromului de retenție azotată și a sindromului nefrotic. Se completează investigațiile prin efectuarea biopsiei renale care stabilește diagnosticul de amilodoză. Luând în considerare prognosticul nefavorabil, istoricul terapeutic al pacientului dar și arsenalul terapeutic disponibil, se decide inițierea tratamentului cu Etanercept, cu rezultate satisfăcătoare asupra afectării articulare, însă cu menținerea evoluției progresiv agravante a afectării renale.

CONCLUZIE: Amiloidoza renală reprezintă o complicație de temut a spondilitei anchilozante, care apare în special la pacienții a căror boala prezintă o evoluție îndelungată, preponderent la cei al căror proces inflamator este insuficient controlat. Având în vedere prognosticul nefavorabil asociat acestui diagnostic, colaborarea interdisciplinară și tratamentul prompt sunt imperios necesare.

P7: PREVALENȚA ȘI MANAGEMENTUL COMORBIDITĂȚILOR LA PACIENȚII CU SPONDILARTRITĂ

Claudia Cobilinschi^{1,2}, Adel Abu Abid², Alexandra Constantinescu¹, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie, București, România

Obiective: Grupul spondilartritelor (SpA) include afecțiuni inflamatorii cronice care au caracteristici genetice, radiologice și clinice comune. Impactul comorbidităților asupra activității bolii reumatice nu este pe deplin cunoscut¹. Scopul lucrării este de a evalua prevalența și managementul comorbidităților la pacienții cu SpA

Material și metodă: Studiul retrospectiv desfășurat pe o perioadă de șase luni a inclus 235 pacienți cu SpA axială sau periferică. Date demografice, clinice și de laborator, precum și scorurile de activitate au fost colectate din fișele medicale ale pacienților. Au fost înregistrate comorbiditățile, respectând categoriile publicate de EULAR.

Rezultate: 71% dintre pacienții incluși erau bărbați cu vârsta medie 42.3 ani, cu SpA de peste 15 ani. Privind prezența comorbidităților cardio-vasculare, 60% dintre pacienți erau supraponderali sau obezi conform indicelui de masa corporală. 25% aveau diagnosticul de hipertensiune arterială, 28% fumători, 8% boală cardiacă ischemică, iar 18% asociau dislipidemie. 9% aveau diabet zaharat. Legat de infecții, 16% aveau hepatită B, iar 2% hepatită C, în timp ce 14% au avut istoric de infecții pulmonare sau urinare. 16% dintre pacienți asociau afecțiuni gastro-intestinale. Osteoporoza a fost identificată la 6% dintre pacienți, iar neoplaziile la 2.5% cazuri.

Discuții: Cele mai frecvente comorbidități întâlnite au fost de tip cardio-vascular, urmate de cele gastro-intestinale, posibil în relație cu tratamentul SpA. Un procentaj relativ redus de pacienți primeau tratament țintit pentru patologii asociate.

Concluzii: Pacienții cu SpA necesită o îngrijire multidisciplinară pentru a reduce povara comorbidităților asupra bolii reumatice.

Bibliografie: ¹Walsh J, Prevalence of comorbidities in patients with AS versus general population. *Arthritis Rheumatol.* 2016.

P8: FERTILITATEA LA PACIENTELE CU LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC

Claudia Cobilinschi^{1,2}, Mor Ovnish², Alexandra Constantinescu¹, Ioana Săulescu^{1,2}, Daniela Opriș-Belinski^{1,2}, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie, București, România

Obiective: Lupusul eritematos sistemic (LES) poate afecta femeile de vârstă fertilă, cauzând temeri legate de boală, tratament și riscurile pentru făt¹. Scopul lucrării este de a evalua frecvența complicațiilor gestaționale și impactul asupra dorinței de concepție a pacientelor cu LES.

Material și metodă: Studiul s-a bazat pe un chestionar adresat pacientelor cu LES incluzând detalii despre activitatea bolii, istoricul obstetrical.

Rezultate: Analiza a inclus 70 paciente cu LES, vârsta medie de 36 ani, cu un număr mediu de două nașteri, iar majoritatea (59%) au născut înainte de diagnostic. 58% dintre paciente merg anual la control ginecologic. Aproape 40% nu utilizează metode contraceptive, urmate de cele care folosesc

anticoncepționale orale, prezervativ sau dispozitiv intra-uterin. Majoritatea concepțiilor au survenit în cursul bolii inactive, dar 44% au suferit reactivări de boală, iar o treime au menționat complicații de tip hipertensiune, preeclampsie sau diabet gestațional. Nu s-au raportat cazuri de lupus neonatal, dar au existat 32 avorturi spontane în primul trimestru, dintre care 38% asociate sindromului antifosfolipidic secundar. Tratamentele frecvent prescrise au fost hidroxiclorochina, prednison și antiinflamatoarele non-steroidiene. 52% paciente își doresc o sarcină viitoare, deși majoritatea (59%) sunt influențate de diagnosticul bolii autoimune și au temeri legate de tratament.

Discuții: LES poate influența dorința de concepție prin teama de reactivare a bolii și mai puțin prin potențiale complicații fetale.

Concluzii: Concepția la pacientele cu LES necesită planificare riguroasă și abordare multidisciplinară pentru a evita riscurile materne și fetale.

Bibliografie: ¹Kwok LW. Predictors of maternal and fetal outcomes in pregnancies of patients with systemic lupus erythematosus. Lupus, 2011.

P9: MOTIVAȚIA PERSONALULUI SANITAR ÎN PERIOADA PANDEMIEI COVID19

Claudia Cobilinschi^{1,2}, Alexandra Constantinescu¹, Iulia Drăniceanu¹, Andra Bălănescu^{1,2}, Violeta Bojincă^{1,2}, Cosmin Constantinescu^{1,2}, Laura Groșeanu^{1,2}, Sânziana Daia-Iliescu^{1,2}, Ioana Săulescu^{1,2}, Diana Mazilu^{1,2}, Mădălina Dună^{1,2}, Daniela Opriș-Belinski^{1,2}, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie, București, România

Obiective: De la începutul anului 2020, personalul medical a fost supus unui stres emoțional și fizic considerabil cauzat de pandemia COVID19¹. Obiectivul lucrării a fost de a evalua gradul de motivare a personalului sanitar și identificarea factorilor de insatisfacție la locul de muncă.

Material și metodă: Un chestionar cu 15 itemi a fost distribuit personalului medical și paramedical implicat în îngrijirea pacienților cu patologii reumatice.

Rezultate: Din 124 respondenți, 82 erau medici, 27 asistenți medicali, 3 infirmiere, un kinetoterapeut, un psiholog clinician. Factorul financiar nu a avut impact asupra motivației la locul de muncă. Mai mult de jumătate (53.4%) confirmă că gradul de motivare nu a fost influențat de condițiile de muncă, în timp ce 40.9% au avut temeri legate de riscul de contaminare. 42% personal au fost motivați moderat de măsurile de prevenție luate la nivel de spital pentru prevenirea răspândirii COVID19. 18% arată insatisfacție cu propriul parcurs la locul de muncă. Întrebarea deschisă a confirmat că perioada pandemiei a apropiat legăturile în rândul personalului sanitar, dar au simțit nevoia de testare mai frecventă pentru infecția SARS-COV2 la locul de muncă.

Discuții: Beneficiul financiar nu a influențat nivelul de motivație, la fel și condițiile de muncă mai aspre sau volumul de muncă, dar teama de contaminare a fost un factor considerabil de demotivare.

Concluzii: Motivarea personalului are un impact major economic și social și este esențială pentru a depăși perioada pandemiei COVID19.

Bibliografie: ¹Barati, M, Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran, Journal of Hospital Infection 2020.

P10: APLICAREA STRATEGIEI “TREAT-TO-TARGET” LA PACIENȚII CU SPONDILARTRITĂ – OPINIA CLINICIANULUI

Claudia Cobilinschi^{1,2}, Rashad Hilou², Alexandra Constantinescu¹, Daniela Opris-Belinski^{1,2}, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹Spitalul Clinic Sfanta Maria, Bucuresti, Romania

²Universitatea de Medicina si Farmacie, Bucuresti, Romania

Obiective: Conceptul treat-to-target (T2T) în spondilartrită (SpA) își propune să atingă rezultate satisfăcătoare privind activitatea bolii într-un interval de timp prestabilit, pentru a putea preveni distrucții ireversibile¹. Scopul lucrării este de a evalua perspectiva clinicienilor asupra strategiei T2T în SpA și dificultățile întâmpinate în aplicarea sa în practica zilnică.

Material și metodă: Studiul prospectiv s-a bazat pe un chestionar distribuit medicilor interniști și reumatologi și a cuprins 10 itemi.

Rezultate: 65 medici au participat anonim la completarea chestionarului, majoritatea având între 1-5 ani de practică în sectorul public de sănătate. 74% dintre specialiști au confirmat că sunt foarte familiarizați cu strategia T2T, iar jumătate o aplică la 50-75% dintre pacienții cu SpA. 43% au declarat că atingerea țintelor cu ajutorul indicilor de activitate este esențială, în timp ce 31% au ales satisfacția pacienților ca fiind prioritară. Peste 80% folosesc instrumentele tradiționale BASDAI și ASDAS, în timp ce 8% preferă markerii de inflamație. Prioritatea medicilor este ameliorarea clinică urmată de ameliorare imagistică. Peste 60% dintre medici își propun atingerea țintelor într-o perioadă de șase luni. Dificultatea principală întâmpinată în aplicarea T2T este pierderea pacienților din evidență (50.7%), regulile protocolului național (26.1%) sau teama pacienților de tratament (13.8%).

Discuții: Majoritatea clinicienilor sunt familiarizați cu conceptul T2T și îl aplica la peste jumătate dintre pacienți, utilizând ca ținte instrumentele tradiționale dar și satisfacția pacienților.

Concluzii: Aplicarea conceptului T2T poate optimiza managementul pacienților cu SpA.

Bibliografie: Liew J. Treat to Target in Axial Spondyloarthritis Pros, Cons, and Future Directions. *Rheum Dis Clin North Am.* 2020.

P11: UTILIZAREA TERAPIEI BIOLOGICE LA O PACIENTĂ TÂNĂRĂ, TRANSPLANTATĂ HEPATIC, SUFERIND DE SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ

Tamás RÁCZ¹, Anca HĂLBAC¹, Iulia SZABO², Simona REDNIC^{1,2}

1) Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca, România

2) Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, România

Obiective: În ultimii ani, terapia biologică a ocupat un rol central în arsenalul terapeutic al pacienților cu spondilită anchilozantă (SA). Chiar și în acest context, ne confruntăm cu cazuri clinice unde există relativ puține date despre profilul de siguranță al acestor preparate.

Rezultate: Pacienta în vârstă de 28 de ani cunoscută cu SA formă mixtă, se prezintă în serviciul nostru cu artrite la nivel radiocarpian drept, tibiotarsian stâng, metacarpofalangian I și V bilateral și lombalgie cu caracter inflamator cu iradiere la nivelul feselor. Din istoric menționăm debutul bolii prin oligoartrite cu distribuție asimetrică pentru care a urmat tratament cu antiinflamatorii nonsteroidiene și leflunomid, sistat datorită intoleranței digestive. Ulterior, pacienta a primit sulfasalazină concomitent cu etoricoxib, la care a dezvoltat sindrom Stevens-Johnson cu insuficiență hepatică fulminantă, ce a impus efectuarea transplantului hepatic de urgență. După transplant a urmat tratament de fond cu tacrolimus, obținându-se remisiunea clinică, timp de 3 ani, însă cu reapariția lombalgiilor inflamatorii, artritelor periferice și prezența a două episoade de uveită acută anterioară.

Având în vedere elementele de activitate clinică, paraclinică și imagistică ale bolii, respectiv istoricul de reacție adversă severă și intoleranță la preparate din clasa medicamentelor antireumatice modificatoare de boală s-a decis inițierea tratamentului biologic cu adalimumab, cu toleranță bună.

Discuții: Particularitățile cazului constau în apariția unei reacții adverse severe la un medicament frecvent utilizat în tratamentul SA, respectiv inițierea terapiei biologice la o pacientă transplantată hepatic în contextul în care există puține date de siguranță despre utilizarea terapiilor biologice în cazul pacienților cu allogrefe.

P12: MAI FRECVENT DECÂT PARE: COLAGENOZA ȘI SINDROMUL DE ACTIVARE MACROFAGICĂ

Tabita Lungu¹, Adina Ciucu¹, Ioana Blănariu¹, Roxana Pita¹, Denisa Badea¹, Mihai Bojincă¹

1=Spitalul Clinic "Dr.I. Cantacuzino", Departamentul de Medicină Internă și Reumatologie, București

Obiective:

Bolile de collagen au un răsunet sistemic semnificativ putând determina numeroase complicații, una dintre acestea fiind sindromul de activare macrofagică (SAM). Recunoașterea acestuia face ca

frecvența diagnosticării să crească păstrându-se însă gravitatea acestuia.

Materiale și metode

Prezentare de caz clinic al unei paciente cu diagnostic de colagenoză mixtă cu elemente de artrită reumatoidă, sclerodermie, polimiozita ce dezvoltă tablou clinic și biologic de SAM.

Rezultate

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 48 de ani diagnosticată cu colagenoză mixtă cu elemente de artrită reumatoidă, sclerodermie și polimiozită din 2018, în tratament actual cu Metotrexat 20 mg/săptămână și Medrol în doze medii-mari. La momentul prezentării în clinica noastră acuză febră (39-40 grade Celsius), frison de aproximativ 4 zile și cefalee în puseele febrile. Având în vedere contextul pandemiei actuale, pacienta este testată prin test PCR cu exudat nazo-faringian pentru SARS-COV2 cu rezultat negativ. La examenul clinic se constată stare generală alterată, transpirații profuze, febră (39 grade C), forță musculară 3/5 la nivelul centurilor, artralgi generalizate. Investigațiile paraclinice efectuate au relevat sindrom biologic inflamator important, hipertrigliceridemie, elevarea transaminazelor, hiperferitinemie, creșterea enzimelor musculare, D-dimeri semnificativ crescuți, pancitopenie. Ecografia abdominală relevă hepatosplenomegalie, ecocardiografia fara elemente patologice semnificative. Pe parcursul internării pacienta prezintă erupții cutanate purpurice la nivelul membrelor. Radiografia pulmonară și examenul de spută infirmă prezența unei infecții pulmonare, sumarul de urină și urocultura fiind de asemenea în limite normale. Se administrează Ciclofosamidă 800 mg și Solumedrol 1g, anticoagulant și antibiotic ducând la normalizarea tabloului clinic și biologic. În concordanță cu aspectul clinic, biologic și evolutiv al cazului se pune diagnosticul de SAM secundar colagenozei mixte.

Concluzie

Identificarea tabloului clinic și biologic corespunzător SAM duce la creșterea frecvenței diagnosticării acestuia. SAM rămâne o complicație de temut a bolilor de colagen care impune diagnostic precoce și care atrage după sine o atitudine terapeutică corespunzătoare.

P13: DEBUT PARTICULAR ÎN BOALA MIXTĂ DE ȚESUT CONJUNCTIV

Anca Hrițuleac, Anca Cardoneanu, Elena Rezuș
Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica Reumatologie I, Iași, România

Obiective: Boala mixtă de țesut conjunctiv (BMTC) sau maladia Sharp este o boala multi-sistemică autoimună, de etiologie necunoscută, care cuprinde elemente de polimiozita, sclerodermie, lupus eritematos sistemic și poliartrita reumatoidă în asociere cu titruri înalte ale anticorpilor anti U1-RNP. Manifestările clinice sunt nespecifice și evoluează insidios pe parcursul a mai multor ani.

Material și metode: Pacienta în vârstă de 44 ani se prezintă acuzând artralgi cu caracter inflamator la nivelul umerilor, mialgii nesistematizate, fatigabilitate și fenomen Raynaud. Examenul clinic relevă edem pe fața dorsală a mâinilor, durere la palparea punctelor topografice umeri bilateral (punct acromial și coracoidian) și mobilitate limitată algic pe toate planurile de mișcare. Imunologic se evidențiază pozitivarea Ac anti RNP/Sm 1226 U/ml (N < 83 U/ml), SSA 785 U/ml (N < 91 U/ml) și Ac anti RNP în titru înalt. Biologic se decelează leucopenie cu limfopenie, anemie normocromă normocitară. Capilaroscopia pune în evidență un pattern nespecific, cu numeroase capilare ramificate, tortuoase. Ecografic se remarcă fine eroziuni corticale la nivelul umerilor și sinovită la nivelul pumnului drept.

Rezultate: Coroborând datele clinice și paraclinice se susține diagnosticul de BMTC și se inițiază tratament cu Metotrexat, Hidroxiclorochină, Metiprednisolon și Nifedipin cu evoluție clinică lent favorabilă.

Concluzii: Boala mixtă de țesut conjunctiv este o entitate clinică distinctă din spectrul patologiei reumatice imun-mediate, având un debut intricat. Deși prezintă o incidență anuală scăzută, trebuie luată în considerare la pacienții cu manifestări clinice polimorfe așa cum este și cazul pacientei noastre.

Bibliografie:

Bennet MR. Overlap syndromes. In Kelley and Firestein's editors: Textbook of Rheumatology, Philadelphia 2017. Elsevier, p1489-1511
Rezuș E. Boala mixtă de țesut conjunctiv. In Rezuș E. Reumatologie, Iași, 2014, Editura Gr T Popa, p 184-191

Redă libertatea mișcării!



DICLOREUM[®] 150mg

capsule cu eliberare prelungită

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Diclorem[®] 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripție medicală P6L. Administrare orală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere sau pe site-ul www.anm.ro. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale. DAPP - Alfasigma S.p.A.

Alfasigma România S.R.L.
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27, fax: 031.805.35.28.
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA 

P14: DEBUT TARDIV AL SPONDILITEI ANCHILOZANTE: CAZUL UNUI PACIENT ÎN VÂRSTĂ DE 61 ANI - POSTER

Ioana Brătoiu^{1,2}, Alexandra Maria Burlui^{1,2}, Mihaela- Dănuța Stîncescu¹, Elena Rezuș^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Recuperare Iași
2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

Introducere: Spondilita anchilozantă face parte din grupul heterogen al spondilartritelor fiind o boală inflamatorie cronică cu debut mai frecvent la vârstă tânără (16-40 ani), rar la pacienții peste 60 ani.

Material și metodă: Prezentăm cazul unui pacient care a fost evaluat clinic, paraclinic și imagistic în cadrul Clinicii de Reumatologie I, Spitalul clinic de Recuperare Iași, datele fiind obținute din foile de observație ale pacientului și din arhiva electronică a clinicii.

Rezultate: Pacientul BV, de sex masculin, în vârstă de 61 ani se adresează clinicii în ianuarie 2020 acuzând artrite simetrice interesând articulațiile mici ale mâinilor, gleznelor și ambii genunchi cu debut de aproximativ 2 luni și evoluție parțial favorabilă sub AINS. Manifestările clinice, prezența sindromului inflamator, alături de modificările imagistice au ridicat următoarele suspiciuni de diagnostic: artrită reumatoidă, artrită reactivă, spondilită cu debut periferic sindrom reumatoid paraneoplazic, artrită psoriazică *sine psoriasis* sau artrită microcristalină. Menționăm că profilul imunologic (FR, ANA, Ac anti CCP) este negativ, însă se decelează HLA-B27 pozitiv. După excluderea celorlalte patologii, pacientul întrunește criteriile de diagnostic pozitiv pentru spondilită anchilozantă non-radiografică cu debut periferic, având o evoluție favorabilă sub tratament cu sulfasalazină și AINS.

Discuții: Debutul tardiv al SA este caracterizat în general prin afectare periferică, activitate înaltă a bolii, capacitate funcțională redusă și afectarea rară a ASI pe radiografie.

Concluzii: În SA debutul este rar după 50 ani. Vârsta înaintată nu constituie un factor de excludere pentru acest diagnostic. Pacienții cu debut tardiv al SA pot prezenta și manifestări clinice atipice.

Bibliografie: 1. Kaouther M, Ammar LB, Ferjani H et al., Clinical, laboratory, and radiological characteristics of patients with late-onset spondylarthritis, *Egypt Rheumatol*, 2021, 44(1):19-23
2. Bendahan LT, Machado NP, Mendes JG et al, Performance of the classification criteria in patients with late-onset axial spondyloarthritis, *Mod Rheumatol*, 2018, 28(1):174-181

P15: CAPCANA DIAGNOSTICĂ-ÎNTRE POLIARTRITA REUMATOIDĂ SERONEGATIVĂ CU DEBUT TARDIV ȘI RS3PE

Autori: Viviana-Cristina Pavel, Sînziana Elena Daia-Iliescu, Ruxandra Ionescu
Spitalul Clinic „Sfânta Maria”, Medicină Internă și Reumatologie, București

Obiective: Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin, în vârstă de 79 ani, cu patologie cardiovasculară și boală cronică de rinichi asociată, care acuză artralgi și edem important localizat la nivelul feței dorsale a mâinii bilateral, simptomatologie prezentă de 3 luni.

Materiale și metodă: Examenul clinic decelează edem important ce lasă godeu la nivelul feței dorsale a mâinii bilateral și durere la palparea articulațiilor mici ale mâinii.

Paraclinic, analizele de laborator relevă prezența sindromului inflamator (CRP=70mg/l, VSH=111mm/h), alături de o anemie ușoară. Explorările serologice au inclus dozarea FR, antiCCP și HLA B27, cu rezultat negativ. Ultrasonografia musculo-scheletală relevă sinovită la nivelul MCF și tenosinovită de extensori ai mâinii bilateral. Radiografia de mâini nu prezintă elemente specifice de eroziune sau fractură, dar regăsim elemente sugestive pentru artroză.

Coroborând aceste date, conform criteriilor propuse de Olivo, s-a pus diagnosticul de “remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema”(RS3PE). Având în vedere posibila asociere cu neoplaziile se exclud cele mai frecvente (cancer gastric, pulmonar, colonic), se realizează radiografie de torace, ecografie abdominală, computer tomografie abdominală, și dozare de markeri tumorali, cu

rezultate negative.

De asemenea, se exclude polimialgia reumatică, spondiloartrita, dar și o posibilă poliartrită reumatoidă seronegativă cu debut tardiv.

Rezultate: Terapia cu o doză mică de cortizonic asociată cu hidroxiclorochină s-a dovedit benefică, cu remisiune completă în curs de câteva luni.

Concluzii: RS3PE este un sindrom rar ce apare în special la vârstnici, cu prognostic favorabil la administrarea unor doze mici de cortizon, mai ales la cei ce nu prezintă malignitate asociată.

P16: SINDROMUL FEBRIL-O PROVOCARE DIAGNOSTICĂ PANDEMICĂ

Adina Ciucu, Tabita Lungu, Ioan Ancuța
Spitalul Dr.I.Cantacuzino, București, România

Obiective: Sindromul febril prelungit nu înseamnă întotdeauna o patologie de cauză infecțioasă, deși în contextul pandemic actual, majoritatea sindroamelor febrile la debut sunt direcționate inițial spre această specialitate. Abordarea lui necesită adesea cooperare multidisciplinară, pentru a nu rata unele diagnostice mai puțin întâlnite.

Materiale și metode: Prezentăm cazul unui tânăr în vârstă de 18 ani care se prezintă la noi în clinică acuzând febră recurentă de aproximativ o lună, poliartralgie și mialgie membre inferioare. Pacientul a fost internat inițial în secția de boli infecțioase din provincie, teste RT-PCR SARS COVID fiind negative, pacientul primind tratament antibiotic empiric, cu accentuarea artralgiilor și mialgiilor și creșterea treptată a numărului de leucocite și a sindromului inflamator. Ulterior a fost transferat în secția de hematologie unde în urma investigațiilor de specialitate a fost exclusă o leucemie acută sau altă patologie tumorală. Persistă însă sindromul febril așa că este îndrumat spre clinica noastră. La internare examenul clinic este în limite normale, cu excepția supraponderabilității și a unui ganglion submandibular drept de aproximativ un centimetru. Paraclinic examenele de laborator arată leucocitoză cu neutrofilie, sindrom inflamator important, procalcitonina normală, teste hepatice modificate, feritină mult crescută, factor reumatoid, ANA blot extins și complementul în limite normale. Ecografia cardiacă de asemenea este în limite normale iar ecografia abdominală relevă splenomegalie.

Rezultate: Considerăm că ne aflăm în fața unei boli Still a adultului la debut, îndeplinind 6 criterii Yamaguchi: 2 majore și 4 minore. Se instituie tratament corticoid însoțit de protecție gastrică, cu evoluție favorabilă clinic (remiterea artralgiilor) și paraclinic (scade CRP).

Concluzii: Boala Still are caracteristici clinice bine descrise în literatură, însă nici una dintre ele nu îi este specifică. Rămâne astfel un diagnostic provocator, clinicianul trecând printr-un parcurs amplu, excluzând mai întâi infecțiile, patologii tumorale și alte boli inflamatorii sistemice.

P17: ENIGMELE UNEI VASCULITE REUMATOIDE

Alexandra BOIANGIU, Dragoș MINCĂ, Claudiu C. POPESCU, Cătălin CODREANU
Centrul Clinic de Boli Reumatismale „dr. Ion Stoia”, București, România

Obiectiv: Studiul vizează evidențierea diagnosticului diferențial al vasculitei reumatoide în context clinic aplicat.

Metode: Pacienta în vârstă de 71 de ani, cu poliartrită reumatoidă (PR, cu FR și ACPA pozitivi) moderat activă (DAS28_{CRP}=3,7), fără tratament remisiv, poli-alergică (metotrexat, leflunomidă, hidroxiclorochină), în tratament cronic cu levocetirizină, acuză erupție cutanată la nivelul gambei stângi de 7 zile. Clinic, erupția constă din maculo-papule eritematoase pruriginoase, cu morfologie variabilă rotund-ovalară, cu scuamo-cruste.

Rezultate: Biologic, se remarcă sindrom inflamator (CRP=12,24mg/L, VSH=62mm/oră), markeri virali hepatici negativi, auto-anticorpi negativi (ANA, anticorpi anti-MPO, anti-PR3, anti-C1q, anti-

RNP-70), complement seric normal, crioglobuline absente, sumar de urina normal. Radiografia pulmonară era normală. Examenul histopatologic al leziunilor cutanate indica vasculită leucocitoclastică.

Discuții: Leziunile cutanate pot apărea în boli autoimune (LES, PR, sindrom Sjögren, sindrom antifosfolipidic), vasculite ANCA-pozitive, în context infecțios (hepatite virale), vasculite crioglobulinemice, paraneoplazice sau iatrogene. S-a administrat tratament cortizonic, inițial fără remisiune simptomatică, ulterior, la creșterea dozei și adăugarea de azatioprină, s-a indus remisiune. În evoluție, vasculita nu a recidivat și nu au apărut semne sau simptome sugestive pentru diagnostice concomitente.

Concluzii: Deși vasculita leucocitoclastică poate apărea în contextul PR, este necesară și excluderea etiologiilor alternative.

Bibliografie:

Rheumatoid vasculitis. (2021). Uptodate. https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-pathogenesis-of-rheumatoid-vasculitis?topicRef=8228&source=see_link

P18: LIVEDO – DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ÎN CONTEXT REUMATOLOGIC

Anca VLADU, Dragoș MINCĂ, Cătălina IONESCU, Claudiu POPESCU, Luminița ENACHE, Cătălin CODREANU

Centrul Clinic de Boli Reumatismale „dr. Ion Stoia”, București, România

Obiectiv: Reliefarea diagnosticului diferențial al unei vasculopatii de tip livedo în context reumatologic.

Metode: Pacienta în vârstă de 55 de ani, hipertensivă, diabetică (cu afectare micro-angiopatică), s-a prezentat acuzând erupție cutanată la nivelul coapselor, brațelor și abdomenului, debutate de o lună, pentru care a primit glucocorticoizi și antihistaminice timp de 2 săptămâni, ineficiente. Clinic, erupția consta din formațiuni maculo-papulare eritematoase, cu morfologie variabilă rotund-ovalară, cu scuamo-cruste.

Rezultate: Biologic, se remarca sindrom inflamator (CRP=24mg/L), anemie hipocromă microcitară (hemoglobină=10,2g/dL), retenție azotată (creatinină=1,41mg/dL, RFG=41,9mL/min/1,73 m²), markeri virali hepatici negativi, panel de auto-anticorpi negativ, radiografie pulmonară normală. Examenul histopatologic al leziunilor cutanate indica vasculopatie livedoidă (vasculită de tip livedo).

Discuții: Leziunile cutanate puteau apărea în boli autoimune (LES, artrită reumatoidă, sindrom Sjögren, sindrom antifosfolipidic), vasculite ANCA-pozitive, în context infecțios (hepatite virale), vasculite crioglobulinemice, paraneoplazice sau iatrogene. Panelul de auto-anticorpi fiind complet negativ, s-a restrâns suspiciunea asupra unei vasculite leucocitoclastice iatrogene (metformin) sau a unui sindrom paraneoplazic, însă biopsia cutanată ulterioară a decelat aspectul de vasculopatie livedoidă.

Concluzii: Deși vasculopatia livedoidă este de obicei independentă, se poate asocia cu trombofilii ereditare, colagenoze sau neoplazii. La momentul evaluării nu s-a putut confirma prezența vreunei colagenoze/boli autoimune, astfel că s-a indicat screening neoplazic și consult de hematologie pentru depistarea unei potențiale trombofilii genetice.

Bibliografie:

Livedoid vasculopathy. (2021). Uptodate. https://www.uptodate.com/contents/livedoid-vasculopathy?search=livedo%20vasculopathy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

P19: CE POATE ASCUNDE O CERVICOBRAHIALGIE?

Irina Iordăchescu, Luminița Enache, Georgiana Dinache, Claudiu Popescu, Cătălina Ionescu, Cătălin Codreanu
CCBR Dr. Ion Stoia, București, România

Obiective: Întrucât simptomatologia reumatologică poate fi cauzată de metastaze osoase ale neoplasmelor solide, prezentarea de caz curentă urmărește conturarea diagnosticului diferențial aplicat.

Metoda: Pacienta în vârstă de 50 ani, cu neoplasm mamar drept (2017), pentru care a refuzat tratament, prezintă cervicalgie cu impotență funcțională a membrului superior drept. Clinic, prezintă contractură paravertebrală cervicală, cervicalgie la mobilizare, limitarea algică a mobilității pasive a membrului superior drept, glandă mamară dreaptă atrofiată, cu tegument indurat, formațiune dură de 3 cm mamelonară dreaptă. Biologic s-a decelat fosfatază alcalină de 2 ori normalul. Radiologia a semnalat zone de osteoliză pe coaste, clavicule și humerus drept, leziuni osteolitice și osteocondensante vertebrale cervicale, aspect confirmat prin IRM. Se suspectează determinări secundare osoase ale neoplasmului mamar și se transferă către neurochirurgie, unde se confirmă diagnosticul, fără posibilitate terapeutică.

Discuții: Diagnosticul diferențial include hernia de disc cu compresie medulară, efectul de masă al unei tumori de vecinătate, discita sau determinarea secundară osoasă. Istoricul de neoplasm mamar și faptul că sistemul osos este principalul său sediu de metastazare (40-75%), împreună cu datele biologice și imagistice au tranșat diagnosticul. Simptomatologia poate apărea tardiv, poate fi algică, iar complicațiile locale includ fracturi patologice sau compresii medulare. Tratamentul precoce cu bifosonați sau denosumab crește supraviețuirea. Prezentarea tardivă scade semnificativ speranța de viață.

Concluzii: Diagnosticarea precoce a metastazelor osoase este esențială pentru creșterea supraviețuirii. Imagistica este importantă pentru diagnosticarea și stadializarea neoplaziei. Metastazele osoase trebuie să facă parte aproape mereu din algoritmul diagnosticului diferențial al sindromului cervicobrahial.

Bibliografie:

1. Mundy GR. Metastasis to bone: causes, consequences and therapeutic opportunities. Nat Rev Cancer 2002; 2:584.

P20: PARTICULARITĂȚI ALE DERMATOMIOZITEI CU ANTICORPI ANTI-NXP-2 – CAZ CLINIC

Claudia Cobilinschi^{1,2}, Alexandra Constantinescu¹, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹Spitalul Clinic Sfanta Maria, Bucuresti, Romania

²Universitatea de Medicina si Farmacie, Bucuresti, Romania

Obiectiv: Dermatomiozita (DM) este o suferință cronică, autoimună manifestată prin slăbiciune musculară și afectare multisistemică. Prezența autoanticorpilor (Ac) specifici pot orienta evoluția bolii și prognosticul. Anticorpii anti-proteina matricei nucleare (*nuclear matrix protein-2*, NXP-2) se asociază cu afectare musculară severă, edem subcutanat, disfagie și calcinoză¹. Riscul de malignitate al acestui subset de pacienți este incert.

Rezultate: O pacientă în vârstă de 66 de ani se prezintă pentru astenie musculară marcată, simetrică, mai accentuată la nivelul membrelor superioare, însoțită de edem generalizat membre, disfagie pentru solide și erupție eritematoasă la nivelul feței și dorsul mâinilor. Asociază sindrom inflamator, sindrom de citoliza musculară important, iar imunologic ANA și Ac anti-NXP-2 intens pozitivi. Examenul tranzit baritat și endoscopia digestivă nu relevă modificări de calibru la nivel esofagian. Capilaroscopia identifică numeroase modificări de morfologie și diametru capilar, cu megacapilar, iar biopsia musculară arată zone de necroza și infiltrat inflamator. Screeningul biologic și imagistic pentru neoplazii nu ridică suspiciunea de proces cariokinetic. Se confirmă DM idiopatică cu Ac anti-NXP-2 pozitivi și se inițiază pulsterapia cortizonică și tratament imunosupresor, cu ameliorarea simptomatologiei musculare, a disfagiei și remiterea edemului de la nivelul membrelor.

Discuții: Tabloul clinic al DM asociate Ac anti-NXP-2 include mialgii și slăbiciune musculară mai intense, disfagie și edem subcutanat similar cazului prezentat.

Concluzii: Ac anti-NXP-2 reprezintă un subset rar de Ac specifici miozitei. Este necesară monitorizarea periodică pentru riscul de neoplazii.

Bibliografie: ¹Albayda J et al. Antinuclear Matrix Protein 2 Autoantibodies and Edema, Muscle Disease, and Malignancy Risk in Dermatomyositis Patients. *Arthritis Care Re.* 2017.

P21: PARTICULARITĂȚILE LUPUSULUI ERITEMATOS SISTEMIC CU DEBUT TARDIV – CAZ CLINIC

Alexandra Constantinescu¹, Claudia Cobilinschi^{1,2}, Ioana Săulescu^{1,2}, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie, București, România

Obiectiv: Lupusul eritematos sistemic (LES) cu debut tardiv afectează pacienții peste 50 ani și are frecvent un debut insidios și un grad mai redus al activității de boală¹. Obiectivul lucrării este de a prezenta un caz clinic de LES la vârstnic.

Rezultate: O pacientă de 81 de ani cu hepatită virală C se prezintă pentru astenie, febră vesperală, scădere ponderală și poliartralgiile mâini, coate, umeri însoțite de un placard eritemato-scuamos la nivelul toracelui posterior. Analizele de laborator evidențiază leuco-limfopenie, anemie moderată, hipocomplementemie, fără proteinurie. Biopsia medulară nu sugerează o patologie hematologică, iar viremia VHC este nedetectabilă. Biopsia cutanată cu imunofluorescență nu s-a putut efectua. Investigațiile imagistice obiectivează pleurezie dreaptă și pericardită. Imunologic prezintă ANA, Ac anti-ADNc și Ac anti-Ro intens pozitivi, astfel încât conform criteriilor EULAR/ACR 2019, se stabilește diagnosticul de LES și se inițiază tratament cu hidroxiclorochină și cortizonic, cu evoluție favorabilă.

Discuții: În concordanță cu datele din literatură, în cazul de față au predominat manifestările constituționale, afectarea articulară și serozitică. Afectarea renală este rar întâlnită la LES cu debut tardiv.

Concluzii: Diagnosticul de LES trebuie considerat și la pacientul vârstnic în cazul manifestărilor sugestive. Deși evoluția bolii este adeseori indolentă, pacienții pot avea un prognostic nefavorabil prin prezența comorbidităților, vârstei sau a factorilor de risc vasculari preexistenți.

Bibliografie: ¹Tomic-Lucic A et al. Late-onset systemic lupus erythematosus: clinical features, course, and prognosis. *Clin Rheumatol.* 2013.

P22: SPONDILODISCITĂ TUBERCULOASĂ LA O PACIENTĂ CU DERMATOMIOZITĂ

Iuliana Drăniceanu¹, Alexandra Constantinescu¹, Claudia Cobilinschi^{1,2}, Georgiana Nedelea³, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie, București, România

³Spitalul Foișor, București, România

Obiective: Dermatomiozita (DM) este o boală autoimună rară, caracterizată prin slăbiciune simetrică, progresivă a musculaturii proximale a centurilor. Principalele opțiuni de tratament sunt corticoterapia și imunosupresoarele, care pot crește riscul de tuberculoză (TBC) în terapia de lungă durată¹. Vom aduce în atenție cazul unei paciente cu DM care dezvoltă TBC miliară, complicată cu spondilodiscită TBC.

Rezultate: O pacientă în vârstă de 64 de ani, diabetică, cu dermatomiozită în tratament cu micofenolat mofetil și metilprednisolon, în perioada de remisiune, se prezintă pentru tuse productivă, febră vesperală, scădere ponderală, inapetență și cu aspect CT torace înalt sugestiv pentru tuberculoză miliară, confirmată ulterior de examenul sputei. După inițierea schemei tuberculostatice, pacienta afirmă durere lombară intensă cu iradiere în regiunea fesieră și la nivelul membrului inferior stâng, cu paraplegie Frankel B, pentru care se efectuează un IRM de coloană dorso-lombară, care evidențiază spondilodiscită L4-L5 cu tendința la formare de bloc intervertebral și abces paravertebral drept L4-L5

cu aspect cloazonat. Pacienta este transferată într-un serviciu de specialitate pentru asanare, decompresie L4-L5, artrodeză și fixare posterioară L1-S1, cu evoluție postoperatorie favorabilă.

Discuții: Diagnosticul de TBC pulmonar a condus la identificarea complicației vertebrale. Întârzierea diagnosticului de spondilodiscită infecțioasă poate conduce la complicații ireversibile, cu recuperare dificilă a pacienților.

Concluzii: Cazul subliniază necesitatea screeningului pentru TBC la persoanele în tratament imunosupresor și cortizonic pe termen lung și care se află în țări endemice.

Bibliografie: ¹R. Ghosh, Summarized Review on Dermatomyositis: Demonstrating Modes of Diagnosis & Current Therapeutic Managements. International Journal of Research 2011.

P23: NEVRITĂ OPTICĂ UNILATERALĂ ÎN SINDROMUL SJOGREN PRIMAR – CAZ CLINIC

Alexandra Constantinescu¹, Claudia Cobilinschi^{1,2}, Monica Dimăncescu¹, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie, București, România

Obiectiv: Sindromul Sjogren primar (pSSj) este o boală cronică autoimună, ce afectează predominant glandele exocrine. Nevrita optică (NO) poate să apară ca manifestare de debut, dar este rară și poate fi responsabilă de cecitate dacă diagnosticul este întârziat¹. Scopul lucrării este de a raporta un caz clinic de pSSj debutat cu NO unilaterală.

Rezultate: Prezentăm cazul unei paciente de 35 de ani cu xeroftalmie debutată de 5 ani, care relatează un episod de scădere bruscă a acuității vizuale a ochiului stâng. Examenul fundului de ochi evidențiază edem papilar, vase retiniene tortuoase, maculă fără reflex, pentru care se administrează pulsterapie cu metilprednisolon, cu ameliorare treptată. Etiologiile infecțioase au fost excluse. Imunologic prezintă ANA titru 1/5120 și Ac anti-Ro intens pozitivi. Testul Schirmer este pozitiv, iar ecografia de glande parotide obiectivează multiple leziuni chistice, unele confluențe, cu aspect cronic, toate investigațiile fiind compatibile cu diagnosticul de pSSj.

Discuții: Afectarea sistemului nervos central este rar întâlnită la pacienții cu pSSj, iar ca manifestare de debut poate duce la întârzierea stabilirii diagnosticului.

Concluzii: pSSj reprezintă o cauză rară de NO ce impune un istoric medical detaliat, determinarea autoanticorpilor și biopsia de glandă salivară minoră pentru confirmare. Răspunsul NO la pulsterapie cu metilprednisolon este promițător și poate ameliora prognosticul acestor pacienți.

Bibliografie:¹

Sun J-Y et al. Optic neuritis as an initial presentation of primary Sjögren syndrome. Med. 2016.

P24: COVID 19 LA PACIENȚII CU PATOLOGIE REUMATICA AFLAȚI ÎN TRATAMENT CU REMISIVE BIOLOGICE SI TINTITE : EXPERIENȚA UNUI CENTRU UNIVERSITAR

Buragă B^{1,2}, Odoabașu A^{1,2}, Teslariu A^{1,2}, Pomîrleanu C^{1,2}, Petrariu L², Strugariu G², Trifan E^{1,3}, Chitac A³, Chirieac R³, Ancuța C^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” (*doctorand) Iași, România

²Clinica Reumatologie 2, Spitalul Clinic de Recuperare Iași, România

³SANOCARE Medical & Research Center Iași, Romania

Obiective:

Dat fiind controversele referitoare la consecințele COVID-19 și vaccinării anti-SARS-CoV2 la pacienții cu patologie imun-mediată, ne-am propus să investigăm infecția cu noul coronavirus în

contextul afecțiunilor reumatice.

Pacienți și metode:

Studiu retrospectiv pe o cohortă de 557 pacienți cu artrită reumatoidă (AR), spondilită anchilozantă (SA) și artrită psoriazică (APs) în tratament cu remisie biologice și țintite (b/tsDMARDs), cu fișe de monitorizare active în Registrul Român de Boli Reumatice, la care s-a urmărit rata infecției SARS-CoV-2, particularități și interrelații COVID-boală reumatică-medicație.

Rezultate:

Au fost raportate 35 cazuri (6.28%) COVID-19 (testate PCR pozitivă) - 17 AR, 15 SA, 3 APs, fără a identifica un profil clinico-biologic predispozant pentru infecție; la diagnosticarea infecției, majoritatea pacienților (30/35) urmau bDMARDs (21 inhibitori TNF), restul tsDMARDs. Cu excepția a 2 cazuri cu boală necontrolată, activă la debutul infecției SARS-CoV2, restul se situau în remisiune sau activitate joasă. Am decelat preferențial forme asimptomatice (15/35) sau cu simptomalogie ușoară respiratorie (14/35); 3 pacienți au dezvoltat pneumonie severă și sindrom de detresă respiratorie acută. S-au înregistrat 2 decese: SA compensată sub secukinumab, cu comorbidități cardiometabolice importante (diabetic, hipertensiv, infarct miocardic acut recent, insuficiență cardiacă NYHA III, anticoagulare orală) și AR cu ultima administrare rituximab cu 2 săptămâni preCOVID-19. Un număr mic de cazuri au dezvoltat acutizări (4/35) și au menținut sindrom inflamator la distanță de infecția virală.

Concluzii:

Rata infecției COVID-19 în contextul bolilor reumatice b/tsDMARDs-tratate este scăzută; predilecția pentru forme usoare/ moderate poate reflecta beneficiile anumitor clase de medicație specifică anti-reumatică în infecția SARS-CoV2.

Bibliografie:

1. Sharmeen S, Elghawy A, Zarlash F, Yao Q. COVID-19 in rheumatic disease patients on immunosuppressive agents. *Semin Arthritis Rheum.* 2020 Aug;50(4):680-686.
2. Favalli EG, Monti M, Ingegnoli F et al, Incidence of COVID-19 in Patients With Rheumatic Diseases Treated With Targeted Immunosuppressive Drugs: What Can We Learn From Observational Data? *Arthritis & Rheumatology* 2020, 72 (10): 1600–1606

P25: DIFICULTĂȚI ÎN ELUCIDAREA ETIOLOGIEI UNUI SINDROM MIOPATIC

*Grădinaru Elena, Trandafir I. Andreea, Ceobanu Gabriela, Săulescu Ioana, Ionescu Ruxandra
Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România*

Obiective: Stabilirea etiologiei unui sindrom miopatic.

Rezultate: Pacientă de 50 ani, cu multiple episoade de hiponatremie, hipopotasemie, hipoglicemie în antecedente recente, respectiv două episoade psihotice în tratament cu Haloperidol, se internează pentru slăbiciune musculară, inapetență, disfagie, instabilitate posturală și fatigabilitate generalizată, simptomatologie debutată în urmă cu două luni și agravată progresiv. Din istoricul pacientei ne atrage atenția amenoreea instalată în urma cu 29 de ani, postpartum. Clinic la internare: bradilalie, bradipsihie, facies împăsttat, extremități reci, poate ridica membrele superioare și inferioare, poate pune picior peste picior, prezintă dificultate la ridicarea din poziția șezut, minimă rigiditate musculară generalizată, tranzit intestinal încetinit. Biologic asociază citoliză musculară (CK=3190U/L, CK-MB=108U/l, TGO=136U/l) și hiponatremie severă (sodiu seric=118 mmol/l). S-a luat în discuție etiologia autoimună, paraneoplazică, endocrinologică, infecțioasă și medicamentoasă a sindromului miopatic. Tabloul clinic nespecific, absența sindromului biologic inflamator, ANA negativ, imunograma în limite normale exclud etiologia autoimună. Bilanțul imagistic nu a evidențiat formațiuni tumorale evidente, iar evaluarea hormonală a relevat hipotirodism hipotalamo-hipofizar, după extinderea investigațiilor, ridicându-se suspiciunea de insuficiența panhipofizară - posibil sindrom Sheehan. Prin

corectarea tulburărilor hidroelectrolitice și oprirea haloperidolului citoliza musculară s-a remis treptat. **Discuții:** Amenoreea secundară¹ ridică suspciunea unei tulburări endocrinologice, mai ales în contextul unui tablou clinico-paraclinic ca cel descris anterior. Dozarea TSH ar trebui completată cu determinarea hormonilor tiroidieni, întrucât valorile normale ale TSH-ului pot duce la o latență în stabilirea diagnosticului corect.

Concluzii: Etiologia sindromul miopatic descris este mixtă (insuficiență panhipofizară și hiponatremie severă), citoliza musculară fiind probabil accentuată de haloperidol².

Bibliografie:

1. Schury MP, Adigun R. Sheehan Syndrome. [Updated 2021 Jul 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459166/>
2. Khelfi A, Azzouz M, Abtroun R, Reggabi M, Alamir B. Antipsychotic-induced disorders: Reported cases and prospective study on muscle biomarkers after high exposure to haloperidol. *Toxicol Appl Pharmacol.* 2018 Aug 1;352:1-8. doi: 10.1016/j.taap.2018.05.015. Epub 2018 May 17. PMID: 29778398.

P26: DISFUNȚIA SEXUALĂ LA PACIENȚII CU BOLI REUMATICE

Andra-Patricia Stanciu¹, Laura Groșeanu^{1,2}, Andra Bălănescu^{1,2}, Denisa Predețeanu^{1,2}, Daniela Opreș-Belinski^{1,2}, Violeta Bojincă^{1,2}, Florian Berghea^{1,2}, Cosmin Constantinescu^{1,2}, Ioana Săulescu^{1,2}, Sânziana Daia-Iliescu^{1,2}, Andreea Borangiu^{1,2}, Diana Mazilu^{1,2}, Claudia Cobilinschi^{1,2}, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹- Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România

²- Universitatea de Medicină și Farmacie Carol Davila, București, România

Obiective: Evaluarea funcției sexuale într-un lot de pacienți de sex masculin cu boli reumatice comparativ cu un lot martor.

Materiale și metode: Acest studiu observațional a inclus 60 de pacienți cu patologii reumatice și 60 de bărbați sănătoși evaluați în departamentul de reumatologie al Spitalului Clinic Sfânta Maria în perioada august 2019 - martie 2020. Au fost utilizate: un chestionar detaliat privind datele personale, istoricul bolii reumatice, comorbiditățile, tratamentul și disfuncția sexuală și un chestionar privind sănătatea sexuală la bărbați (Sexual Health Inventory for Men - SHIM). Activitatea bolii a fost evaluată utilizând scoruri specifice.

Rezultate: În cohorta de 60 de pacienți, 37% aveau diagnosticul de spondilită anchilozantă, 18% artropatie psorizică, 17% artrită reumatoidă, 15% scleroză sistemică (SS) și 13% gută. Mai mult de jumătate dintre pacienți (62%) aveau boală activă. A fost evidențiată o scădere semnificativă a calității vieții sexuale după diagnosticul bolii reumatice (înainte de diagnostic: 71.67% satisfăcătoare și 16.67% nesatisfăcătoare, după diagnostic: 21.67% satisfăcătoare și 68.33% nesatisfăcătoare). O proporție semnificativ mai mare de pacienți (40%) au relatat scăderea libidoului comparativ cu lotul martor (18.33%) (p=0.043). 21.66% dintre pacienți au raportat disfuncție erectilă (DE) în comparație cu doar 8.33% din lotul martor (p=0.009). Majoritatea bărbaților cu SS au prezentat DE moderat-severă. Valoarea medie a scorului SHIM a fost semnificativ mai mică în grupul de pacienți (17.65 vs 20.15, p=0.009)

Concluzii: S-a evidențiat o prelavență mai mare a disfuncției sexuale la bărbații cu boli reumatice comparativ cu lotul martor. Aceste rezultate subliniază necesitatea sensibilizării reumatologilor asupra acestui aspect frecvent neglijat.

Referințe

1. Tristano AG, The impact of rheumatic diseases on sexual function and sexuality, *Handbook on Sexuality Perspectives, Issues and Role in Society*, 2012:75-97

P27: DERMATOMIOZITĂ PL-7 POZITIVĂ, URTICARIE CRONICĂ, ANGIOEDEM ȘI INFECȚIE CU TOXOCARA

Vaida-Voevod Daisy¹, Damian Laura², Crișan Maria³, Rednic Simona^{1,2}

1. Universitatea de Medicina și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România
2. Spitalul Clinic Județean de Urgență, secția de Reumatologie, Cluj-Napoca, România
3. Spitalul Clinic Județean de Urgență, secția de Dermatologie, Cluj-Napoca, România

Obiective: prezentarea unui caz de dermatomiozită(DM) asociat cu urticarie cronică și infecție cu Toxocara

Rezultate: Pacient în vârstă de 70 ani cunoscut hipertensiv acuză de 2 luni erupții urticariforme la nivelul membrelor și toracelui însoțite de angioedem, mialgii, scăderea toleranței la efort. Obiectiv prezenta eritem facial, eritem la nivelul toracelui anterior, schiță de "mână de mașinist", hiperkeratoză plantară. Biologic: CK crescut, sindrom inflamator, anticorpi AAN și Ro negativi, p,c ANCA-negativi, anticorpi anti HMG-CoA-reductaza negativi profil de miozita PL-7 pozitiv, anticorpi anti Toxocara IgG pozitivi. Erupția a persistat în ciuda terapiei antiparazitare. Simptomatologia s-a ameliorat sub terapie cu cortizon și antihistaminice.

Concluzii: DM edematoasă este o formă rară de manifestare

Bibliografie

- 1.Zarrabi K, Choy T, Sweeney K, Desai V, Keresztes R. Paraneoplastic edematous dermatomyositis: A rare syndrome observed in a case of small cell lung cancer. Clin Pract. 2017 Sep 15; 7(4): 982. Published online 2017 Oct 23

P28: DRUMUL CĂTRE DIAGNOSTIC AL UNOR PACIENTE TINERE CU SINDROM INFLAMATOR

Autori: Negoî Florentina, Pinte Larisa, Băicuș Cristian

Afilier: Secția de Medicină Internă, Spitalul Clinic Colentina, București, Romania

Prezentare de caz. Vă prezentăm cazurile a două paciente tinere, fără antecedente personale patologice ce se prezintă cu debut diferit al simptomatologiei: fatigabilitate, slăbiciune musculară la nivelul unui membru și toracalgii, tuse neproductivă, respectiv mialgii, artralgi, sincopă, febră (temperatura maximă 40 grade Celsius). Menționăm că pacientele au fost investigate multidisciplinar, fiind stabilite multiple diagnostice, fără ameliorarea semnificativă a simptomatologiei sub tratament. Clinic prezintă puls periferic diminuat la nivelul membrului superior stâng, diferență a valorilor tensiunii arteriale de 20 mmHg între brațe, sufluri la nivelul mai multor artere. Paraclinic, prezintă trombocitoză și sindrom inflamator important cu valori crescute ale vitezei de sedimentare a hematiilor, proteinei C-reactive și fibrinogenului. Investigațiile se completează cu bilanț imagistic (ecografie arterială Doppler, angiografie, computer tomograf, inclusiv PET-CT) și evidențiază tromboză de arteră pulmonară stângă, modificări parietale ale crosii aortice și aortei descendente proximale, respectiv stenoze la nivelul arterei carotide comune (60-70%) și subclaviei stângi.

În urma corelării investigațiilor se stabilește diagnosticul de arterită Takayasu, cu întrunirea a cinci din șase criterii de clasificare stabilite în 1990 de către Colegiul American de Reumatologie. Astfel se inițiază corticoterapie asociată într-un caz cu Meotrexat, în timp ce în al doilea caz s-a asociat inițial Azatioprina, înlocuită ulterior cu Metotrexat, cu evoluție favorabilă sub tratament.

Particularitatea cazurilor. Latența în stabilirea diagnosticului corect a două paciente cu debut diferit, dar clinică sugestivă, fapt care a determinat diagnosticarea în forme avansate ale leziunilor vasculare O alta particularitate este dată de afectarea arterei pulmonare, afectare rară în cadrul arteritei Takayasu.

Referințe:

1. Dua AB et al ACR Open Rheumatol. 2021 Feb;3(2):80-90.
2. Arend WP et al. Arthritis Rheum. 1990 Aug. 33(8):1129-34

P29: EFICACITATEA ȘI SIGURANȚA TRATAMENTULUI CU BARICITINIB LA PACIENȚII CU ARTRITĂ REUMATOIDĂ

Anton Mădălina-Ioana, Rezuș Elena

Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica de Reumatologie I, Iași, România

Obiective: Evaluarea eficacității și siguranței tratamentului cu baricitinib la pacienții cu artrită reumatoidă

Material și metodă: S-au centralizat datele din baza electronică a clinicii pentru pacienții cu artrită reumatoidă, care se află sub tratament cu baricitinib și care au avut minim o reevaluare de la inițierea terapiei.

Rezultate: S-au evaluat 21 pacienți cu artrită reumatoidă, media vârstei de 55 ani, cu predominanța sexului feminin(95%), 85,7% cu FR pozitiv și 90% ACPA pozitivi, durata mediană a bolii de 8(1-37) ani, 91% fiind într-o formă de boală cu activitate crescută, bazat pe DAS28-VSH. Baricitinib a fost administrat atât ca monoterapie(33%), cât și ca terapie combinată cu csDMARDs(67%). La 6 luni de la inițierea tratamentului, s-a observat o scădere importantă a parametrilor de laborator (VSH inițial mediu=54±19DS, VSH la 6 luni mediu=31±14DS) și o ameliorare semnificativă a activității bolii, de la un DAS28-VSH inițial mediu de 6,13±0,88DS la un DAS28-VSH ulterior mediu de 3,96±0,56DS. Răspunsul obținut s-a menținut la cei 16 pacienți care au fost evaluați la 12 luni de la debutul terapiei cu baricitinib. Efecte adverse ce au apărut în urma tratamentului cu baricitinib sunt infecție SARS-COV-2(3), ITU(1), sindrom de hepatocitoliză(1).

Concluzii: Datele obținute din evaluarea pacienților sunt superpozabile cu rezultatele descrise în literatură, terapia cu baricitinib fiind eficientă în obținerea unui răspuns terapeutic favorabil, având un profil înalt de siguranță.

P30: EVALUAREA STATUSULUI FUNCȚIONAL ȘI A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA PACIENȚII CU POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ

Mihai Abobului^{1,2}, Claudiu Merisanu², Raluca Golea², Claudia Cobilinschi^{1,2}, Florian Berghea^{1,2}, Andra Bălănescu^{1,2}

Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România

Universitatea de Medicină și Farmacie, București, România

Obiective: Poliartrita reumatoidă (PR) este o boală cronică cu afectare multisistemică ce se asociază cu un grad semnificativ de dizabilitate și limitare funcțională. Scopul lucrării este de a corela datele clinico-biologice și nivelul de activitate a bolii determinate în dinamică pe perioade de până la 6 ani cu nivelul de dizabilitate funcțională și incapacitate de muncă secundare bolii.

Material și metodă : Studiul retrospectiv și prospectiv desfășurat pe o perioadă de 12 luni a inclus 96 de pacienți cu PR. Date demografice, clinice și de laborator precum și scorurile de activitate (DAS28) au fost colectate din fișele medicale ale pacienților cât și pe baza interviului direct al acestor pacienți.

Rezultate: Prevalența bolii în lotul de studiu este de 2.8 mai mare la femei față de bărbați, iar analiză incapacității de muncă (și a dizabilității) în funcție de sex de 4:1 în favoarea femeilor, existând o diferență semnificativă.Referitor la statusul socio-economic,există o diferență semnificativă a răspunsului funcțional între cei cu status redus comparativ cu cei cu status înalt.

În plus, există o diferență semnificativă pentru indexul funcțional în cazul pacienților care au fost tratați cu remisive sintetice convenționale față de cei tratați cu remisive sintetice țintite sau agenți biologici.

Discuții: Unele din observațiile de mai sus sunt contrare așteptărilor noastre inițiale și invită la analiză suplimentară a cauzelor ce generează aceste rezultate.

Concluzii: Analizând datele privind evoluția nivelului de activitate a bolii, surprins în mai multe etape (până la 6 ani) și comparând aceste date cu indexul final de incapacitate de muncă secundar bolii, se constată o corelație directă între cele două variabile analizate.

Bibliografie : A multicenter cross-sectional study on the health related quality of life of patients with rheumatoid arthritis using a revised Japanese version of the arthritis impact measurement scales version 2 (AIMS 2), focusing on the medical care costs and their associative factors – Akira Hashimoto 2002

Measurement of global functional performance in patients with rheumatoid arthritis using rheumatology function tests Agustín Escalante, Roy W Haas and Inmaculada del Rincón 2019 American College of Rheumatology Recommended Patient-Reported Functional Status Assessment Measures in Rheumatoid Arthritis Claire E. H. Barber

P31: EVOLUȚIA PE TERMEN LUNG A COPIILOR NĂSCUȚI DIN MAME CU POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ

*A. Florescu, N. Călin, F. Bobircă, I. Ancuța, M. Bojincă, A. Bobircă
Spitalul Clinic Dr. I. Cantacuzino, București, România*

Obiective: evaluarea pe termen lung a copiilor născuți din mame cu poliartrită reumatoidă(PR).

Material și metodă: Studiul retrospectiv, descriptiv include 53 de copii născuți din mame diagnosticate cu PR înainte de istoricul obstetrical. Majoritatea mamelor se aflau în evidența Clinicii de Reumatologie a Spitalului Clinic Dr. I. Cantacuzino. Datele au fost obținute prin completarea unor chestionare, ce au inclus întrebări despre starea de sănătate a copiilor, alăptare, complicații la naștere, dezvoltare motorie și intelectuală și au fost analizate cu ajutorul Microsoft Excel și SPSS. $p < 0.05$ a fost considerat semnificativ statistic.

Rezultate: 43 de mame cu PR, dintre care 15 cu debut juvenil, au dat naștere la 53 de copii. Vârsta medie a copiilor analizați a fost de 7.6 ± 5.5 ani, cu limite între 0.9 și 33 ani. 95.3% dintre nașteri au fost la termen. 11.6% dintre nou-născuți au avut greutate mică la naștere și 4.65% restricție de creștere intrauterină, complicații mai frecvente la pacientele cu debut juvenil ($p=0.009$). Greutatea medie la naștere a fost mai mare la pacientele cu PR ($p=0.00829$). Dezvoltarea motorie și intelectuală a fost în limite normale, cu excepția întârzierii vorbirii în 12% din cazuri. Cele mai frecvente infecții identificate au fost la nivelul tractului respirator superior și urechii. 39.5% au fost diagnosticați cu dermatita atopică. Un caz de colită ulcerativă și unul de AIJ au fost identificate. Copii nealăptați au avut spitalizări mai frecvente ($p=0.03$).

Concluzii: Nu s-au identificat efecte negative majore ale PR asupra copiilor. Studii ulterioare, pe loturi mai mari de pacienți sunt necesare.

P32: FERTIZAREA *IN VITRO* ÎN SPONDILITA ANCHILOZANT CAZUL UNEI PACIENTE CU O BOALĂ ÎNALT ACTIVĂ-POSTER

Autori: Damiana Costin¹, Ioana Brătoiu^{1,2}, Elena Rezuș^{1,2}

¹ Spitalul Clinic de Recuperare Iași

² Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" Iași

Obiective: Spondilita anchilozantă este o boală sistemică cronică inflamatorie, ce afectează predominant coloana vertebrală, dar și articulațiile periferice, caracteristica majoră a bolii fiind afectarea precoce a articulațiilor sacroiliace.

Material și Metodă: Prezentăm cazul unei paciente de 36 de ani, diagnosticată în 2018 cu Spondilită Anchilozantă cu sacroiliită dreaptă, stadiul III, HLA B27 pozitiv, în tratament cu Sulfasalazină 500mg 1x 4cp/zi până în noiembrie 2020, când din motive personale reduce doza la 2 cp/zi. Pacienta se internează pentru o reevaluare, acuzând simptomatologie algică inflamatorie, cu o activitate înaltă a bolii (Scor BASDAI 6,1 și sindrom inflamator prezent), menționând, totodată, dorința de a rămâne însărcinată, fără a obține o sarcină după multiple încercări.

Discuții și rezultate: Deși pacienta, prezenta o boală înalt activă, reușește să obțină cu succes o sarcină

prin fertilizare *in vitro*, actualmente fiind însărcinată în 27 de săptămâni. Menționăm că pe parcursul sarcinii, fără tratament patogenetic, boala s-a menținut cu activitate joasă (Scor BASDAI 2,6). Literatura de specialitate recomandă ca înainte de concepție, boala să fie în remisiune sau cu activitate scăzută (2), deoarece bolile autoimune inflamatorii active scad fertilitatea și cresc riscul de avort spontan sau de naștere prematură.

Concluzii: Datele existente în literatură nu demonstrează o relație cauzală între spondilită anchilozantă și infertilitate (1,2), însă este important ca activitatea bolii să fie scăzută atât în perioada de preconcepție, cât și în timpul sarcinii, pentru a evita eventualele complicații (2).

Bibliografie:

1. Ciurea P. L., Bărbulescu A. L., et al, Reumatologie vol. II, Editura medicală București, 2021, 63:69
2. Juan Antonio Martínez López, M. Luz García Vivar et al., Recommendations for the Evaluation and Management of Patients With Rheumatic Autoimmune and Inflammatory Diseases During the Reproductive Age, Pregnancy, Postpartum and Breastfeeding, Reumatol Clinica, 2017;13(5):264-281.

P33: NEUROPATIE PERIFERICĂ REVELATOARE DE GRANULOMATOZĂ EOZINOFILICĂ CU POLIANGIITĂ

Mirela-Elena MIHALACHE, Sabria DJENNANE, Carole ROSENBERG, Maria CIOBANU
Centrul spitalicesc "Victor Dupouy", Clinica de Reumatologie, Argenteuil, Franța

Obiective

Diagnosticarea precoce a unei granulomatoze eozinofilice cu poliangiită și managementul acesteia.

Materiale și metode

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 40 de ani, cunoscut cu polipoză nazală, astm și sinuzite recurente, internat pentru febră, poliartralgie și parestezii la nivelul membrelor superioare și inferioare, de aproximativ o lună.

La examenul clinic se constată: poliartralgie, deficit motor la nivelul mușchilor interosoși, hipoestezie în teritoriul SPE și plantar, plăci eritematoase și veziculare la nivelul membrelor inferioare.

Investigațiile paraclinice au evidențiat: hipereozinofilie, sindrom inflamator și anticorpi anti MPO pozitivi. S-a practicat puncție lombară care a permis detectarea unui infiltrat limfo-eozinofilic, iar biopsia unui polip nazal a certificat componenta alergică. Electromiografia decelează polineuropatie cu afectare senzitivo-motorie în teritoriile afectate.

Astfel, s-a reținut diagnosticul de granulomatoză eozinofilică cu poliangiită cu manifestări sistemice.

Rezultate

Am inițiat tratamentul cu Solumedrol în bolus, urmat de corticoterapie per os și Rituximab, cu evoluție clinică favorabilă.

Discuții

Granulomatoza eozinofilică cu poliangiită poate asocia o neuropatie periferică în 50-75% din cazuri manifestându-se printr-o triadă fiziopatologică: vasculită necrozantă, infiltrație eozinofilică și granuloame extravasculare. În cazurile cu Ac anti MPO pozitivi, afectarea neurologică este caracterizată prin ischemie și inflamație, contrar celor MPO negativi rezultați în urma ocluziei eozinofilice a vaselor perineurale. Contrar datelor din literatură unde regăsim o predominanță a afectării membrului superior la pacienții MPO pozitivi, pacientul nostru prezintă o neuropatie mai importantă la nivelul membrului inferior.

Concluzie

Granulomatoza eozinofilică cu poliangiită este o boală autoimună, rară, multisistemică. Rapiditatea intervenției terapeutice este fundamentală deoarece fără tratament, evoluția bolii este fatală.

Bibliografie

- Churg J, Strauss L (March–April 1951). "Allergic granulomatosis, allergic angiitis and periarteritis nodosa." *The American Journal of Pathology*.
- Rich RR, Fleisher, Thomas A., Shearer, William T., Schroeder, Harry, Frew, Anthony J., Weyand, Cornelia M. (2012). *Clinical Immunology: Principles and Practice*. Elsevier Health Sciences. p.701.

P34: NOI METODE DE EVALUARE A STATUSULUI FUNCȚIONAL ȘI A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA PACIENȚII CU POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ

Mihai Abobului^{1,2}, Claudiu Merisanu², Raluca Golea², Lucia Maftei¹, Florian Berghea^{1,2}, Andra Bălănescu^{1,2}

Spitalul Clinic Sfânta Maria, București, România

Universitatea de Medicină și Farmacie, București, România

Obiective: Poliartrita reumatoidă (PR) este o boală inflamatorie cronică asociată cu un grad important de suferință, dizabilitate și limitare funcțională. Metodele de evaluare obiectivă a bolii și de răspuns la diversele tipuri de terapie au evoluat semnificativ în ultimii ani. Totuși, este necesară o revizuire a metodelor de evaluare obiectivă a nivelului de dizabilitate și a aprecierii incapacității funcționale legate de boală.

Material și metodă: Studiul retrospectiv desfășurat pe o perioadă de 12 luni a inclus 96 de pacienți cu PR. Date demografice, clinice și de laborator precum și scorurile de activitate au fost colectate din fișele medicale ale pacienților cât și pe baza interviului, cu acord prealabil.

Rezultate: Scorul este format din 20 de întrebări, astfel: 6 întrebări analizează limitări severe, 6 limitări funcționale ușoare și 8 limitări funcționale moderate. Scorul nou creat poate fi folosit cu ușurință în practică zilnică pentru cuantificarea directă a gradului de dizabilitate.

Discuții: Studiul actual reprezintă încercarea de a surprinde cu ajutorul acestui scor existența unei diferențe de prognostic din punct de vedere al statusului funcțional între pacienții care au primit tratament cu remisive sintetice convenționale comparativ cu cei care au primit remisive sintetice țintite sau terapii biologice precum și propunerea de analiză a unui scor simplu și ușor de utilizat pentru evaluarea statusului funcțional.

Concluzii: Considerăm că scorul nou creat, poate reprezenta o metodă complementară ușor de folosit, pentru cuantificare gradului de dizabilitate indus de boală.

Bibliografie: Roy W Haas, Measurement of global functional performance in patients with rheumatoid arthritis using rheumatology function tests Agustín Escalante.2017
2019 American College of Rheumatology Recommended Patient-Reported Functional Status Assessment Measures in Rheumatoid Arthritis Claire E. H. Barber

P35: BOLILE CARDIACE - INAMIC ASCUNS, DAR MORTAL ÎN SCLERODERMIA SISTEMICĂ

Odoabașu A.^{1,2}, Teslariu A.^{1,2}, Buragă B.^{1,2}, Ancuța C.^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", Iași, România

²Clinica Reumatologie 2, Spitalul Clinic de Recuperare, Iași, România

OBIECTIVE: Având în vedere disponibilitatea tehnicilor de diagnostic ce au condus la conștientizarea crescută a implicării cardiace la pacienții cu SSc, ne-am propus să investigăm prevalența manifestărilor cardiace la acești pacienți.

MATERIAL ȘI METODĂ: Au fost incluși în studiu un număr de 26 pacienți cu SSc, 69% femei și 31% bărbați, cu o vârstă medie de 56 ani. Am identificat implicarea cardiacă pe baza simptomatologiei și investigațiilor imagistice (ECG, ecocardiografie, Holter-ECG), urmărind disfuncția diastolică și sistolică ventriculară, afectarea pericardică, HVS, aritmiile și tulburările de conducere, prezența HTP.

REZULTATE: Au fost identificați 4 pacienți fără afectare cardiacă și 22 cu afectare cardiacă, dintre care 16 asimptomatici și 6 simptomatici. Dintre aceștia, 7 au SSc cutanat difuză, 14 cutanat limitată și unul sine scleroderma.

ECG, 6 pacienți au prezentat tulburări de ritm, 5 tulburări de conducere, unul HVS și unul bradicardie sinusala. Ecocardiografic, 9% dintre pacienți au disfuncție sistolică (FE medie 63,27%), 91% disfuncție

diastolică, 23% revărsat pericardic, 36% HVS, 27% HTP (PAPs medie 25,27 mmHg) și 6% ICC. Holter ECG s-a efectuat la 7 pacienți.

CONCLUZII: Afectarea cardiacă este destul de frecvent diagnosticată la pacienții cu SSc, cu manifestări variabile, disfuncția distolică fiind cea mai predominantă. Deși implicarea cardiacă primară este cea mai frecventă, cea secundară HTP este de asemenea într-un procent destul de important. Diagnosticarea precoce poate conduce la o gestionare mai eficientă a pacienților cu SSc.

BIBLIOGRAFIE

1. Parks J. et al, Systemic sclerosis and the heart, Rheum Dis Clin North Am. 2014 Feb.; 40(1): 87-102;
2. Preethi Mani, Gonzalez D, Cardiovascular Complication of Systemic Sclerosis: what to look for, Cleveland Clinic Journal of Medicine, 2019; 86 (10): 685-695.

P36: SPONDILITA ANCHILOZANTA ȘI DERMATOMIOZITA-O ASOCIERE RARA.

Corina Oprea, Rezuș Elena

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T Popa”, Iași, România, Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica I Reumatologie, Iași, România

Obiective: Vom prezenta cazul unei rare asocieri a Spondilitei Anchilozante cu Dermatomiozita.

Material și metodă: Pacient în vârstă de 53 ani, diagnosticat la vârsta de 22 ani cu Spondilita Anchilozanta, pentru care a urmat tratament cu AINS și Sulfasalazina. La vârsta de 52 ani s-a asociat Dermatomiozita, prezentând manifestări cutanate (eritem facial, rash heliotrop, semnul „V”, teleangiectazii ale pliului unghial), precum și manifestări musculare (durere și slăbiciune la nivelul centurilor, paraclinic cu valori mari ale enzimelor musculare și sindrom inflamator. În evoluție pacientul a dezvoltat afectare pulmonară, cu insuficiență respiratorie și necesitatea internării în Clinica de Terapie Intensivă, precum și manifestări gastro-intestinale (difuție), motiv pentru care pacientul s-a alimentat cu gastro-stoma timp de 11 luni. În dinamica evoluție favorabilă cu ameliorarea manifestărilor cutanate, musculare, pulmonare și digestive, fără sindrom de citoliza musculară.

Rezultate: În dinamica, evoluția sub tratament a fost favorabilă, cu ameliorarea manifestărilor cutanate, musculare, pulmonare și digestive, și absența sindromului de citoliza musculară.

Discuții: Particularitatea cazului o prezintă asociera rară a două boli imuno-inflamatorii: Spondilita Anchilozanta și Dermatomiozita, cu etiopatogenie și manifestări clinice diferite.

Concluzii: Asociera Spondilitei Anchilozante și Dermatomiozitei este rară, și poate avea o evoluție severă, însă posibil de controlat medicamentos.

P37: PARVOVIRUS B19 - ARTRITĂ VIRALĂ SUBACUTĂ SAU DEMASCARE A UNUI LUPUS PREEXISTENT?

Autori: Dănuț Ruxandra, Grădinaru Elena, Tănase Iulia, Mirea-Popescu Mihaela, Ionescu Ruxandra Spitalul Clinic “Sfânta Maria”, București, România

Obiective: Infecția cu Parvovirus B19 poate mima tabloul clinic-biologic al lupusului eritematos sistemic, existând totodată dovezi referitoare la implicarea sa în declanșarea unui lupus sau a unor exacerbări ale acestuia. Diferențierea acestor entități în practica curentă reprezintă o reală provocare.

Material și metodă: Prezentare de caz clinic.

Rezultate: Pacientă în vârstă de 61 de ani, diagnosticată cu artropatie psoriazică din 2019, în tratament cu Metotrexat și Prednison, se internează pentru artrite generalizate, asimetrice, migratorii, febră și astenie, instalate de 2 săptămâni. Ne atrag atenția antecedentele de pleurezie și pericardită nepuncționabile, de etiologie neobiectivată, alopecie și psoriazis inactiv de 5 ani. La internare prezintă sindrom inflamator moderat, leucopenie cu limfopenie, hipocomplementemie. Imagistica articulară decelează sinovite și tenosinovite, fără modificări structurale cronice. Pe parcursul internării dezvoltă brusc vertij, nistagmus orizontal, foto- și fonofobie, simptomatologie încadrată ca fiind nevrită

vestibulară. Paraclinic asociază ANA, Ac anti-ADNdc intens pozitivi. Screeningul infecțios este negativ, cu excepția anticorpilor anti-Parvovirus B19 IgM și IgG în titru crescut.

Discuții: Manifestările lupus-like (articulare, neurologice(1), citopenia, hipocomplementemia(2) și anticorpii anti-ADNdc) pot fi puse pe seama parvovirozei B19, însă coroborate cu titrul mare de anticorpi înalt specifici, artritele nonerozive, nondeformante, istoricul de alopecie și de serozite orientează diagnosticul mai degrabă către un flare de LES declanșat de infecția virală, punând sub semnul întrebării diagnosticul inițial de artropatie psoriazică. Vârsta pacientei constituie o particularitate.

Concluzii: Proba timpului ar putea elucida diagnosticul, dezordinea imunologică produsă de parvoviroză fiind tranzitorie.

Bibliografie:

1. Nara, Masayuki, et al. "Adult human parvovirus-B19 infection presenting with hearing difficulty and dizziness." *The Tohoku journal of experimental medicine* 224.1 (2011): 57-59.
2. Hashizume, Hideo, and Reiko Kageyama. "Hypocomplementemia is a diagnostic clue for parvovirus B19 infection in adults." *The Journal of dermatology* 44.3 (2017): e27-e27.

P38: ESTE TOTUL CEEA CE PARE A FI ?

Emilia-Daniela Păsăran, Denise-Ani Mardale, Violeta Claudia Bojinca, Ruxandra Ionescu, Andra-Rodica Bălănescu

Spitalul clinic Sfânta Maria, clinica de medicină internă și reumatologie, București, România

Introducere: Artropatia psoriazică este o afecțiune inflamatorie cronică ce presupune atât afectare articulară cât și afectare cutanată. De menționat faptul că în 8 până la 40% din cazurile de psoriazis cutanat vor dezvolta afectare articulară după o perioadă de aproximativ 10 ani. Din punct de vedere clinic, este o afecțiune distructivă articulară cu perioade de remisiune și exacerbare, ce poate intersecta alte patologii punând astfel probleme diagnostice și terapeutice.

Scopul lucrării: Scopul acestei prezentări de caz este de a evidenția particularitățile evolutive ale bolii, dar mai ales complexitatea diagnosticului diferențial.

Materiale și metode: Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 69 ani, diagnosticată cu Psoriazis vulgar în urmă cu aproximativ 20 ani cu leziuni predominante la nivelul scalpului și Artropatie psoriazică în urmă cu 2 ani, ce s-a prezentat la camera de gardă pentru dactilite și artrite la nivelul mainilor și picioarelor dar și artralgiile la nivelul coloanei cervico-dorso-lombare. Deși tabloul clinic ne orientează către o presupusă direcție, surpriza a fost însă non-responsivitatea la tratament și evoluția pe parcursul internării cu adăugarea artritelor la nivelul membrelor inferioare ceea ce a pus problema diagnosticului diferențial (puseu de boală? atac acut de gută? artrită septică?) necesitând colaborare interdisciplinară (cardiologică și boli infecțioase).

Rezultate: Având în vedere un diagnostic în antecedente de Psoriazis vulgar și Artropatie psoriazică pentru care s-a încercat un tratament imunosupresor, un tablou clinic sugestiv și un sindrom inflamator important la momentul prezentării la camera de gardă, diagnosticul a înclinat astfel către o boală inflamatorie. Însă, evoluția clinică ulterioară a presupus investigații suplimentare care au ridicat suspiciunea unui alt diagnostic precum și necesitatea tratamentului în urma căruia, ulterior, s-a obținut o evoluție clinică favorabilă.

Concluzii: Făcând parte din clasa spondilartritelor, artropatia psoriazică se deosebește prin agresivitatea și evoluția distructivă articulară ce afectează, în timp, calitatea vieții pacientului. Uneori evoluția poate fi rapid-progresivă, iar interferența cu patologii din sfere diferite poate genera provocări clinicianului atât din punct de vedere diagnostic cât și terapeutic.

P39: PROVOCAREA DIAGNOSTICĂ A SINDROMULUI SJOGREN

Nicola Carmen-Marilena¹, Ciurea Paulina Lucia², Mușetescu Anca Emanuela², Gofiță Cristina-Elena², Florescu Alesandra², Nicolae Bianca-Mădălina¹, Criveanu Cristina²

1 Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, Clinica Reumatologie, 2 UMF Craiova

Istoric: Prezentăm cazul unei paciente de 23ani, cunoscută cu parotidită endemică în antecedente, cu debutul simptomatologiei în anul 2017 prin numeroase episoade de faringo-amigdalită acută, febră, frison și erupție eritematoasă la nivelul coapselor, toracelui anterior survenită după duș cald; consecutiv apar artralgiile inflamatorii la nivelul coatelor, genunchilor, gleznelor și pumnului, rash malar fotosensibil și fenomen Raynaud.

Paraclinic: sindrom biologic inflamator, seropozitivitate înaltă pentru FR, absența Ac anti-CCP la două determinări repetate, anemie ușoară normocromă, normocitară, sideremie scăzută, feritina în limite normale, cu diagnostic consecutiv într-un alt serviciu medical de AR și inițierea de Leflunomidă 20mg/zi, cu sistare ulterioară consecutiv leucopeniei.

Prezentare actuală: În anul 2021, pacienta se prezintă în Clinica de Reumatologie a SCJU Craiova, cu artrită la nivelul pumnului stâng, acnee facială, limfadenopatie latero-cervical stânga, rash la nivelul toaracelui și coapselor după duș cald. Biologic: anemie ușoară normocromă, normocitară, leucocitoză cu neutrofilie, sindrom biologic inflamator, FR pozitiv, Ac anti-CCP pozitivi la a treia determinare, ANA 1/5120 aspect granular, Ac anti-Ro pozitivi. Ecografia MUS mâini a evidențiat proliferare sinovială grad 2 RCC, IC dreapta PD grad 2, grad 3 RCC, IC stânga PD grad 2, efuziune lichidiană moderată IFP II bilateral. S-au efectuat testul Schirmer (OS=5mm/5min, OD=4mm/5min) și ecografie de glande salivare ce a evidențiat sialadenită gradul 3, iar biopsia de glande salivare mici a tranșat diagnosticul.

Concluzii: Particularitatea cazului este debutul pleomorf al sindromului Sjogren, cu manifestări clinice atât pentru AR, LES, Boala Still a adultului, simptomatologia sicca fiind absentă la debut ceea ce a întârziat diagnosticul.

P40: RISCUL CARDIO-VASCULAR ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ: STUDIU PRELIMINAR

Ana-Maria Doca², Cristina Pomîrleanu^{1,2}, Codrina Ancuța^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa", Iași, România

²Clinica Reumatologie 2, Spitalul Clinic de Recuperare Iași, România

Introducere. Artrita psoriazică (APs) este o afecțiune imuno-inflamatorie cronică complexă asociată cu un risc cardiovascular (CV) crescut, comparabil sau superior riscului CV aferent artritei reumatoide sau psoriazisului.

Obiective. Studiul de față își propune să cuantifice ponderea factorilor de risc CV tradiționali și să estimeze riscul CV pe termen lung prin scorul *Global Cardiovascular Risk* (GCVR) la pacienții cu APs.

Material și metodă. Studiul descriptiv transversal cu o durată de 12 luni a inclus 45 de pacienți cu APs (conform criteriilor CASPAR 2016) aflați sub terapie remisivă, la care s-au evaluat o serie de parametri demografici, legați de boală și cardio-metabolici, iar ulterior s-a calculat scorul GCVR.

Rezultate. Populația studiată era predominant de sex feminin (57,8%), avea o vârstă medie de 52.1±6.8DS ani și o durată medie a bolii de 6.4± 2.1DS ani. Forma poliarticulară a fost prezentă în majoritatea cazurilor (53,3%), urmată de forma spondilitică (28,8%) și forma cu interesare a articulațiilor interfalangiene distale (11,2%). HTA a fost factorul de risc CV majoritar (46,6%), urmată de fumatul activ (20%), dislipidemie (20%), diabetul zaharat (13,3%) și obezitate (6,6%).

Stratificarea riscului CV pe termen lung conform GCVR a concluzionat prezența unui risc înalt la 46,6%, intermediar la 37,7% și scăzut la 15,5% dintre pacienți.

Concluzii. Factorii de risc CV tradiționali au fost identificați la un procent semnificativ de pacienți cu

APs și peste jumătate din populația studiată a fost stratificată ca având un risc cardiovascular înalt sau intermediar în ciuda tratamentului remisiv.

Cuvinte cheie: artrita psoriazică, risc cardiovascular, boală cardiovasculară.

Bibliografie:

1. Polachek A, Touma Z, Anderson M et al. Risk of cardiovascular morbidity in patients with psoriatic arthritis: a metaanalysis of observational studies. *Arthritis Care Res* 2017; 69:67-74.

P41: GUTA CRONICĂ TOFACEE – O PREZENTARE ATIPICĂ

Băietu Lorena-Dana, Rezuș Elena

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T Popa”, Iași, România, Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica I Reumatologie, Iași, România

Obiective: Vom prezenta cazul unei forme rare de gută cronică tofacee neglijată terapeutic.

Material și metodă: Pacient în vârstă de 56 ani, obez, consumator cronic de etanol, diagnosticat la 30 ani cu Gută, pentru care a urmat tratament cu Colchicină în puseu, aflat de 3 luni sub tratament cu Metilprednisolon 16mg/zi, se adresează acuzând durere la nivelul șoldurilor bilateral, durere și tumefacții semnificative la nivelul mâinilor, coatelor și genunchilor, cu numeroase zone de exteriorizare a unui material alb, cretos. Paraclinic, se decelează absența sindromului inflamator, funcție renală normală, hiperuricemie (=8,5mg/dl), un sindrom dislipidemic, culturi din plagă pozitive pentru *S. aureus*. Radiografic se evidențiază modificări severe, distructive de artrită gutoasă, cu îngustări importante ale spațiilor articulare, geode și tofi gutoși. Radiografia de bazin obiectivează necroza aseptică de cap femural bilaterală stadiul III-IV.

Rezultate: Evoluția pacientului a fost favorabilă sub tratament cu Colchicină, antiinflamator nonsteroidian, hipouricemiant-Febuxostat și antibioterapie administrată topic.

Discuții: Particularitatea cazului o reprezintă evoluția severă, distructivă a unei gute neglijate terapeutic și dezvoltarea necrozei aseptice bilaterale de cap femural secundare hiperuricemiei și tratamentului cortizonic.

Concluzii: Tratamentul trebuie inițiat precoce cu scopul de a preveni evoluția bolii spre gută cronică tofacee responsabilă de deformități osoase și impotență funcțională.

Bibliografie:

1. Ragab G., Elshahaly M., Bardin T., Gout: An old disease in new perspective – A review, *J Adv Res*. 2017 Sep; 8(5):495-511.

P42: BOALA COVID-19 LA PACIENȚII CU ARTRITĂ REUMATOIDĂ: IMPACTUL DROGURILOR MODIFICATOARE DE BOALĂ ȘI A COMORBIDITĂȚILOR

Claudia Dragomir¹, Luana Andreea Macovei^{1,2}, Elena Rezuș^{1,2}

¹Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica I Reumatologie, Iași, România

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași, Facultatea de Medicină,

Obiective: Prezenta lucrare își propune să analizeze evoluția bolii COVID-19 la pacienții cunoscuți cu Artrită Reumatoidă(AR), evidențiind efectul Drogurilor Modificatoare de Boală (DMARDs) asupra progresiei infecției cu SARS-CoV2. Totodată, a fost evaluată și corelația dintre comorbiditățile pacienților cu AR și forma de boală COVID-19 dezvoltată de aceștia.

Material și metodă: În perioada Februarie – Iulie 2021 a fost efectuat un studiu de cohortă retrospectiv în cadrul Clinicii Reumatologie I, din Spitalul de Recuperare, Iași.

Rezultate: În lotul de studiu au fost incluși 28 de pacienți. Dintre aceștia majoritatea a fost de gen feminin, cu o medie de vârstă de 58±11,98 ani.

Discuții: Mai mult de jumătate din pacienți au avut nevoie de spitalizare. Afecțiunile pulmonare, hipertensiunea și obezitatea au fost cele mai frecvente comorbidități în grupul de studiu. Leflunomidul și Metotrexatul au fost cele mai utilizate DMARDs-uri sintetice, iar dintre biologice Etanerceptul a fost

cel mai folosit. Pacienții care erau în tratament cu Hidroxiclorochină au avut un risc de 1,85 ori mai mare de a dezvolta o formă medie de Covid-19, iar cei Rituximab au avut un risc de 1,30 ori mai mare de spitalizare.

Concluzii: Studiul subliniază efectul cumulativ al medicației de fond și comorbidităților asociate asupra evoluției bolii COVID-19.

P43: DERMATOMIOZITĂ ACUTĂ – DIFICULTĂȚI TERAPEUTICE ÎN CONTEXT PARANEOPLAZIC

Ghiță Doina Roxana, Ene Cristina Gabriela, Manafu Andreea Cristina, Gofiță Cristina Elena, Ciurea Paulina Lucia, Vreju Ananu Florentin, Dinescu Ștefan Cristian

Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, România

Obiective

Prezentarea unei forme acute de dermatomiozită în cazul unei paciente cu evoluție progresivă de neoplasm ovarian.

Prezentare de caz

Aducem în discuție cazul unei paciente în vârstă de 74 ani, preluată din serviciul de Chirurgie Generală, unde s-a prezentat tardiv pentru dureri abdomino-pelvine, însoțite de mărirea de volum a abdomenului, slăbiciune musculară marcată, edem palpebral marcat și rash eritematos la nivelul toracelui anterior și posterior, simptomatologie accentuată progresiv.

Rezultate

Explorările de laborator au evidențiat un CPK = 4172 U/L, LDH 686 U/L, CA 125 = 1195 U/ml și un scor ROMA 98,1% iar tomografia computerizată de abdomen și pelvis a obiectivat formațiunea tumorală voluminoasă cu componentă mixtă de aproximativ 168/77 mm, tangentă la ambele ovare.

Discuții

Deși pacienta prezenta indicație chirurgicală, starea generală influențată a acesteia, cât și investigațiile de laborator modificate sugerau un episod acut de dermatomiozită, impunând temporizarea intervenției până la remiterea puseului inflamator actual. Astfel, este inițiată corticoterapia în doză mare în Clinica de Reumatologie, cu reducere progresivă și reevaluare chirurgicală ulterioară.

Concluzii

Particularitatea acestui caz constă într-un cumul de factori de prognostic negativ, respectiv prezentarea tardivă, temporizarea intervenției chirurgicale și eficiența terapeutică limitată a corticoterapiei în lipsa curei chirurgicale.

Bibliografie

1. Wenekers MM, Appelman M, van der Weele WF. [Dermatomyositis as a paraneoplastic syndrome]. Ned Tijdschr Geneesk 2018.

P44: LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC-AFECTARE MULTIORGANICĂ ȘI PROVOCĂRI TERAPEUTICE LA O PACIENTĂ NULIPARĂ

Nicolae Bianca-Mădălina, Ciurea Paulina Lucia, Criveanu Cristina, Florescu Alesandra, Nicola Carmen, Mușetescu Anca Emanuela

Spitalul Clinic Județean de Urgență, Clinica Reumatologie, Craiova, România

Istoric: Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 27 ani, cu simptomatologie debutată în septembrie 2015 prin leziuni eritemato-papuloase la nivelul mâinilor, fotosensibile, artralgi și febră. Pozitivarea ac anti-ADNdc, anti-nucleozomi, anti-proteină P ribozomală confirmă diagnosticul de lupus eritematos sistemic cu afectare cutanată, articulară, hematologică, renală și hepatică. Se inițiază puls-terapie

urmată de corticoterapie orală, hidroxiclorochină 200mg/zi, azatioprină 100mg/zi cu evoluție favorabilă. La 6 luni de tratament pacienta sistează terapia cu azatioprină și glucocorticoizi și menține intermitent hidroxiclorochina 200 mg/zi până în toamna 2019.

Prezentare actuală: În iulie 2021, pacienta se prezintă acuzând astenie fizică marcată, poliartralгии, alopecie difuză severă, fotosensibilitate, leziuni eritematoase maculo-papulare localizate la nivelul toracelui și membrelor, tulburări de colorație de tip vasospastic digital precum și manifestări neuropsihiatrice dominante: deficit cognitiv, tulburări de memorie, concentrare deficitară, activitate psihomotorie amplificată, halucinații, gândire ilogică și lipsită de consistență, comportament bizar, dezorganizat, fiind astfel stabilit diagnosticul de lupus cu afectare neuropsihiatrică. Pe parcursul internării s-a administrat puls-terapie cu metilprednisolon 2g cu evoluția favorabilă a simptomatologiei, consolidată apoi cu terapie per os cu glucocorticoizi. Se decide reinițierea tratamentului cu azatioprină 100 mg/zi, hidroxiclorochină 400 mg/zi și corticoterapie în doze descrescânde până la următoarea reevaluare precum și terapie antiproteinurică cu IECA și suplimentare cu calciu și vitamina D.

Concluzii: Activitatea de boală și aditia manifestărilor neuropsihiatrice recomandă administrarea de ciclofosamidă însă aderența limitată la tratament, lipsa de conștientizare a severității bolii, nuliparitatea, imposibilitatea comunicării cu pacienta, precum și statusul familial și social precar limitează această opțiune terapeutică.

P45: MANIFESTĂRILE NEUROLOGICE ÎN SINDROMUL SJOGREN PRIMITIV: O PROVOCARE DIAGNOSTICĂ

Ana-Maria Doca², Cristina Pomîrleanu^{1,2}, Ștefan Antighin², Codrina Ancuța^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr. T. Popa”, Iași, România

²Clinica Reumatologie 2, Spitalul Clinic de Recuperare Iași, România

Introducere. Sindromul Sjogren (SS) este o afecțiune autoimună cronică dominată de disfuncția și distrucția glandelor exocrine. Manifestările extraglandulare complică adesea tabloul clinic, componenta neurologică descrisă cu o prevalență de până la 20% constituind o adevărată provocare dat fiind heterogenitatea clinică.

Pacienți și metodă. Raportăm 3 cazuri de SS primitiv (criterii de clasificare ACR/EULAR 2016 îndeplinite) cu manifestări neurologice decelate ca simptomatologie inaugurală sau în evoluție la pacienți de sex feminin cu vârsta de 74, 46, respectiv 59 de ani.

Rezultate. Dacă primele două cazuri prezintă afectare neurologică periferică (polineuropatie senzitivă axonală) și centrală (manifestări scleroză multiplă-like) ce a precedat cu 11, respectiv 3 luni diagnosticarea afecțiunii, pentru cel de-al treilea caz manifestarea neurologică de tip polineuropatie senzitivă a debutat la 5 ani de la stabilirea diagnosticului. Reținem ca particularitate prezența unui titru înalt (peste 8 ori valoarea normală) a anticorpilor anti-Ro (SS-A).

Cele trei cazuri ilustrate susțin datele din literatură. Interesarea sistemului nervos periferic și central în SS este polimorfă și se poate dezvolta în cursul bolii sau să precedă cu ani diagnosticul de SS.

Concluzii. Implicarea neurologică în SS primitiv este frecventă și necesită evaluare complexă. Pacienții cu SS primitiv și titrul înalt al anticorpilor antiSS-A pot avea un risc crescut de a dezvolta manifestări neurologice. Sunt necesare studii centrate pe identificarea parametrilor clinico-biologici care să permită stabilirea precoce a manifestărilor neurologice asociate SS primitiv.

Cuvinte cheie: Sindrom Sjogren, manifestări neurologice, anticorpi antiSS-A.

Bibliografie

- 1.Perzyńska-Mazan J, Maślińska M, Gasik R. Neurological manifestations of primary Sjögren's syndrome. *Reumatologia* 2018; 56(2): 99–105.
- 2.McCoy S. A, Baer N. A. Neurological complications of Sjögren's syndrome: Diagnosis and Management. *Curr Treatm Opt Rheumatol*. 2017; 3(4): 275–288.

Medicamente biosimilare Sandoz

Tehnologie de ultimă generație în asistența imunologică



ERELZI
ETANERCEPT SANDOZ
EGALITY + EQUIRA

Eficacitatea Erelzi® a fost comparabilă cu cea a etanercept de referință pe parcursul a 52 de săptămâni de tratament într-un studiu cu switch-uri multiple (EGALITY)¹, la pacienții cu psoriazis cronic în plăci moderat, până la sever.

EQUIRA a demonstrat eficacitate comparabilă între Erelzi® și etanercept de referință (DAS28-CRP). 9 din 10 pacienți cu poliartrită reumatoidă au obținut un răspuns EULAR moderat sau bun după 12 săptămâni de tratament.²



HYRIMOZ
ADALIMUMAB SANDOZ
ADACCESS + ADMYRA

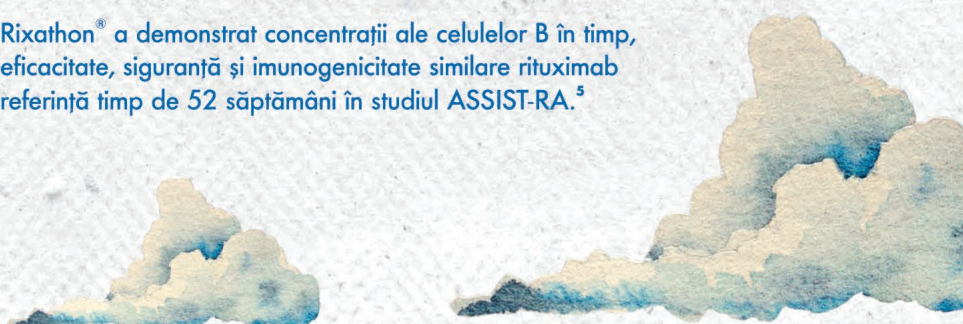
Hyrimoz® este produs utilizând tehnologie de ultimă generație. Sensoready® pen asigură autoadministrare simplificată.

Echivalența în psoriazisul în plăci și artrita reumatoidă a fost demonstrată în studiile de Fază III ADACCESS³ și respectiv, ADMYRA⁴. Studiul ADACCESS (N=465 PACIENȚI CU PSORIAZIS ÎN PLĂCI) Un studiu de Fază III care include switch-ul tratamentului de patru ori între Hyrimoz® și medicamentul de referință.³



RIXATHON
RITUXIMAB SANDOZ
ASSIST-RA

Rixathon® a demonstrat concentrații ale celulelor B în timp, eficacitate, siguranță și imunogenicitate similare rituximab referință timp de 52 săptămâni în studiul ASSIST-RA.⁵



ZESSLY
INFLIXIMAB SANDOZ
REFLECTIONS

Studiul REFLECTIONS: După switch-ul pacienților de la IFX-EU la Zessly® în săptămânile 30 sau 54, rezultatele continuă să confirme până în săptămâna 78, lipsa diferențelor semnificative privind eficacitatea, siguranța și imunogenicitatea în loturile tratate cu Zessly® (fără switch) sau în cele care au schimbat medicația de studiu (loturile cu switch).⁶

Referințe: 1. Griffiths CEM, et al. Br J Dermatol. 2017;176:928-38. 2. Matucci-Cerinic M, et al. Ann Rheum Dis 2018. 3. Blauvelt A, et al. Br J Dermatol 2018. 4. Wiland P, et al. BioDrugs. 2020. 5. Rheumatology 2021;60:256-262. 6. Cohen SB, et al. Arthritis Rheum 2018;70 (suppl 10).

Sandoz S.R.L. - Calea Floreasca nr. 169A, clădirea A, et. 1, sect. 1, București, România
Tel.: +40 21 407 51 60 • Fax: +40 21 407 51 61 • medical.ro@sandoz.com • www.sandoz.ro
Farmacovigilență: drugsafety.romania@novartis.com • Fax: +40 21 310 40 29

SANDOZ A Novartis
Division

ART-VAR-09/21-38

P46: MANIFESTĂRI REUMATISMALE ÎNTR-O BOALĂ METABOLICĂ RARĂ

Patricia Richter^{1,2}, Ruxandra-Elena Nagîț^{1,2}, Elena Rezuș^{1,2}

¹Spitalul Clinic de Recuperare, Iași

²Universitatea de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa, Iași

OBIECTIVE

Alcaptonuria, o afecțiune rară cu o prevalență de 1:1 milion populație din SUA, este datorată deficitului de oxidază a acidului homogentizic. Acidul homogentizic (AHG) se transformă într-un pigment asemănător melaninei care determină alcaptonurie, acumulare în țesutul conjunctiv, articulații, la nivel cardiovascular și genito-urinar. Scopul lucrării este de a prezenta manifestările reumatismale întâlnite la un pacient cu boală metabolică rară.

MATERIAL ȘI METODĂ

Pacientul în vârstă de 58 ani se adresează Clinicii de Reumatologie Iași în mai 2019 pentru dureri mecanice la nivelul genunchilor bilateral și umărului stâng. Este cunoscut clinicii din mai 2008 diagnosticat cu ocronoză forma poliarticulară când s-a făcut diagnostic diferențial cu spondilita anchilozantă și hiperostoza Forestier.

REZULTATE

Pacientul a fost reevaluat complex pentru a putea aprecia severitatea evoluției afecțiunii. S-a evidențiat prezența AHG prin teste calitative și cantitative.

DISCUȚII

Depunerea la nivelul ochilor, urechilor, pielii nu produce suferință bolnavilor, dar depunerea osteoarticulară, cardiovasculară și genitourinară duce la veritabile complicații. Tratamentul antiinflamator și kinetoterapeutic s-a dovedit benefic în limitarea simptomelor, dar nu în stoparea progresiei bolii.

CONCLUZII

Alcaptonuria este o boală rară și invalidantă, prin artrozele dezvoltate pe articulațiile portante. Diagnosticul cert pe baza analizei urinei se face atât calitativ, cât și cantitativ.

BIBLIOGRAFIE

Ionescu R. Esențialul în reumatologie. București: Ed. Medicală Amaltea, 2006:637-638

P47: MISTERUL UNUI MIOPATII

Filipescu Ileana-Cosmina, Németh Emese-Mária, Simona Rednic, Drăghici Nicu
Spitalul Clinic Județean Cluj-Napoca, Clinica de Reumatologie, România

Introducere Miopatiile sunt un grup heterogen de boli, caracterizate prin slăbiciunea musculaturii proximale a centurilor. Etapa cheie în managementul bolii este identificarea mecanismului patogen și diagnosticul diferențial(1). **Obiective** Luând în considerare aceste principii aș dori să vă prezint abordarea cazului unui tânăr de 31 de ani, cu sindrom miopatic. **Discuții** Pacientul diagnosticat în Tg. Mureș cu polimiozită din 2020, simptomatologie debutată de 4 ani, se adresează serviciului nostru pentru completarea investigațiilor, datorită persistenței simptomatologiei, respectiv progresia bolii în ciuda tratamentului imunosupresiv-Imuran 100mg/zi și Medrol 16mg/zi. Diagnosticul a fost confirmat prin tablou clinic sugestiv pentru miozită, biopsie musculară specific pentru miozită, electromiografie-traseu miogen, creșterea enzimelor serice musculare, însă panel miozitic negativ, fără sindrom inflamator. Investigațiile s-au completat cu RMN de coapse, acesta punând în evidență atrofie musculară simetrică de diferite grade, capilaroscopie-câteva capilare tortuoase. S-a exclus etiologia metabolică, infecțioasă, medicamentoasă și toxică. **Rezultat** Pacientul a fost direcționat către testare genetică, unde s-a concluzionat diagnosticul cel mai probabil de distrofie Becker. Problema actuală a rămas stabilirea conduitei terapeutice, cu diagnosticul final se impune oprirea tratamentului imunosupresiv, eventual continuarea corticoterapiei, conform studiilor recente(2). **Concluzii** Mesajul acestui caz ar fi să nu oțimem nici o treaptă a diagnosticului diferențial, pentru a găsi soluția terapeutică adecvată, pe seama acestui caz oprirea agentului imunosupresiv și axarea atenției pe control cardiologic periodic, fizioterapie, suport ortopedic, -dietetic, -mental.

1-Differential diagnosis of idiopathic inflammatory myopathies in adults the first step when approaching a patient with muscle weakness, Piotr Szcześny, corresponding author Katarzyna Świerkocka, and Marzena Olesińska, oct 31 2018 Reumatologia

2-Current and emerging therapies in Becker muscular dystrophy (BMD), Corrado Angelini, Roberta Marozzo, and Valentina Pegoraro, sep 1 2019 Acta Myologica

P48: PSEUDO-ACNEE ȘI SLĂBICIUNE MUSCULARĂ

Cristina-Sorina Stanciu, Luminița Enache, Claudiu Popescu
Centrul Clinic de Boli Reumatismale „dr. Ion Stoia”, București, România

Obiective: Miopatiile inflamatoare idiopatice (MII) reprezintă un grup heterogen de afecțiuni rare incluse în diagnosticul diferențial al slăbiciunii musculare.

Metodă: Pacienta în vârstă de 25 de ani s-a prezentat acuzând, slăbiciune musculară insidioasă a musculaturii proximale a membrelor. Examenul clinic, a obiectivat scăderea forței musculare și a evidențiat leziuni eritematoase la nivelul gâtului și toracelui anterior, interpretate inițial ca acnee. Biologic, prezenta creșteri ale enzimelor musculare, sindrom inflamator important, anticorpi antinucleari și anti-Mi2 pozitivi. Electromiografia a relevat afectare de tip miogenic.

Rezultate: S-a stabilit diagnosticul de dermatomiozită (susținut ulterior și de examenul histopatologic al biopsiei cutanate) și s-a administrat metilprednisolon 250 mg parenteral, ulterior metilprednisolon oral. După prima lună de tratament cu glucocorticoizi s-a constatat evoluție favorabilă a simptomatologiei.

Discuții: La ultima evaluare, pacienta prezenta ameliorare clinică semnificativă. Biologic, s-a observat scăderea semnificativă a sindromului de citoliză musculară și a sindromului inflamator. În acest context, s-a decis păstrarea dozei de glucocorticoid oral până la normalizarea enzimelor musculare și ulterior încă trei luni. În plus, s-a adăugat hidroxiclorochină pentru manifestările cutanate și pentru a facilita ulterior reducerea expunerii la corticoterapie.

Concluzii: Diagnosticul diferențial al leziunilor eritematoase este dificil, dar extrem de important pentru o abordare terapeutică corectă. Particularitatea cazului prezentat constă în dificultatea de a stabili diagnosticul cert fără colaborarea multidisciplinară.

Bibliografie: Sterling G. West, et al., Rheumatology Secrets: Idiopathic Inflammatory Myopathies. 2021; 177-184.

P49: BOALA PULMONARĂ INTERSTIȚIALĂ ÎN ARTRITA REUMATOIDĂ ȘI TRATAMENT BIOLOGIC

Agafiti I.^{1,2}, Ancuța C.^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, România

2. Clinica Reumatologie II, Spitalul Clinic de Recuperare din Iași, România

Introducere

Boala pulmonară interstițială (BPI) este cea mai frecventă manifestare extraarticulară pulmonară a artritei reumatoide (AR) cu impact important asupra prognosticului și reprezintă o adevărată provocare terapeutică, dat fiind toxicitatea pulmonară asociată remisivelor sintetice (csDMARDs) și biologice (bDMARDs), ceea ce limitează opțiunile de management.

Materiale și metodă

Am analizat retrospectiv fișele pacienților cu AR în tratament biologic din evidența clinicii și am selectat cazurile de BPI asociată AR cu explorare complexă (hrCT toracic, spirometrie convențională, DLCO).

Rezultate

Prezentăm o serie de trei cazuri de pacienți diagnosticați cu AR și BPI. Primul caz, BPI pattern *usual interstitial pneumonia* (UIP), în tratament csDMARDs secvențial (metotrexat, leflunomidă) și bDMARDs secvențial - anti-TNF (infliximab) - non-responder secundar, anti-IL-6R în contextul căreia înregistrează progresia BPI, pozitivare Quantiferon-test și evoluție către insuficiență respiratorie cronică, oxigenodependență. Al doilea caz, pacientă cu sindrom overlap (AR, SSc) și BPI pattern UIP, în tratament imunosupresor (ciclosporină – toxicitate renală, metotrexat) și bDMARDs secvențial – anti-TNF (etanercept) - non-responder secundar, rituximab - non-responder secundar, anti-IL-6R, fără progresia BPI. Al treilea caz, BPI de etiologie mixtă (silicotică, reumatoidă, postTB), cu dublă terapie csDMARDs (sulfasalazină, leflunomidă) și bDMARDs secvențial – anti-TNF (etanercept) cu dezvoltarea TB pulmonară activă, rituximab - non-responder secundar, anti-IL-6R - reactivare hepatită virală B, doi noduli pulmonari cu caractere imagistice de malignitate. Cazurile expuse sunt forme AR seropozitive, fără antecedente de tabagism.

Concluzii

Managementul pacientului cu AR complicat cu BPI necesită o explorare exhaustivă și o colaborare multidisciplinară, tratamentul fiind influențat de severitatea afectării pulmonare, pattern-ul BPI, activitatea AR și prezența comorbidităților.

Bibliografie

1. Lorenzo Cavagna, Sara Monti et al. "The Multifaceted Aspects of Interstitial Lung Disease in Rheumatoid Arthritis", BioMed Research International, vol. 2013, Article ID 759760, 13 pages, 2013.

P50: AFECTAREA PULMONARĂ INTERSTIȚIALĂ ÎN SCLERODERMIA SISTEMICĂ: EXPERIENȚA UNUI CENTRU EUSTAR

D. ARTENE^{1,2}, C. ANCUȚA^{1,2}

¹Spitalul Clinic de Recuperare Iași, Romania, ²Universitatea de Medicina si Farmacie "Grigore T. Popa" Iași

Obiective:

Adesea progresivă și cu prognostic negativ, boala pulmonară interstițială (BPI) rămâne o complicație frecventă a sclerodermiei sistemice (SSc). Ne-am propus evaluarea componentei pulmonare, urmărind intervenția factorilor de risc clasici - sexul masculin, afectarea cutanat difuză (dcSSc), pozitivitatea anti-topoizomeraza 1 (ATA) în determinismul BPI și selectarea medicației imunosupresoare pe cohorta analizată.

Material si Metodă:

Studiu retrospectiv observațional incluzând 45 de pacienți diagnosticați cu SSc, luând în atenție date legate de boală (subtip clinic, profil imunologic) și afectarea pulmonară interstițială (raluri "velcro"; spirometrie convențională și capacitatea de difuziune a monoxidului de carbon, DLCO; pattern-ul hrCT). BPI a fost diagnosticată pe baza leziunilor hrCT și încadrată în grade de severitate, iar pentru cazurile neevaluate CT, pe baza fibrozei radiografice și/sau prezența „velcro”.

Rezultate:

Am înrolat preferențial femeii (35/45 SSc), cu vârsta medie de 55,5 de ani. BPI în contextul bolii fiind demonstrată prin, hrCT, 14 cazuri fiind clinic simptomatice, cu o alterare marcată a FVC și DLCO, fenotip progresiv (>10% afectare interstițială). S-au identificat corelații semnificative ($p < 0.05$) între factorii de predicție recunoscuți (sexul masculin, afectarea cutanat difuză – RODNAN, prezența ATA: 6/10 bărbați 18/ 22 pacienți cu SSc cutanat difuză, 16/20 anti-SCL70 pozitivi prezentând modificări fibrotice extensive hrCT (pattern NSIP/UIP)).

Analiza funcțională pulmonară detaliată a decelat scădere importantă a FVC la 7 pacienți, cu impact pe DLCO în 18 cazuri (7 diminuare ușoară, 6 moderată, 5 severă) corelat cu severitatea leziunilor hrCT ($p < 0.05$).

Concluzii: Afectarea pulmonară interstițială pe cohorta studiată se încadrează în datele din literatura de specialitate.

Bibliografie:

1. Ancuta C., Pomirleanu C., Sclerodermia sistemică, in Principii de diagnostic și tratament în reumatologie, Iasi, 2019, ed. "Gr. T. Popa" Iasi
2. Perelas A, Silver RM, Arrossi A et al, Systemic-sclerosis-associated interstitial lung disease, *Lancet Respir Med* 2020, [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30480-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30480-1)

P51: COMPLICAȚII DIZABILITANTE ÎN SCLERODERMIA SISTEMICĂ FORMA CUTANAT DIFUZĂ

Florea Diana², Rezuș Elena^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T. Popa Iași (România)

²Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica I Reumatologie Iași (România)

Obiective: Sclerodermia sistemică (SS) reprezintă o boală de țesut conjunctiv de etiologie necunoscută, fiind caracterizată de anomalii imune și ale microcirculației care se exprimă clinic prin fenomene fibrotice atât la nivelul tegumentului cât și la nivelul organelor interne. Pe lângă faptul că această boală este incurabilă, ea poate influența multiple aspecte ale vieții pacientului printre care se numără și afectarea de la nivelul mâinilor prin sclerodactilie ca și cauză majoră de dizabilitate funcțională.

Material și Metodă: Prezentare de caz clinic.

Rezultate: Pacientă în vârstă de 48 de ani, diagnosticată cu Sclerodermie sistemică forma cutanat difuză-ianuarie 2018 (ACR/EULAR 2013) pentru care a urmat tratament inițial cu Metotrexat și Bosentan, ulterior în asociere cu Imuran și Hidroxicloroquina, s-a prezentat acuzând polialtralgii cu caracter inflamator la nivelul articulațiilor mici ale mainilor la care asociază fenomen Raynaud, dispnee la eforturi mici, pirozis și disfagie pentru solide. Clinic s-a observat un facies „sclerodermic” indurație tegumentară (RODNAN=13), sclerodactilie, mâna dreaptă cu “aspect de gheară”, amputația falangelor degetului II, scurtarea degetelor III, V, ulcerație deget II mână dreaptă, cicatrici stelate degete III, IV drepte, calcinoză cutanată fața de extensie a cotului stang, fața anterioară a antebrațului și genunchiului drept, telangiectazii la nivelul feței, toracelui anterior și posterior. Imunologic FR (Elisa)=141 U/ml, RNP/Sm=520, Ac anticromatina=241 U/ml, Ac anticentromer=1145 U/ml. CT toracic cu civ decelează leziuni de fibroză pulmonară iar capilaroscopia pattern SS „tardiv” .

Discuții și Concluzii: Acest caz arată asocierea independentă dintre pattern-ul SS „tardiv”, calcinoză și acroosteoliză, leziuni cu un impact funcțional intens negativ asupra vieții pacientului.

Referințe:

1. Morardet L, Avouac J, Sammour M, et al. Late Nailfold Videocapillaroscopy Pattern Associated With Hand Calcinosis and Acro-Osteolysis in Systemic Sclerosis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68(3):366-373. doi:10.1002/acr.22672
2. Johnstone EM, Hutchinson CE, Vail A, Chevance A, Herrick AL. Acro-osteolysis in systemic sclerosis is associated with digital ischaemia and severe calcinosis. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51(12):2234-2238. doi:10.1093/rheumatology/kes214

P52: PUNCTE DE LUAT ÎN CONSIDERARE PENTRU PROFESIONIȘTII DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII CARE NU SUNT MEDICI PENTRU PREVENȚIA ȘI GESTIONAREA FRACTURILOR DE FRAGILITATE LA ADULȚII CU VÂRSTA DE 50 DE ANI SAU PESTE, CONFORM EULAR 2019

Răzvan Gabriel Drăgoi* din partea grupului de lucru EULAR

*Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara

Obiectiv: Stabilirea unor punctelor de luat în considerare de profesioniștii din domeniul sănătății

(HPR), care nu sunt medici, pentru a preveni și gestiona fracturile de fragilitate la adulții cu vârsta de 50 de ani sau peste din punctul de vedere al Ligii Europene împotriva Reumatismului (EULAR).

Metode: Punctele de luat în considerare au fost elaborate în conformitate cu procedurile standard EULAR pentru elaborarea recomandărilor (grup de lucru internațional, multidisciplinar, pacienți și diferiți HPR din 10 țări europene). Nivelul dovezilor și puterea recomandărilor au fost determinate pentru fiecare punct de luat în considerare, fiind calculat nivelul mediu de acord între membrii grupului de lucru.

Rezultate: Două principii generale și șapte puncte de luat în considerare au fost formulate pe baza dovezilor științifice și a opiniei experților a grupului de lucru. Acestea se concentrează pe: 1. decizii comune între pacienți și HPR și 2. implicarea diferiților HPR în prevenirea și gestionarea fracturilor de fragilitate. Patru puncte de luat în considerare se referă la prevenție: identificarea pacienților cu risc de fractură, evaluarea riscului de cădere, intervenții pentru prevenirea fracturilor primare și descurajarea fumatului și a alcoolului. Restul de trei concentrează gestionarea fracturilor de fragilitate prin exerciții fizice și intervenții nutriționale, organizarea și coordonarea serviciilor multidisciplinare pentru modele de îngrijire post-fractură și complianța la medicamentele antiosteoporotice.

Concluzie: Aceste prime puncte EULAR de luat în considerare de HPR pentru prevenția și gestionarea fracturilor de fragilitate la adulții cu vârsta de 50 de ani sau peste pot ghida practica și educația în domeniul sănătății.

Bibliografie: Jo Adams, Nicky Wilson, Emalie Hurkmans, Margot Bakkers, Petra Balážová, Mark Baxter, Anne-Birgitte Blavnsfeldt, Karine Briot, Catharina Chiari, Cyrus Cooper, Razvan Gabriel Dragoi, Gabriele Gäbler, Willem Lems, Erika Mosor, Sandra Pais, Cornelia Simon, Paul Studenic, Simon Tilley, Jenny de la Torre-Aboki, Tanja A Stamm; 2019 EULAR points to consider for non-physician health professionals to prevent and manage fragility fractures in adults 50 years or older, *Annals of the Rheumatic Diseases* Apr 2020, annrheumdis-2020-216931; DOI: 10.1136/annrheumdis-2020-216931

P53: EFICACITATEA RITUXIMAB ÎN TRATAMENTUL SCLEROZEI SISTEMICE - EXPERIENȚA UNUI CENTRU TERȚIAR

Sorana Petrescu¹, Laura Groșeanu^{1,2}, Delia Nicoară¹, Andreea Petre¹, Cristina Niță¹, Daniela Opreș-Belinski^{1,2}, Diana Mazilu^{1,2}, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹*Spitalul Clinic "Sfânta Maria", Departamentul de Medicină Internă și Reumatologie, București, România,* ²*Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", Departamentul de Medicină Internă și Reumatologie, București, România*

Obiective: În prezenta lucrare ne propunem să evaluăm efectul terapiei cu rituximab asupra afectărilor de organ și a activității bolii la pacienții cu scleroză sistemică dintr-un centru terțiar.

Material și metodă: Pacienții incluși îndeplinesc criteriile de clasificare ACR/EULAR 2013 și au efectuat cel puțin o cură de tratament cu rituximab. Au fost evaluate: activitatea bolii prin indicele EUSTAR, gradul de afectare cutanată prin scorul Rodnan modificat (mRSS) și afectarea pulmonară prin probe respiratorii funcționale, DLCO și imagistic. Pentru a compara datele dintre evaluări, s-a folosit testul statistic Wilcoxon.

Rezultate: Au fost înrolați zece pacienți (de sex feminin, cu vârsta medie 52.9 ani, cu durata medie a bolii de 47,6 luni, 9 prezentând forma cutanată difuză), care au efectuat terapie cu rituximab în perioada 2016-2021. Media de la debutul bolii la inițierea tratamentului este 27.6 luni. Valoarea medie a mRSS la inițiere a fost 19.3, iar cea a indicelui EUSTAR 4.48. Șapte pacienți au efectuat cel puțin 2 cure de tratament la interval de 6 luni, patru dintre ei fiind evaluați la 12 luni de la debutul terapiei. La vizita de urmărire, atât scorul Rodnan ($p=0.02$), cât și indicele de activitate EUSTAR ($p=0.02$) s-au ameliorat semnificativ statistic. Totodată, toți pacienții care au efectuat rituximab în perioada timpurie a bolii au prezentat scoruri de activitate și mRSS îmbunătățite la a-2-a vizita.

Concluzii: La evaluările de 6 și 12 luni, pacienții par să prezinte beneficii în urma tratamentului cu rituximab, evidențiindu-se ameliorări în special în ceea ce privește activitatea bolii și afectarea cutanată.

Bibliografie:

Fratricelli P, Fischetti C, Salaffi F, Carotti M, Mattioli M, Pomponio G, Gabrielli A. Combination therapy with rituximab and mycophenolate mofetil in systemic sclerosis. A single-centre case series study. Clin Exp Rheumatol. 2018 Jul-Aug;36 Suppl 113(4):142-145. Epub 2018 Sep 30. PMID: 30277864.

P54: SERIE DE CAZURI: COEXISTENȚĂ ARTRITĂ REUMATOIDĂ ȘI SPONDILARTRITĂ

Autori: Eliza Marin, Adina Pohonțu, Corina Mogoșan, Claudiu Popescu, Cătălin Codreanu
CCBR „Dr. Ion Stoia”, București

Generalități

Artrita reumatoidă (AR) și spondilartrita (SpA) pot coexista extrem de rar; literatura descrie mici serii de cazuri [1]; probabilitatea la același pacient variază de la 1/50.000 la 1/100.000 [2].

Obiective

Serie de cazuri de pacienți care asociază ambele boli, evoluția și răspunsul la tratament.

Materiale și metode

Sunt prezentate 5 cazuri diagnosticate și tratate în CCBR „Dr. Ion Stoia”. Informațiile obținute sunt din baza de date a spitalului.

Rezultate

CAZ1: diagnostic cu AR (FR+, ACPA+ titru înalt), manifestări extraarticulare (noduli reumatoizi); la 15 ani dezvoltă criteriile de SpA (lombalgie inflamatorie; sacroiliită radiografică grad III); tratament actual etanercept.

CAZ2: diagnostic cu AR (FR -, ACPA+ titru redus); la 10 ani dezvoltă criteriile de SpA (entezită achiliană, teren HLA-B27 prezent, sacroiliită); tratament actual secukinumab.

CAZ3: diagnostic de SpA axială (sacroiliită, teren HLA-B27 prezent); la 3 ani dezvoltă AR cu evoluție erozivă (FR-, ACPA +, titru înalt); tratament actual remisie sintetică.

CAZ4: diagnosticat cu SpA (sacroiliita radiografică, teren HLAB27 prezent); ulterior dezvoltă AR erozivă (FR-, ACPA-); tratament actual remisie sintetică.

CAZ5: diagnostic de SpA cu oligoartrită asimetrică (sacroiliită radiografică, HLA-B27 absent), dezvoltă la 2 ani AR simetrică, erozivă (FR+, ACPA-); tratament actual remisie sintetică.

Concluzie

Seria de cazuri susține posibilitatea coexistenței AR și SpA la același pacient. Având în vedere caracteristicile diferite ale celor două afecțiuni, decizia terapeutică poate marca decisiv evoluția bolii. Este necesară monitorizarea evolutivă a acestor cazuri. Rămâne ca temă de cercetare dacă aceste cazuri particulare reprezintă o coincidență de asociere a celor două entități clinice sau nu [3].

Bibliografie

[1] Fallet GH, Mason M, Berry H et al: Rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis occurring together. Br J Med. 1976

[2] Zhang, Yuanyuan MMSCa; Feng et al. Rheumatoid arthritis coexisting with ankylosing spondylitis. A report of 22 cases with delayed diagnosis. Medicine: April 02, 2021

[3] Barczyńska TA, Ma GW, Zuchowski P, et al. Coexistence of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. Reumatologia 2015

NU TOȚI BIFOSFONAȚII ORALI SUNT EGALI

TRĂIEȘTE FĂRĂ TEAMA

FRAGILE FRAGILE FRAGILE FRAGILE FRAGILE FRAGILE FRAGILE FRAGILE

OSTEOPOROZEI

**ACTONEL® 35MG
COMPRIMATE
GASTROREZISTENTE
A REDUS FRACTURILE
CU ORICE LOCALIZARE CU**

17% ↓

COMPARATIV CU BIFOSFONAȚII
ORALI CU ELIBERARE IMEDIATĂ¹

Referințe:

1. Thomasius, F. et al. Osteoporos Int (2021). <https://doi.org/10.1007/s00198-021-06108-w>.

2. Actonel® 35 mg comprimate gastrorezistente - Rezumatul caracteristicilor produsului.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Acest produs se eliberează pe bază de prescripție medicală de tip P6L.

Rezumatul caracteristicilor produsului este disponibil în interiorul revistei.


GASTRO-REZISTENT
ACTONEL®
Riseditronat de sodiu 35 mg comprimate gastrorezistente

Actonel® GR este indicat pentru tratamentul
osteoporozei postmenopauzale la femeile
cu risc crescut de fracturi²


Theramex
For Women, For Health

P55: ARTROPATIA PSORIAZICĂ ȘI CONDIȚII ASOCIATE – MONITORIZARE PE TERMEN LUNG

Iuliana-Andreea Petre¹, Laura Groșeanu^{1,2}, Delia Nicoară¹, Cristina Niță¹, Sorana Petrescu¹, Andra Bălănescu^{1,2}, Violeta Bojincă^{1,2}, Daniela Opreș-Belinski^{1,2}, Florian Berghea^{1,2}, Ioana Săulescu^{1,2}, Diana Mazilu^{1,2}, Sânziana Daia^{1,2}, Andreea Borangiu^{1,2}, Cosmin Constantinescu^{1,2}, Mihai Abobului^{1,2}, Magdalena Negru^{1,2}, Denisa Predețeanu^{1,2}, Ruxandra Ionescu^{1,2}

¹ Spitalul Clinic “Sfânta Maria”, București, România, ² Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila”, București, România

Obiective: Monitorizarea în dinamică a unui lot de pacienți cu APs aflați în evidența unui centru terțiar de referință.

Material și metodă: Am realizat un studiu analitic retrospectiv pe un lot de pacienți evaluați în cadrul Spitalului Clinic „Sfânta Maria”, în perioada iunie 2018- martie 2021.

Rezultate: S-au identificat 68 de pacienți, 63.24% fiind femei. Vârsta medie este de 43.55 ± 12.66 ani, iar durata medie de evoluție a bolii de 11.54 ± 7.79 ani. Cel mai frecvent subtip articular este cel poliarticular (42.65%). 63.24% au asociat afectare cutanată, 26.47% afectare unghială, 10.29% ne reprezentând manifestări extraarticulare. HTA a fost comorbiditatea cea mai întâlnită (54.41%). La compararea în funcție de vârstă s-au obținut diferențe semnificative statistic în ceea ce privește HTA ($p=0.0002$), dislipidemia ($p=0.0018$), BCI ($p=0.044$) și infecțiile ($p=0.002$).

Metotrexatul este cel mai folosit DMARDs, iar anti TNF cel mai folosit biologic- preponderent la femei ($p=0.003$). Inițial, 19.12% pacienți au primit AINS zilnic, iar 7.35% corticoterapie, procentele reducându-se după 12 luni. Consumul zilnic de AINS este crescut la pacienții cu durata bolii sub 10 ani ($p=0.008$). Procentul pacienților cu terapie biologică a crescut în cursul monitorizării, astfel că la 12 luni 42.65% aveau ca medicație de fond anti TNF și 8.82% anti IL17.

Discuții: Acest studiu a încercat să pună în evidență cele mai frecvente comorbidități și manifestări extraarticulare la pacienții cu APs, precum și monitorizarea terapeutică în raport cu activitatea bolii.

Concluzii: APs este o patologie care necesită monitorizare atentă, lipsa unui tratament corespunzător contribuind la progresia afectării articulare, precum și la o frecvență crescută a comorbidităților.

Bibliografie: 1. Giannelli A. A review for physician assistants and nurse practitioners on the considerations for diagnosing and treating psoriatic arthritis. *Rheumatol Ther.* 2019;6:5–21.

P56: IMPORTANȚA DIAGNOSTICULUI DIFERENȚIAL AL UNUI PACIENT TÂNĂR CU POLISEROSIZITĂ

E. A. Lica, R. Ciomag
Spitalul Clinic Colțea, București, România

INTRODUCERE: Lupusul eritematos sistemic (LES) se caracterizează printr-un polimorfism clinic mare care explică dificultățile de diagnostic întâmpinate în unele cazuri.

MATERIAL ȘI METODĂ: Prezentăm cazul unui pacient de 46 ani, cu istoric de diabet zaharat tip I și boală cronică de rinichi stadiul G3bA3 care se adresează clinicii în tablou de insuficiență cardiacă congestivă cu debut subacut. Asociază sindrom febril prelungit și sindrom lichidian pleural bilateral. Din istoric reținem poliserozita și degradarea funcției renale. Luând în considerare poliserozita de etiologie necunoscută s-a efectuat profil ANA extins cu anticorpii anti-SS-A și anti-Ro 52, anti ADN dublu catenar și anticoagulantul lupic pozitivi, fără consum de complement, în vederea posibilității diagnosticului de LES. Funcția renală s-a degradat continuu ce a necesitat biopsie renală cu concluzia de nefropatie diabetică severă. Se realizează CT torace nativ care pune în evidență noduli și multipli micronoduli pulmonari bilateral nespecifici, adenopatii mediastinale, îngroșare pericardică versant anterior. Analiza histopatologică a adenopatiei mediastinale stabilește diagnosticul de limfadenită sarcoidozică.

REZULTATE: După un demers diagnostic complex, se stabilește diagnosticul de sarcoidoză cu

determinare pulmonară, pleurală, limfoganglionară și pericardică.

DISCUȚII: LES coexistent cu sarcoidoză este rar, cu doar cinci cazuri raportate în literatura engleză, cu caracteristici clinico-paraclinice timpurii care oferă diagnostic de LES, dar cu dezvoltarea sarcoidozei în termen de 18 luni. Se pare că reacțiile imunologice precoce ale sarcoidozei pot fi confundate cu LES, iar acest lucru ar trebui luat în considerare în diagnosticul diferențial, dar și când diagnosticul este reevaluat.

CONCLUZII: Sarcidoza poate imita examenul clinic al LES și poate îndeplini parțial și criteriile de diagnostic ale acestuia.

BIBLIOGRAFIE:

1. Harrison G N, Lipham M, Elguindi A S, Lobel D H. Acute sarcoidosis occurring during the course of systemic lupus erythematosus. South Med 1979; 72: 1387-8.
2. Needleman S W, Silber R A, Von Brechv J H, Goeken J A. Systemic lupus erythematosus complicated by disseminated sarcoidosis. Am J Clin Pathol 1982; 78: 105-7.
3. Hammond J M J, Bateman E D. Successful treatment of life-threatening steroid resistant pulmonary sarcoidosis with cyclosporin in a patient with systemic lupus erythematosus. Respir Med 1990; 84: 77-80.

P57: ARTRITĂ DE GLEZNE - UN CHALLENGE DIAGNOSTIC ȘI TERAPEUTIC

Autori: Iorguș Carmen-Cătălina(1), Florescu Anca(1), Ionete Florina-Iulia(1), Ancuța Ioan(1,2), Bobircă Florin(1,2), Bojinca Mihai(1,2), Bobircă Anca(1,2)

- (1) Spital Dr. Ion Cantacuzino, București, România
- (2) U.M.F. Carol Davila București, România

Obiective: Prezentăm cazul unei paciente cu artrită distructivă de glezne, unde diagnosticul pozitiv și diferențial s-au dovedit dificil de susținut.

Material și metodă: O pacientă în vârstă de 24 ani este evaluată în clinica noastră prima dată în urmă cu 3 luni pentru durere și tumefacția gleznelor bilateral, aditiv, simptomatologie debutată de 2 ani, accentuată progresiv și asociind dizabilitate importantă.

Rezultate: Din istoric reținem o naștere prematură, AVC ischemic ACA stângă în tratament antiagregant cronic, multiple intervenții ortopedice (glezna dreaptă). La prima evaluare pacienta prezenta sindrom inflamator marcat, Ac lupic slab+, ANA extins blot-, Ag HLAB27+.

S-au efectuat ecografie musculoscheletală, radiografie convențională, CT glezne și s-a ridicat suspiciunea unor modificări sugestive pentru artropatie Charcot/distrofie simpatico-reflexă bilateral, secundare AVC (hemipareză dreaptă)/suprasolicitare mecanică picior stâng post-intervenție ortopedică recurentă de partea dreaptă. Atitudinea terapeutică a constat în administrarea Acid Zolendronic pev și Calcitonină 100UIx20zile.[1]

Prezența HLAB27, tumefacțiile de gleznă, sinovita Power Doppler gradul II, durerea lombară joasă (cvasipermanentă), dar cu imagistică CT fără modificări de sacroiliită, au integrat suferința drept spondilartropatie periferică și s-a inițiat terapie cu MTX 10mg/săptămână (ulterior 15mg/săptămână) și corticoterapie în doză mică.

Pornind de la antecedentele obstetricale și trombotice în contextul Ac lupic+ (1 determinare), se suspicionează sindrom antifosfolipidic primar (SAFL primar), cu mențiunea completării bilanțului protrombotic. S-a identificat homozigotism pentru gena PAI-1 (4G/5G) și heterozigotism pentru MTHFR (C677T) în contextul deficitului de antitrombină și hiperhomocisteină.[2]

În dinamică, evaluările clinico-biologice-imagistice s-au îmbunătățit, ipoteza SAFL s-a validat (3 determinări+), astfel că s-a menținut medicația antiagregantă în contextul lipsei de evenimente trombotice, a imobilizării cvasiconstante, dar și a dificultății monitorizării coagulogramei în mod recurent.[2]

Concluzii: Diagnosticul diferențial este esențial, iar în cazul unui pacient cu multiple patologii, proba terapeutică reprezintă o resursă notabilă în stabilirea diagnosticelor de etapă/final.

Bibliografie:

1. Candia L, Cuellar ML, Marlowe SM, Marquez J, Iglesias A, Espinoza LR. Charcot-like arthropathy: A newly-recognized subset of psoriatic arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2006 Mar-Apr;24(2):172-5.
2. Bustamante JG, Goyal A, Bansal P, et al. Antiphospholipid Syndrome. [Updated 2021 Jul 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.

P58: AFECTAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA FEMEILE CU SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ ȘI ARTRITĂ REUMATOIDĂ

Racoviță A.T.¹, Burlui A.M.^{1,2}, Cardoneanu A.^{1,2}, Macovei L.A.^{1,2}, Stîncescu M.D.¹, Pârvu M.³, Rezuș E.^{1,2}

¹ Clinica Reumatologie I, Spitalul Clinic de Recuperare Iași, România

² Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași, România

³ Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade” Târgu Mureș, România

Obiective. Atât Spondilita anchilozantă (SA), cât și Artrita reumatoidă (AR) sunt asociate cu retragerea precoce din câmpul muncii. Obiectivul studiului este acela de a identifica diferențele privind afectarea capacității de muncă dintre femeile cu AR și cele cu SA.

Material și metodă. Am realizat un studiu observațional prospectiv incluzând femei cu SA și AR de vârstă activă, pacientele cu debut juvenil fiind excluse.

Rezultate. Cercetarea a inclus 120 de femei (56 cu SA și 64 cu AR). Nu au existat diferențe între cele două grupuri în ceea ce privește vârsta medie sau durata bolii. Capacitatea de muncă a fost mai mult influențată la pacientele cu AR (78.1%), comparativ cu cele având SA (42.9%). Vârsta medie la momentul retragerii din câmpul muncii nu a fost semnificativ diferită (42.5 ani - SA versus 41.9 ani - AR). Afectarea mersului a caracterizat în special pacientele cu AR, nefiind însă asociată cu incapacitatea de muncă. Interesarea periferică în SA a fost prezentă la 17,9% dintre participante și nu a demonstrat o asociere notabilă cu pensionarea anticipată.

Discuții. Studiile anterioare ce compară consecințele AR și SA au indicat faptul că scăderea capacității de muncă este mai frecventă în AR (67%) decât în SA (42.5%), aceste date fiind în concordanță cu rezultatele noastre.

Concluzii. Deteriorarea capacității de muncă a fost mai întâlnită în AR comparativ cu SA, însă retragerea pacientelor cu AR din câmpul muncii nu a avut loc la o vârstă semnificativ mai scăzută.

Bibliografie

1. Hatice Bodur, Pinar Borman, Betül Alper, Dilek Keskin. Work Status and Related Variables in Patients with Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis. Turk J Rheumatol. 2011;26(2):94-102.
2. Verstappen SM, Bijlsma JW, Verkleij H, Buskens E, Blaauw AA, ter Borg EJ, et al. Overview of work disability in rheumatoid arthritis patients as observed in cross-sectional and longitudinal surveys. Arthritis Rheum 2004;51:488-97.

P59: STENOZA SUBGLOTICĂ ÎN GRANULOMATOZA CU POLIANGIITĂ-DIAGNOSTIC ȘI DIFICULTĂȚI DE TRATAMENT

Dogaru Tiberiu-Nicu, Negru Maria Magdalena, Gabriela Mușat
Spitalul clinic “Sfânta Maria”, București, România

Obiective: Scopul acestui rezumat este de a sublinia existența unei complicații rare dar severe la pacienții cu Granulomatoză cu poliangiită (GPA), reprezentată de stenoza subglotică (SSG).

Material și metodă: Un bărbat în vârstă de 59 ani se prezintă cu un istoric de 2 luni de dispnee severă,

disfonie și stridor laringian. A fost diagnosticat cu GPA la vârsta de 55 ani, iar la momentul prezentării urmează tratament cu Metilprednisolon și Rituximab.

Pacientul a efectuat o tomografie computerizată de gât, decelându-se îngroșarea parietală a traheei. Examenul ORL și laringofibroscopia evidențiază corzi vocale edemațiate și stenoză severă (grad III) localizată infraglotic. Astfel s-a pus diagnosticul de SSG asociată GPA și s-a intervenit chirurgical pentru rezecția stenozei, simultan cu traheostomia. Ținând cont de prezența activității bolii (BVAS 9) s-a decis continuarea imunosupresiei cu Rituximab și creșterea temporară a dozei de corticosteroid.

Rezultate: Ultima reevaluare la 3 luni a obiectivat evoluția favorabilă, cu aspect normal al căilor aeriene superioare, practicându-se decanularea traheostomei.

Discuții: Tratamentul trebuie individualizat în funcție de gradul obstrucției și de activitatea bolii sistemice, principalul obiectiv fiind restabilirea permeabilității căilor respiratorii. Tratamentul exclusiv imunosupresor la pacienții cu boală activă este unul controversat, deoarece SSG nu răspunde întotdeauna la terapia medicamentoasă și poate chiar apărea în timp ce pacientul primește tratamentul pentru alte manifestări ale bolii.

Concluzii: Gestionarea stenozei subglotice în GPA este complexă și necesită prezența unei echipe multidisciplinare. Obstrucția severă impune traheostomie.

P60: IMPACTUL PANDEMIEI COVID-19 ASUPRA PACIENȚILOR CU BOLI REUMATICE

Roxana Perianu, Drăgușin Mihaela, Dumitrescu Bianca
CCBR “Dr. Ion Stoia”, București, România

Obiectivul: Colectarea de date despre pandemia COVID-19 la pacienții cu boli reumatice.

Material și metodă. 46 pacienți care s-au prezentat la internare în CCBR “Dr. Ion Stoia” în perioada mai-iulie 2021, diagnosticați inițial sau ulterior cu boli autoimune/inflamatorii, au completat un chestionar fizic și apoi au fost monitorizați telefonic. Metoda de lucru este reprezentată de un studiu observațional de cohortă prospectiv.

Rezultate. Cele mai frecvente diagnostice au fost artrita reumatoidă, spondilartropatia axială și LES. Am identificat 12 pacienți cu boli reumatice la care s-a confirmat/suspectat infecția cu virusul SARS-CoV-2, majoritatea femei (75%). Dintre pacienții confirmați/suspectați de infecția cu virusul SARS-Cov2, 50% administrau tratament remisiv sintetic sau imunosupresor, 33% urmau tratament biologic și 25% aveau asociat glucocorticoizi în doză mică. Spitalizarea a fost necesară la un singur pacient care a dezvoltat bronhopneumonie COVID-19 forma critică. După rezoluția infecției SARS-CoV-2, 33% dintre pacienți au dezvoltat puseu de boală. Până la momentul actual, doar 57% dintre pacienți au efectuat schema vaccinală completă anti SARS-CoV-2.

Discuții și concluzii.

Pacienții cu boli reumatice de tip inflamator/autoimun reprezintă o populație potențial vulnerabilă la infecția cu virusul SARS-CoV-2, atât din cauza mecanismului patogen al bolii, cât și din cauza tratamentelor imunosupresoare frecvent utilizate pentru controlul acestor boli. În plus, infecția virală SARS-CoV-2 poate induce puseu de activitate al bolii de fond [1] [2]. Mai multe date sunt necesare pentru implementarea unui program pe termen lung privind reducerea riscului de îmbolnăvire cu SARS-CoV-2.

Bibliografie.

[1] E. Kastiris, G. D. Kitis, D. Vassilopoulos, G. Giannopoulos, M. A. Dimopoulos, and P. P. Sfikakis, “Systemic autoimmune diseases, anti-rheumatic therapies, COVID-19 infection risk and patient outcomes,” *Rheumatol. Int.*, vol. 40, no. 9, pp. 1353-1360, 2020, doi: 10.1007/s00296-020-04629-x. [2] E. Monreal et al., “The Impact of Immunosuppression and Autoimmune Disease on Severe Outcomes in Patients Hospitalized with COVID-19,” *J. Clin. Immunol.*, vol. 41, no. 2, pp. 315-323, Feb. 2021, doi: 10.1007/s10875-020-00927-y.

P61: REACȚIE ADVERSĂ VACCINALĂ ANTI SARS-COV-2 LA O PACIENTĂ CU LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC

Mihaela Ruxandra Drăgușin, Bianca Dumitrescu
Centrul Clinic de Boli Reumatismale Dr. Ion Stoia, Secția Reumatologie I, București, România

Pacienții cu boli reumatice autoimune sunt predispuși la infecții ca urmare consecințelor bolii sau a tratamentului cu medicamente imuno-supresoare. În contextul apariției virusului SARS-CoV-2, ei pot dezvolta o formă severă de COVID-19. Vaccinarea poate proteja pacienții, dar există un risc de acutizare a bolii de fond.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 46 de ani, cunoscută cu lupus eritematos sistemic (LES) în tratament cu hidroxiclorochină, corticoterapie sistemică și tratament biologic cu Belimumab, care se internează pentru mărire de volum gambă dreaptă unilateral, edem gambier și pretibial moderat la nivelul membrului inferior drept, artralgiile cu caracter inflamator la nivelul articulațiilor RCC bilateral, genunchi bilateral, cu debut la câteva zile după efectuarea rapelului vaccinului anti SARS-CoV-2 (Vaxzevria). Examenul obiectiv evidențiază edem gambier și pretibial moderat la nivelul membrului inferior drept. Bioumoral: trombocitopenie ușoară, sindrom biologic inflamator, hipocomplementemie, D-dimeri în limite normale, Ac anti factor 4 plachetar - negativ, ecografia Doppler de membre inferioare a decelat insuficiență venoasă cronică superficială și profundă, fără semne de tromboză venoasă profundă în sistemul venos al membrului inferior.

S-a exclus diagnosticul de tromboză venoasă profundă, trombocitopenie postvaccinală și s-a considerat puseu de lupus. S-a decis creșterea dozei de metilprednisolon, cu evoluție favorabilă.

Particularitatea cazului este reprezentată de combinația clinică de posibilă tromboză venoasă, asociată cu trombocitopenie, paraclinic, la câteva zile de la efectuarea rapelului cu Vaxzevria la un pacient cu LES, care a impus necesitatea unui diagnostic diferențial cu tromboză venoasă profundă, cauze de trombocitopenie și reactivarea bolii de fond.

P62: PARTICULARITĂȚI SEROLOGICE LA UN CAZ DE DERMATOMIOZITĂ AMIOPATICĂ

Autori: Oana-Mădălina Mistreanu, Georgiana Iftimie, Tudor Spanily, Cosmin-Laurențiu Constantinescu, Ruxandra Ionescu
Afilieră: Spitalul Clinic „Sfânta Maria”, București, România

Obiective: Descrierea subsetului de Dermatomiozită amiopatică.

Material și metodă: Prezentare de caz și corelații cu literatura de specialitate.

Rezultate: Pacientă în vârstă de 31 ani, cu antecedente recente de infecție SARS CoV2 (formă moderată), se prezintă pentru artrite ale mâinilor bilateral, artralgiile la nivelul coatelor și umerilor bilateral, semn Gottron la nivelul mâinilor și coatelor bilateral, leziuni eritematoase maculo-papulare la nivel palmar, eritem periungheal, rash heliotrop, eritem facial, fără slăbiciune musculară. Biologic: Sindrom inflamator minim, limfopenie, ANA negativi, anticorpi anti ADNdc negativi, FR negativ. Panel miozitic: Anticorpi anti Mi-2 alfa pozitivi, anti MDA5-intens pozitivi, anti Ro52 pozitivi, anti SSA echivoc. CT pulmonar: Leziuni sechelare postinfecție Covid-19. Probe funcționale ventilatorii în limite normale. S-a inițiat Medrol 40 mg/zi, Plaquenil 400 mg/zi și Micofenolat mofetil 2g/zi, cu evoluție favorabilă la evaluările ulterioare (1 lună și 2 luni).

Discuții: Particularitatea cazului constă în această asociere de anticorpi. Posibilitatea declanșării dermatomiozitei amiopatice de infecția SARS CoV2 nu a fost demonstrată științific până acum.

Concluzii: Cazul prezentat respectă elementele clinice cutanate caracteristice fenotipului cu anticorpi anti MDA-5, dar Ac anti Mi-2 alfa și anti Ro52 sunt pozitivi în absența afectării pulmonare. Necesită monitorizare periodică a statusului pulmonar pentru diagnosticul precoce al bolii interstițiale pulmonare.

Bibliografie: Borges NH, Godoy TM, Kahlow BS. *Onset of dermatomyositis in close association with COVID-19 - a first case reported.* Rheumatology (Oxford). 2021 Mar 23:keab290.

P63: NODULOZA ACCELERATĂ DIN ARTRITA REUMATOIDĂ

Murgu Georgiana-Eliza, Rezuş Elena

Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica de Reumatologie I, Iași, România; Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa", Iași, România

Obiective. Artrita reumatoidă reprezintă o patologie cronică inflamatorie, caracterizată prin afectarea distructivă, debilitantă a articulațiilor implicate. În ceea ce privește afectarea extraarticulară, orice organ poate fi implicat, complicațiile sistemice fiind multiple. Nodulii reumatoizi reprezintă cea mai des întâlnită manifestare extraarticulară în cadrul artritei reumatoide, fiind obiectivați mai ales la pacienții cu o durată mai lungă a bolii, fumători, seropozitivi, dar și ca efect al unor tratamente. Cunoașterea agenților terapeutici care accelerează apariția nodulilor reumatoizi este esențială pentru elaborarea unor strategii terapeutice corespunzătoare.

Materiale și metode. Prezentare de caz clinic.

Rezultate. Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 71 de ani, fost fumător, diagnosticat cu Artrită reumatoidă cu Factor reumatoid pozitiv și anticorpi anti CCP pozitivi în urmă cu aproximativ 7 ani, pentru care a urmat tratament cu Leflunomid, Metotrexat, Sulfasalazină și, ulterior, terapie biologică cu Etanercept. Examenul clinic a obiectivat prezența nodulilor reumatoizi pe fața dorsală a mâinilor la nivelul IFP I-V dreapta, IF I, IFP II, V stânga. Ecografia de părți moi a evidențiat un aspect hipocogen al nodulilor, fiind bine delimitați, cu discret semnal vascular în periferie.

Discuții. Literatura de specialitate susține asocierea dintre utilizarea metotrexatului și accelerarea apariției nodulilor reumatoizi, denumită noduloză accelerată. Studiile menționează, de asemenea, implicarea blocanților de TNF- α , în special Etanercept.

Concluzie. Noduloza accelerată asociată cu utilizarea metotrexatului și a Etanerceptului reprezintă un efect advers rar, dar care trebuie luat în considerare pentru gestionarea corectă a pacienților cu artrita reumatoidă.

1. Tilstra JS, Lienesch DW. Rheumatoid Nodules. *Dermatol Clin.* 2015;33(3):361-371. doi:10.1016/j.det.2015.03.004
2. Lora V, Cerroni L, Cota C. Skin manifestations of rheumatoid arthritis. *G Ital Dermatol Venereol.* 2018;153(2):243-255. doi:10.23736/S0392-0488.18.05872-8

P64: PANICULITA OSIFICANTA (OSTEOMA CUTIS) POST-INFECȚIE SARS-COV2 LA O PACIENTĂ CU SINDROM ANTIFOSFOLIPIDIC

Beáta Kopacz-Dósa¹, Corina Baican², Simona Rednic^{3,4}, Maria Crișan⁵, Laura Damian⁴

1. Clinica Reumatologie, SCJU Târgu Mureș
2. Clinica Dermatologie, SCJU Cluj-Napoca
3. Clinica Reumatologie, UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca
4. Clinica Reumatologie, SCJU Cluj-Napoca, Centrul pentru Boli Rare Musculoscheletale Autoimune și Autoinflamatorii
5. Clinica Anatomie Patologică, UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca

Paniculita osificantă (osteoma cutis) este o formă rară de osificare heterotopă. Formele primare sunt determinate genetic (în fibrodisplazia osificantă progresivă - FOP), pe când cele secundare sunt declanșate de factori locali dermici.

Prezentăm cazul unei paciente de 64 ani, cu antecedente hematologice și oncologice, erizipel gambier recurent, tiroidită autoimună și sindrom antifosfolipidic, care după infecția SARS-CoV2 a prezentat formațiuni nodulare subcutanate la nivelul gambelor, asociate cu durere și indurare tegumentară, neameliorate de terapia cu hidroxiclorochină. S-a ridicat problema unui sindrom scleroderma-like (fasciită cu eozinofilie sau scleredem, în condițiile anemiei refractare și antecedentelor neoplazice). RMN de gambă dreaptă a descris leziuni tibiale și fibulare cu aspect de infarcte osoase. Examenul histopatologic din biopsia profundă a evidențiat fibroză cu focare de metaplazie osoasă.

Diagnosticul a fost de paniculită osificantă secundară, verosimil post-necrotică, în contextul inflamației regionale și al sindromului antifosfolipidic, exacerbat de infecția SARS-CoV2, care a determinat și infarctele osoase. Tratamentul anticoagulant, corticoterapia în doză mică și ciclosporina au dus la ameliorarea simptomatologiei.

Reactivarea osificării heterotopice în FOP a fost raportată post-COVID-19, în contextul elevării citokinelor proinflamatorii implicate în remodelarea și neoformarea osoasă. Paniculita neutrofilică recurentă a fost descrisă în cadrul sindromului mielodisplazic, iar paniculita nodulară migratorie subacută- în cadrul tireopatiilor. Antecedentele de erizipel recurent și sindromul antifosfolipidic secundar au constituit factori favorizanți suplimentari la pacienta noastră, determinând „furtuna perfectă” post-COVID19.

Bibliografie:

McCabe P, Bayer T. Pretibial Panniculitis Ossificans-A Rare but Significant Diagnosis. J Foot Ankle Surg 2019; 58:775-778.

Grgurevic L, Novak R et al: Post-COVID19 exacerbation of fibrodysplasia ossifans progresiva with multiple flare-ups ... Rheumatology Int 2021; 41(8):1495-1501.

P65: DATE DE EFICACITATE PE TERMEN LUNG A TOCILIZUMABULUI IN ARTRITA REUMATOIDA

Teslariu Anca-Petrina^{1,2}, Odoabașu Andreea^{1,2}, Buragă Bianca^{1,2}, Chițac Alexandra³, Trifan Ecaterina³, Boangher Diana³, Chirieac Rodica³, Ancuța Codrina^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” (*doctorand) Iași, România

²Clinica Reumatologie 2, Spitalul Clinic de Recuperare Iași, România

³SANOCARE Medical & Research Center Iași, România

Obiective

Evaluarea pe termen lung a eficacității tocilizumab (TCZ), blocant al IL-6, la pacienți cu artrită reumatoidă (AR) insuficient controlată de remisivele sintetice sau biologice.

Material și metodă

Studiu retrospectiv longitudinal pe 88 pacienți consecutivi cu AR activă cărora li s-a administrat TCZ conform recomandărilor naționale; s-au urmărit date de activitate (DAS28-VSH, SDAI) și răspuns terapeutic (EUSTAR). Analiza a fost efectuată global și pe subgrupuri, în funcție de statusul bionaiiv/bioexperimentat, monoterapie/ terapie combinată. Au fost incluse toate cazurile cu minim 12 luni de administrare a TCZ.

Rezultate

80.4% din cohorta analizată au fost femei, cu vârsta medie 63 ani, durata medie a AR 14.35 ani; majoritatea (87.3%) au avut în istoricul terapeutic minim un agent biologic și doar 9.1% au fost bionaiivi ; 61% au asociate csDMARDs, în timp ce 37.2% sunt în monoterapie dat fiind comorbidități sau efecte adverse la csDMARDs. La 12 luni de tratament s-a înregistrat ameliorare semnificativă a activității bolii (inițial : DAS28-VSH=5.17, SDAI=22.52; 12 luni : DAS28-VSH=2.82; SDAI=8.27), cu scăderea în dinamică -2.35 DAS28-VSH și -14.25 SDAI. După o perioadă medie de utilizare a TCZ de 31.57 luni, 67.7% AR ating remisiunea, 18.6% boală cu activitate joasă. 23.7% pacienți se află deja în tapering.

28 pacienți au sistat administrarea TCZ din varia motive (10 non-responder secundar, 17 efecte adverse serioase cu outcome fatal în 5 cazuri, 1 sarcină), majoritatea fiind bioexperimentați, cu un parcurs în medie de 3 biologice cu mecanisme diferite de acțiune.

Concluzii

TCZ este o opțiune terapeutică eficientă pentru pacienții cu AR.

Bibliografie

1. Boulos Haraoui, Shahin Jamal, Vandana Ahluwalia, Diana Fung, Tarang Manchanda, Majed Khraishi. Real-world Tocilizumab use in patients with Rheumatoid arthritis in Canada: 12-month results from an observational, noninterventional study. Rheumatol Ther (2018) 5:551-565

P66: HEMORAGIE ALVEOLARĂ DIFUZĂ LA O PACIENTĂ TÂNARĂ

Cătălina Țecu, Loreta Istrate, Mihaela Agache, Liliana Popa, Cătălin Codreanu
Centrul Clinic de Boli Reumatismale “Dr. Ion Stoia”, București, România

Introducere: Vasculitele de vas mic cu afectare cutanată și pulmonară prezintă pentru medicul practician o provocare în realizarea diagnosticului diferențial. Vă prezentăm cazul unei paciente de 44 ani, internată în Centrul Clinic de Boli Reumatismale “Dr. Ion Stoia” în ianuarie 2021 pentru hemoptizie recurentă agravată, debutată în urmă cu 7 ani, din anul 2016 adăugându-se erupție cutanată peteșială la nivelul membrelor inferioare. Dintre antecedentele personale patologice menționăm episoade repetate de faringită acută, amigdalită acută și proteinurie subnefrotică, pentru care a fost investigată nefrologic în anul 2014. S-a efectuat puncție biopsie renală care a relevat glomerulonefrită cu depozite mezangiale de IgA. În ianuarie 2021 a fost evaluată pneumologic prin pletismografie ce a indicat DLCO în limite normale, lavaj bronho-alveolar unde s-a evidențiat sindrom hemoragic alveolo-capilar sever dar și prin CT pulmonar, unde s-au decelat arii de geam mat în ambele câmpuri pulmonare. S-a constatat absența sindromului inflamator biologic și imunologie sărăcicioasă (normalizarea cANCA – prezent în titru scăzut la debutul simptomatologiei). Discuții: Sub tratament cu GC în doze medii și asociere de tratament imunosupresor cu MMF 2g/zi, evoluția a fost una favorabilă cu ameliorarea semnificativă a imaginilor CT pulmonare la 3 luni de la inițierea terapiei. În evoluția cazului s-a remarcat reactivarea leziunilor purpurice cutanate din cadrul vasculitei, la distanță de o săptămână după administrarea celei de-a doua doze a vaccinului ARNm SARS-CoV-2. Concluzie: Caz rar de hemoragie alveolară difuză la o pacientă cu vasculită cu IgA, datele din literatură susținând un prognostic nefavorabil la o tremie dintre pacienți [1].

Bibliografie: 1. Seigo Miyoshi et al.; Pulmonary Hemorrhaging as a Fatal Complication of IgA Vasculitis, Intern Med, 2018 Nov 1.

P67: DERMATOMIOZITA MDA5 POZITIVĂ CU AFECTARE PULMONARĂ RAPID PROGRESIVĂ

Cozma Iulia, Felea Ioana, Tămaș Maria Magdalena, Dîrzu Dan Sebastian, Maghear Lavinia, Rednic Simona
Clinica de Reumatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, România

Prezentare caz

Se va prezenta cazul unei paciente în vârstă de 68 ani, cu istoric de carcinom mamar stâng operat și chimiotratat (2002), diagnosticată în serviciul nostru cu dermatomiozită: manifestări cutanate specifice, artrite MCF și IFP bilateral, FM 4/5 scăzută, sindrom de liză musculară, ANA 1/160, profil miozită intens pozitiv: MDA5 și Ro-52, echivoc: PL-7, PL-12 și un ENMG sugestiv pentru o suferință miogenă.

Screeningul paraneoplazic extensiv a fost negativ, iar afectarea pulmonară la baseline a decelat aspect de NSIP cu afectare <25%(CT), s-a inițiat Solu Medrol 3g, urmat de Medrol 64 mg/zi., în asociere cu CS 300 mg/zi terapie aleasă datorită pancitopeniei prezente la debut.

În decurs de o luna de la diagnostic, pacienta a dezvoltat erupție generalizată, eritemato-pustuloasă, biopsiată în serviciul de dermatologie și interpretată ca dermatoză subcornosă pustuloasă, ulterior prezentând multiple abcese cutanate și musculare cu Stafilococ aureu, care au necesitat antibioterapie. În evoluție, a dezvoltat brusc un episod de insuficiență respiratorie acută, însoțită de durere toracică anterioară, fiind exclus un TEP prin Angio-CT pulmonar, dar cu decelarea unei afectări pulmonare severe cu multiple focare de umplere alveolară bilateral. Tratamentul imunosupresor agresiv a fost temporizat câteva zile pentru excluderea COVID19, a altor etiologii infecțioase și a unei stări septice. S-a administrat un puls de CF 10mg/kgc în asociere cu CS 150mg/zi, Lemod-Solu puls 2.5g și 15g IgIV, fără răspuns, fiind necesar transferul pe TI pentru CPAP NIV, ulterior datorită degradării respiratorii continue, cu necesar de IOT+VM sub care a dezvoltat pneumomediastin. Ca terapie de salvare, s-a inițiat o ședință de TPE, ulterior datorita ARDS sever necesitand CRRT. Pe fond de MSOF

pacienta a decedat la 7 zile după admiterea pe TI, la 4 luni de la diagnostic și la 10 luni de la primele manifestări ale bolii.

Discuții

Particularitatea cazului este dată în primul rând de asocierea mai multor anticorpi cunoscuți ca având implicații în afectarea pulmonară: Ac anti-MDA5, Ac anti Ro-52, Ac antisintetazici (PL-7 și PL12) cât și de manifestările cutanate asociate. De asemenea, o particularitate este și prezența afectării musculare, deși în 70% din cazuri MDA5 apare în dermatomiozita amiopatică.

Concluzii

Dermatomiozita MDA5 pozitivă este un subtip de miozită recent identificat, caracterizat printr-o afectare pulmonară severă, manifestări cutanate specifice și mortalitate crescută.

Creșterea conștientizării pentru aceasta entitate, prin recunoașterea simptomatologiei și inițierea precoce a imunosupresiei agresive, poate crește supraviețuirea.

Bibliografie

1. Mehta, P., Machado, P.M. & Gupta, L. Understanding and managing anti-MDA 5 dermatomyositis, including potential COVID-19 mimicry. *Rheumatol Int* 41, 1021–1036 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00296-021-04819-1>
2. Fujisawa, T. Management of Myositis-Associated Interstitial Lung Disease. *Medicina* 2021, 57, 347. <https://doi.org/10.3390/medicina 57040347>

P68: SINDROMUL ANTISINTETAZĂ ANTI-PL-12 POZITIV FORMA AMIOPATICĂ – O ENTITATE CLINICĂ RAR RECUNOSCUTĂ

Pașa Victoria^{1,2}, Petrariu Luiza², Codrina Ancuța^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, ²Spitalul Clinic de Recuperare, Clinica 2 Reumatologie, Iași, România

Introducere: Sindroamele antisintetază (SAS) reprezintă un grup heterogen de boli autoimune aparținând miopatiilor inflamatorii idiopatice, ce apar pe un teren cu susceptibilitate genetică ca raspuns aberant la aminoacil-tARN sintetazele imunogene. Triada clinică caracteristică cuprinde miozita, boala pulmonară interstițială (BPI) și artrita non-erozivă. Implicarea pulmonară interstițială, mai ales asociată anticorpilor anti-PL-12 tinde să fie severă și progresivă, cu raspuns slab la terapia cu steroizi.

Material: Prezentăm cazul unei paciente 47 ani, încadrată inițial ca sclerodermie sistemică pe baza fenomenului Raynaud, artritei non-erozive, BPI și tratată ca atare, recatalogată ulterior ca SAS anti-PL-12 pozitiv forma amiopatică.

Elementele clinico-biologice și imagistice ce au stat la baza reconsiderării diagnostice au fost următoarele: (i) *clinic*: fenomen Raynaud, aspect “mâini de mecanic”, artrită mâini, forță musculară neimpactată/pastrată, astenie marcată, dispnee grad II mMrc; (ii) *paraclinic*: sindrom inflamator modest (până în 3-4x limita superioară VSH, proteina C reactivă), enzimologie musculară normală, bilanț imunologic cu ANA pozitiv, anti-Ro/SSA pozitiv, profil miozitic cu specificitate anti-PL-12 și anti-Ro52, artrită non-erozivă imagistic, pattern NSIP CT toracic (“geam mat”, septuri interstițiale intralobulare îngroșate), teste funcționale pulmonare (TFP) alterate (VEMS/CVF=83.8%, CVF=3.04 L, DLCO=74%). Reținem absența beneficiilor terapeutice ale azatioprinei (150 mg/zi, 5 luni) combinate cu glucocorticoizi sistemic, dar ameliorare semnificativă clinică și TFP sub Ciclofosamidă pulse-terapie lunară.

Discuții: Morbiditatea și mortalitatea SAS sunt dependente de gradul afectării pulmonare, BPI putând fi singura manifestare caracteristică bolii în absența miozitei.

Concluzii: Cazul evidențiază semnificația luării în considerare a anticorpilor anti-sintetază la pacienții cu BPI fără alte semne de boală a țesutului conjunctiv.

Bibliografie

1. Ancuța C., Miopatiile inflamatorii idiopatice – concepte patofiziologice, diagnostice și terapeutice actuale. Editura „Grigore T. Popa”, U.M.F. Iași, 2014; 143, 211;

P69: SCLERODERMIA SISTEMICĂ ÎN TRATAMENTUL CU BOSENTAN - RĂSPUNSUL TERAPEUTIC DEPINDE DE FORMA DE BOALĂ?

Vlad-Ionuț Onofrei, Anca Cardoneanu, Elena Rezuș
Spitalul Clinic de Recuperare Iași, România

Obiective: Obiectivul lucrării este monitorizarea răspunsului terapeutic în cadrul tratamentului cu Bosentan, terapie inițiată la două paciente cu Sclerodermie sistemică (SS) formă cutanat difuză, respectiv formă cutanat limitată.

Material si metode: Cele două paciente, diagnosticate cu SS și având forme de boală diferite, internate în Clinica de Reumatologie I a Spitalului Clinic de Recuperare Iași, au început tratamentul cu Bosentan în luna octombrie 2020.

Rezultate: Examenul clinic la internare al ambelor paciente a evidențiat sclerodactilii, ulcerații digitale, cicatrici stelate și fenomen Raynaud bilateral. Imunologic, pacientele au prezentat titru crescut al anticorpilor anti-SCL-70, respectiv anti-centromer. În urma inițierii tratamentului cu Bosentan, în cazul pacientei cu formă cutanat limitată de boală s-a observat apariția de ulcerații digitale noi, necesitând chiar intervenție chirurgicală, iar examenul DLCO a evidențiat o afectare pulmonară severă. Ca și efect secundar medicamentos, s-a decelat creșterea transaminazelor. Comparativ cu aceasta, evoluția pacientei cu formă cutanat difuză a fost una mai bună, caracterizată prin ameliorarea ulcerațiilor digitale și menținerea funcției respiratorii în parametri normali.

Discuții: Literatura de specialitate evidențiază legătura directă dintre terapia cu Bosentan și scăderea cu 30% a numărului de ulcerații digitale noi. Printre efectele adverse notabile ale terapiei se numără afectarea hepatică.

Concluzii: După 11 luni de tratament cu Bosentan, am constatat o evoluție nefavorabilă a pacientei având o formă cutanat limitată de boală, tradusă prin lipsa ameliorării ulcerațiilor digitale și a funcției respiratorii.

Bibliografie:

1. Castellví I, Simeón CP, Sarmiento M, Casademont J, Corominas H, Fonollosa V. Effect of bosentan in pulmonary hypertension development in systemic sclerosis patients with digital ulcers. PLoS One. 2020;15(12 December):1-9. doi:10.1371/journal.pone.0243651
2. Matucci-Cerinic M, Denton CP, Furst DE, et al. Bosentan treatment of digital ulcers related to systemic sclerosis: Results from the RAPIDS-2 randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Rheum Dis. 2011;70(1):32-38. doi:10.1136/ard.2010.130658

P70: SINDROM OVERLAP: SCLERODERMIE ȘI POLIMIOZITĂ – PROVOCĂRI DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE

Adriana IVAȘCU, Luminița ENACHE, Cătălin CODREANU
Centrul Clinic de Boli Reumatismale „dr. Ion Stoia”, București, România

Obiectiv: Diagnosticarea unui sindrom de overlap (sclerodermie/polimiozită) și managementul acestuia.

Metode: O pacientă de 49 de ani, nefumătoare, cu hipotiroidie (levotiroxină; TSH normal) și toxoplasmoză (azitromicină), se prezintă pentru: artralgiile și mialgiile generalizate, dispnee la eforturi moderate și astenie fizică marcată. Afirmă și fenomene Raynaud de 1 an și scădere ponderală (10 kg/6 luni). Clinic, prezenta: tegumente infiltrate difuz, indurate; aspect de „sare și piper” pe toracele posterior; forță musculară scăzută; durere la palpare și mobilizare poliarticulară.

Rezultate: Se remarcă: sindrom inflamator (CRP=7,46mg/dL, VSH=90mm/oră); citoliză musculară (CK=2313U/L, LDH=798U/L, ALT=100U/L, AST=176U/L); anticorpi anti-Mi2, anti-PM-Scl100, anti-PM-Scl75 și anti-ARN-Pol-III pozitivi; anticorpi anti-Scl70, anti-centromer și anti-U1RNP negativi. Ecografia musculoscheletală evidențiază minimă sinovită radiocubitocarpiană bilaterală și cot stâng. Capilaroscopic, prezintă pattern de sclerodermie activă. Pulmonar, radiografia toracică în limite

normale, spirometria evidențiază disfuncție ventilatoare restrictivă moderată cu disfuncție alveolo-capilară severă, iar CT-ul decela alveolită interstițială bibazală. Astfel, s-a diagnosticat sindrom de overlap sclerodermie/polimiozită și s-au inițiat glucocorticoizi (dexametazonă 8 mg/zi) și ciclofosfamidă, cu evoluție favorabilă.

Discuții: Sindromul de citoliză musculară putea fi prezent în contextul hipotiroidiei, dar aceasta era controlată terapeutic, cât și în contextul toxoplasmozei, dar pacienta avea tratament antibiotic, iar imunologia sugera infecție cronică. S-a luat în discuție doza mare de glucocorticoizi, dar riscul afectării renale în sclerodermie cu anticorpi anti-ARN-Pol-III pozitivi ce asociază toxoplasmoză a impus doze mai mici.

Concluzii: Având în vedere asocierea toxoplasmozei și afecțiunii tiroidiene, a fost necesară examinarea atentă în vederea excluderii manifestărilor reumatologice asociate altor boli și prudență în ceea ce privește administrarea corticoterapiei.

1. Jury EC, Cruz DD, Morrow WJW. Autoantibodies and overlap syndromes in autoimmune rheumatic disease. *J Clin Pathol.* 2001;54:340–347.

P71: SCORURI DE ACTIVITATE ȘI FUNCȚIONALE LA PACIENȚII CU SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ DE VÂRSTĂ ACTIVĂ

Mihaela-Dănuța Stîncescu¹, Alexandra Maria Burlui^{1,2}, Elena Rezuș^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Recuperare, Iași

2. Universitatea de Medicină și Farmacie Grigore T. Popa, Iași

Introducere: Spondilita anchilozantă (SA) este o boală inflamatorie cronică, debutul survenind cel mai frecvent la persoanele de vârstă activă.

Obiective: Studiul de față și-a propus să investigheze factorii care ar putea contribui la abandonul profesional într-un grup cu pacienți cu SA de vârstă activă.

Material și metodă: Am realizat un studiu observațional prospectiv incluzând pacienți cu SA de vârstă activă. Am evaluat afectarea funcțională utilizând scorul BASFI și activitatea bolii folosind scorurile BASDAI și ASDAS. Analiza datelor s-a realizat cu ajutorul IBM SPSS 23.0.

Rezultate: Lotul studiat a fost compus din 100 pacienți cu vârsta medie de 48,85 ani și un raport bărbați:femei de 2,33:1. Sub 30% din participanți și-au exprimat dorința de a rămâne activi profesional. În lotul studiat, scorurile de activitate (BASDAI, ASDAS-VSH, ASDAS-CRP) și markerii inflamatori (VSH, CRP) nu au demonstrat o relație notabilă cu incapacitatea de muncă ($p > 0,05$), însă am observat valori ale BASFI semnificativ mai ridicate la pacienții care au optat pentru retragerea din câmpul muncii față de cei activi profesional ($5,39 \pm 2,55$ versus $4,12 \pm 2,37$; $p = 0,022$). Activitățile cotidiene ca ridicarea obiectelor de pe podea, apucarea obiectelor aflate pe un raft înalt, respectiv mișcările presupunând rotația coloanei vertebrale cervicale s-au dovedit a fi mai dificil de realizat la pacienții care au dorit retragerea din câmpul muncii ($p = 0,018$; $p = 0,019$; $p = 0,002$).

Discuții: Manifestările clinice și impactul funcțional asociat SA pot conduce la absenteism, reducerea programului de lucru și abandonul profesional.

Concluzii: Impotența funcțională rămâne un factor care contribuie notabil la retragerea din câmpul muncii a pacienților cu SA.

P72: TRIPLĂ MALIGNITATE METACRONĂ LA PACIENTĂ LUPICĂ (SINDROM LI-FRAUMENI-LIKE)

Dr. Mihaela Dinulescu, Dr. Doina Nițescu, Dr. Alexandra Bastian, Dr. Cristiana Popp
Spitalul Clinic Colentina, București

Introducere: Apariția malignității la pacienți cu boli autoimune este multicauzală, inflamația cronică coroborându-se cu efectele imunosupresiei terapeutice, respectiv cu factori genetici și de mediu, interacțiunea acestora putând avea ca rezultat oncogeneza.

Prezentarea cazului: Femeie, 61 ani, cu istoric de expunere la ierbicide și pesticide, fără AHC semnificative, este diagnosticată la 20 ani cu LES (formă moderată), fiind corticotratată timp de 40 ani, pe parcurs asociindu-se hidroxiclorochina, respectiv azathioprina. În 2011, la reevaluare, se decelează formațiune renală polară, dovedită carcinom renal cu celule clare T1aNx. În 2013, se identifică o nouă malignitate, musculară - sarcom pleomorf nediferențiat, care a fost radio- și chimiotratată. În 2021 apar inapetență, sațietate precoce, scădere ponderală importantă; CT abdominală relevă voluminoasă tumoră retrogastrică. Se practică hemigastrectomie; histopatologic-adenocarcinom gastric tubulo-papilar pT4bN3 p53 pozitiv. Patologia autoimună de fond-LES era în remisiune postterapeutică prelungită, cu minim tratament imunomodulator.

Discuții: Cercetările relevă că pacienții cu o primă tumoră malignă sunt predispuși pentru apariția unui nou cancer. Factorii de risc pentru oncogeneză sunt atât intrinseci- predispoziția genetică și inflamația cronică (modulează gena p53), cât și extrinseci- oncoterapia, imagistica medicală, noxele de mediu și profesionale. Sindroamele maligne ereditare par a fi principala explicație pentru apariția malignităților multiple metacrone. Este plauzibil ca, la această pacientă, colagenoza generatoare de inflamație cronică să fi favorizat expresia unui sindrom Li-Fraumeni-like, definit de apariția succesivă a cancerului renal, a celui muscular, respectiv a malignității gastrice p53+.

Concluzii: Studiul acestui caz poate contribui la clarificarea managementului și prognosticului bolnavilor cu patologie autoimună sistemică și multiple tumori maligne primitive.

Bibliografie:

1. Malik Tariq Rasool, Mohd Lateef Wani, Mohammad Maqbool Lone, Khursheed Ahmad, Rais Ahmad Malik, Mohammad Tafazul Shiekh "Triple malignancy: A rare occurrence", India, 2012;
2. Tyler B. Torina , Emily L. Hudspeth , Joon Min Chun , William Zaloga, Carlisle Alderink, and Yazan Abdeen, "An Unusual Occurrence of Multiple Metachronous and Synchronous Primary Cancers in a Female Patient", Mercy Hospital Fort Smith, Arkansas College of Osteopathic Medicine, USA, 2020.

P73: ULTRASONOGRAFIA PULMONARĂ ÎN AFECTAREA PULMONARĂ INTERSTITIALĂ DIN COLAGENOZE

Iulia Szabo¹, Romeo Chira^{1,2}, Laura Muntean^{1,3}, Dan Duma^{1,4}, Simona Rednic^{1,3}

¹ Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

² Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, Gastroenterologie

³ Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, Reumatologie

⁴ Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, Radiologie și Imagistică Medicală

OBIECTIVE: Date recente din literatură au subliniat potențialul rol al ultrasonografiei pulmonare în identificarea și monitorizarea pneumopatiilor interstițiale difuze (PID) din colagenoze. Obiectivul acestui studiu pilot a fost descrierea și cuantificarea leziunilor pulmonare decelate ultrasonografic la o populație heterogenă de pacienți cu boli de țesut conjunctiv.

MATERIAL ȘI METODĂ: În studiu au fost incluși 7 pacienți cu diferite colagenoze (sclerodermie sistemică, overlap dermatomiozită cu sclerodermie sistemică, Sjogren primar, boală mixtă de țesut conjunctiv). Protocolul a inclus scanarea a 14 spații intercostale, în secțiune oblică, utilizând atât proba convexă (5 MHz) pentru identificarea liniilor B, cât și proba liniară (10 MHz) pentru caracterizarea pleurei (aspect, grosime, consolidări pleurale). Toți pacienții au fost evaluați și prin tomografie computerizată de înaltă rezoluție (HRCT) toracică.

REZULTATE: 5 (71%) din cei 7 pacienți examinați au prezentat imagini HRCT caracteristice PID. Mediana liniilor B la pacienții cu PID a fost 23 linii B [8-27] comparativ cu 2.5 [2.25-2.75] la pacienții fără PID. Media grosimii pleurale la pacienții cu PID a fost 1.39 ± 0.33 mm comparativ cu 1.04 ± 0.35 mm la pacienții fără PID. Mediana consolidărilor pleurale la pacienții cu PID a fost 9 consolidări [4-10] comparativ cu 2,5 consolidări [2.25-2.75] la pacienții fără PID. Neregularități pleurale au fost identificate la toți pacienții incluși în studiu.

CONCLUZII: În lipsa unui protocol standardizat, a unor valori prag pentru liniile B și grosimea

pleurală, respectiv a unei modalități de cuantificare a neregularităților pleurale este dificil de apreciat rolul ultrasonografiei pulmonare în diagnosticul și monitorizarea PID din colagenoze.

P74: LUPUS IN VENTREM

Lavinia Maghear, Ioana Felea, Simona Grad, Ioan Brumboiu, Iulia Cozma, Andreea Predoiu, Simona Rednic
Clinica de Reumatologie, Spitalul Clinic de Urgență Cluj-Napoca, România

Prezentare de caz

Pacient în vârstă de 38 de ani, cunoscut cu lupus eritematos sistemic cu elemente de boală mixtă de țesut conjunctiv, se prezintă pentru vărsături postprandiale precoce, greață, inapetență, scaune diareice fără produse patologice, dureri abdominale nesistemizate și sindrom asteno-adinamic. Boala a debutat în 2019 cu ascită în cantitate mare, durere abdominală colicativă, greață, vărsături, diaree, cu excluderea cauzelor infecțioase, inflamatorii sau ischemice din sfera digestivă, profil disimunitar: ANA + 1/2560 fin pătat, antiSSA+, anti RNP/Sm +++, Sm+++, ADNdc -, consum de C3,C4. Asociat a prezentat rash malar, alopecie, pericardită, nefropatie cu sindrom nefrotic (13g/24h- biopsie “minimal change disease”). S-a conturat tabloul de lupus eritematos sistemic cu elemente de boală mixtă de țesut conjunctiv, cu afectare cutanată, digestivă, serozitică și renală. S-au instituit 6 pulsuri de ciclofosamidă 10mg/kgc, apoi terapie de menținere cu Imuran 100mg/zi, Plaquenil 400mg/zi și corticosteroizi orali în doze descrescătoare, cu evoluție favorabilă. La evaluarea din ianuarie anul curent, fracțiunea C3 a complementului a fost scăzută, fără alte acuze. În august anul curent, pacientul revine cu simptomele enunțate mai sus. Biologic prezenta usoară limfopenie, anemie normocromă normocitară usoară, D dimeri crescuți, feritină crescută, consum de complement, profil disimunitar amintit mai sus, atc antifosfolipidici negativ, fara proteinurie semnificativă. Am exclus prin multiple explorări de laborator si imagistice posibile etiologii de durere abdominală la un pacient cunoscut cu lupus eritematos sistemic. Aspectul descris la CT a susținut diagnosticul prezumptiv de enterită lupică. Tratamentul a constat in 3 pulsuri de MP 1g, cu ameliorare rapidă, ulterior menținere cu Micofenolat Mofetil, CS orali, Plaquenil, Benlysta.

Discuții

Particularitatea acestui caz constă în faptul că manifestarea digestivă a reprezentat forma de debut a lupusului, cât și cea de recidivă, enterita lupică fiind o entitate rară. Tabloul clinic, biologic și investigațiile complementare, au condus la un diagnostic cert, precoce și un tratament prompt, cu răspuns net favorabil.

Concluzii

Enterita lupică reprezintă o complicație rară a lupusului eritematos sistemic și totodată o rară formă de debut. Evaluarea CT este gold standard la un pacient cunoscut cu lupus și durere abdominală, răspunde excelent la CS în doze mari, necesită un diagnostic precoce, astfel are un prognostic bun.

Bibliografie: Gonzalez A, Wadhwa V, Salomon F, Kaur J, Castro FJ. Lupus enteritis as the only active manifestation of systemic lupus erythematosus: A case report. World J Clin Cases 2019; 7(11): 1315-1322 [PMID: 31236395 DOI: 10.12998/wjcc.v7.i11.1315]

Janssens P, Arnaud L, Galicier L, Mathian A, Hie M, Sene D, Haroche J, Veyssier-Belot C, Huynh-Charlier I, Grenier PA, Piette JC, Amoura Z. Lupus enteritis: from clinical findings to therapeutic management. Orphanet J Rare Dis. 2013;8:67

16⁰⁰ – 16³⁰ : Pauză cafea

16⁰⁰ – 17³⁰ : ATELIER PENTRU REZIDENȚI: CUM SĂ REALIZAM O PREZENTARE

CUPRINS

Mesaj de Invitație.....4

PROGRAM

Congresul Național de Reumatologie.....5

Program vineri 24 septembrie.....6

Program sâmbătă 25 septembrie.....9

Program sesiune postere13

VOLUM DE REZUMATE.....19

Rezumate vineri 24 septembrie.....20

Rezumate sâmbătă 25 septembrie.....45

Rezumate sesiune postere.....76



ENBREL®
PESTE 20² ANI
DE EXPERIENȚĂ

“Transformă
viața pacienților
acum și în viitor”

Referință: 1. Scott LJ. Drugs. 2014;74:1379-1410. 2. Enbrel (etanercept) FDA Approval History - Drugs.com, disponibil la "https://www.drugs.com/history/enbrel.html", accesat la 18.02.2021.

Enbrel 25 mg, 50 mg, soluție injectabilă în seringi preumplute; Enbrel 25 mg pulbere și solvent pentru soluție injectabilă (pentru uz pediatric), Enbrel 50 mg soluție injectabilă în stiloii injector (pen) preumpluți. Fiecare seringă preumplută/flocon conține etanercept 25 mg sau etanercept 50 mg. Fiecare stilou injector (pen) preumplut conține etanercept 50 mg. **FORMA FARMACEUTICĂ:** Soluție injectabilă. Soluția este limpede și incoloră sau de culoare galben deschis sau maro deschis. **Indicații terapeutice:** Poliartrita reumatoidă, Artrita juvenilă idiopatică : poliarticulară la copii și adolescenți cu vârste peste 2 ani; artrita psoriazică și artrita asociată entezitei la adolescenți începând cu vârsta de 12 ani, Artrita psoriazică, Spondilita anchilozantă, Spondilartrita axială fără semne radiologice, Psoriazisul în plăci, Psoriazisul în plăci, la copii și adolescenți cu vârste peste 6 ani. **Doze și mod de administrare:** Poliartrita reumatoidă: 25 mg Enbrel x2/săptămână sau 50 mg o dată/săptămână. Artrita psoriazică, spondilita anchilozantă și spondilartrita axială fără semne radiologice: 25 mg Enbrel x2/săptămână sau 50 mg o dată/săptămână. Psoriazis în plăci: 25 mg x2/săptămână sau 50 mg o dată/săptămână; alternativ, o doză de 50 mg x2/săptămână, timp de maximum 12 săptămâni, urmată, dacă este necesar, de 25 mg x2/săptămână sau de 50 mg o dată/săptămână. **Tratamentul cu Enbrel trebuie continuat până la remisia bolii, maximum 24 de săptămâni.** **Tratamentul va fi întrerupt în lipsa unui răspuns, după 12 săptămâni de tratament.** **Tratamentul continuu, timp de peste 24 de săptămâni, poate fi adecvat pentru unii pacienți adulți.** **Mod de administrare:** injecție subcutanată. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți; sepsis sau risc de sepsis; infecții active, inclusiv infecții cronice sau localizate. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** Infecții, tuberculoză, reactivarea hepatitei virale B, agravarea hepatitei C, tratamentul asociat cu anakinra sau abatacept nu este recomandat, reacții alergice, imunosupresie, malignități și alte tulburări limfoproliferative, vaccinare, formarea de autoanticorpi este posibilă, reacții hematologice, tulburări ale SNC; tratamentul asociat: nu a fost stabilită siguranța pe termen lung a utilizării Enbrel în asociere cu alte medicamente antireumatice modificatoare ale evoluției bolii (MARB), cu tratamente sistemice sau cu fototerapie pentru tratamentul psoriazisului. **Insuficiența renală și hepatică:** nu este necesară ajustarea dozei. **Insuficiența cardiacă congestivă:** precauție. **Hepatita alcoolică:** precauție. **Granulomatoza Wegener:** nu este recomandat ca tratament al acestei afecțiuni. **Diaabet:** precauție. **Interațiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune:** anakinra, abatacept, sulfasalazina. **Sarcina și alăptarea:** Enbrel trebuie utilizat în timpul sarcinii numai dacă este necesar din punct de vedere clinic; Etanercept traversează placentă și a fost detectat în serul sugarilor născuți din paciente tratate cu Enbrel în timpul sarcinii; sugarii pot prezenta un risc crescut de infecții. În general, nu este recomandată administrarea vaccinurilor la virusuri vii la sugarii timp de 16 săptămâni după ultima doză de Enbrel administrată mamei. Întrucât Enbrel poate fi excretat în laptele matern, trebuie decis dacă se întrerupe alăptarea sau se întrerupe tratamentul cu Enbrel pe durata alăptării. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje:** nu s-au efectuat studii. **Reacții adverse.** **La adulți: foarte frecvente și frecvente:** reacții la locul de injecție (cum ar fi durerea, tumefierea, pruritul, eritemul și sângerările la locul injectării), infecții (cum ar fi infecții ale tractului respirator superior, bronșită, infecții ale vezicii urinare și infecții cutanate), cefalee, reacții alergice, apariția autoanticorpilor, prurit și febră; **mai puțin frecvente:** infecții grave (incluzând pneumonie, celulită, artrită septică, sepsis și infecție parazitată), trombocitopenie, anemie, leucopenie, neutropenie, cancer de piele non-melanom, vasculită sistemică, uveită, sclerită, agravarea insuficienței cardiace, boală inflamatorie intestinală, valori crescute ale enzimelor hepatice, edem angioneurotic, urticarie, erupții cutanate, erupții cutanate psoriaziforme, psoriazis (incluzând psoriazisul incipient sau agravat și cel pustular, în principal palmar și plantar); **rare și foarte rare:** tuberculoză, infecții oportuniste (incluzând infecții invazive fungice, protozoarice, bacteriene, și micobacteriene atipice, virale și Legionella), limfom, melanom, leucemie, anemie aplastică, pancitopenie, reacții alergice/anafilactice grave, sarcooidoză, convulsii, reacții de demielinizare ale SNC, insuficiență cardiacă congestivă nou instalată, boli pulmonare interstițiale, hepatită autoimună, vasculită, eritem poliform, reacții lichenoidale, lupus eritematos, sindrom lupoid, necroliză epidrmică toxică; **cu frecvență necunoscută:** reactivarea hepatitei B, listeria, carcinom cu celule Merkel, sarcom Kaposi, histiocitoză hemofagocitară (sindrom de activare macrofagică), agravarea simptomelor de dermatomiozită. **Supradozaj:** fără reacții adverse. **Excipienți:** manitol (E421), zahăr, trometamol, apă pentru preparate injectabile. **Incompatibilități:** nu trebuie amestecat cu alte medicamente. **Perioada de valabilitate:** 4 ani pentru pulbere și solvent pentru soluție injectabilă. Medicamentul reconstituit trebuie utilizat imediat, în caz contrar, perioadele și condițiile de păstrare nu trebuie să depășească, în mod normal, 6 ore la 2°C - 8°C, cu excepția cazului în care reconstituirea a fost făcută în condiții aseptice controlate și validate. 30 luni pentru stiloul injector (pen) preumplut și seringi preumplute. **Precauții speciale pentru păstrare:** A se păstra la frigider (2°C - 8°C). A nu se congela. Enbrel poate fi păstrat la temperaturi de până la maximum 25°C pentru o singură perioadă de până la patru săptămâni; după care, el nu trebuie păstrat din nou la frigider. Dacă nu este utilizat în decurs de patru săptămâni de la scoaterea din frigider, Enbrel trebuie eliminat. Data ultimei reînnoiri a autorizației: 3 februarie 2010. **DATA REVIZUIRII TEXTULUI:** 14 ianuarie 2021. Acest medicament se eliberează numai cu prescripție medicală (P-RF/R). Pentru informații complete consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului. Acest material este destinat exclusiv specialiștilor din domeniul medical.



Pfizer România SRL

Willbrook Platinum Business and Convention Center, Șos. București-Ploiești 172-176, corp B, etaj 5, sector 1, 013686, București

Tel: +40 21 207 28 00, Fax: +40 21 207 28 01

PP-ENB-ROU-0119



www.srreumatologie.ro

Material realizat cu sprijinul companiei

