

GanteReview

Del 5 – 8 de Septiembre

Sociedad Española de Reumatología

SER + UCB

Creciendo juntos en Reumatología

GanteReview

Del 5 – 8 de Septiembre

Resumen Segundo Día

Dra. Delia Reina Sanz

Servicio de Reumatología.

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona

Sociedad Española de Reumatología

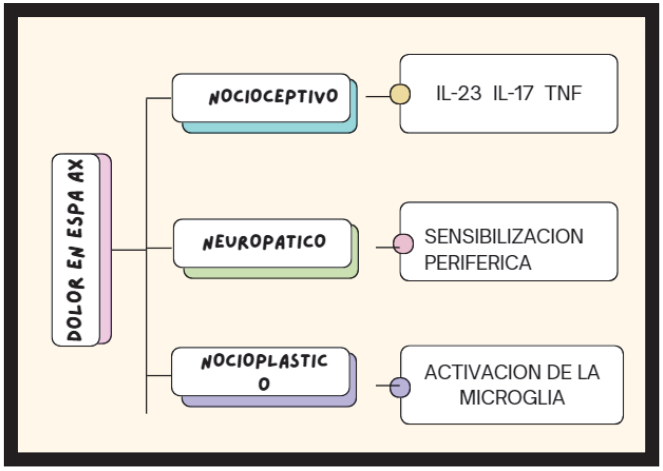
SER + UCB

Creciendo juntos en Reumatología

The Clinical Grand Debate: Discrepancy in response to current therapy: Are we choosing the right target?

INV13.Motion: Control of pain is the key outcome in SpA

Kurt de Vlam, Leuven, Belgium



INV14.Counter motion: Control of inflammation is the key outcome in SpA

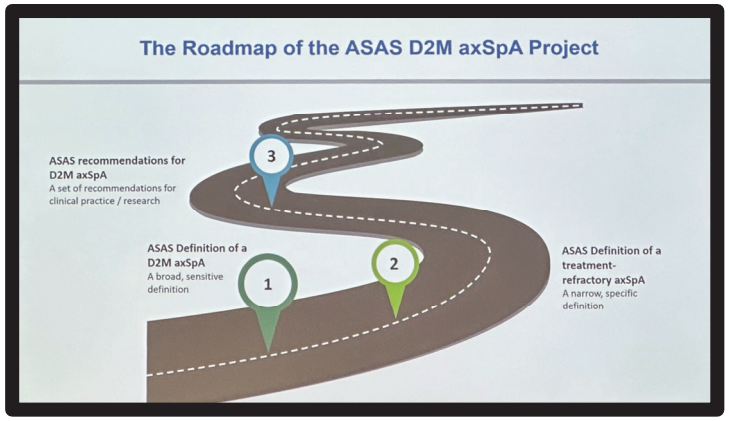
Atul Deodhar, Portland, USA

- **¡El dolor es el objetivo más importante en EspAax!**
- Hay que clasificar el dolor de los pacientes, especialmente en aquellos **sin** signos objetivos de inflamación.
- No todo el dolor es nocioceptivo en la EspAax.
- Las moléculas futuras podrían abordar tanto la inflamación como el dolor más allá de la inflamación.
- ¿Deberíamos replantearnos el concepto de actividad de la enfermedad?

- **¡La inflamación es la fuente de todos los síntomas en la EspA!**
- Controlar la inflamación controla el dolor de los pacientes, pero no al revés.
- La mayoría de nuestros indicadores actuales miden los síntomas de los pacientes (el dolor), y no la inflamación.
- Necesitamos mejores indicadores para evaluar la inflamación.

O11
THE ASSESSMENT OF SPONDYLOARTHRITIS INTERNATIONAL SOCIETY (ASAS) DEFINITION OF DIFFICULT-TO-MANAGE AXIAL SPONDYLOARTHRITIS

Poddubnyy D.1, et al.



Definición consensuada para su uso en investigación.

Revisión de la literatura, rondas Delphi.

All three criteria must be present in a patient with axial spondyloarthritis diagnosed by a rheumatologist:

1. Treatment according to the ASAS-EULAR recommendations and failure of ≥2 b/tsDMARDs* with different mechanisms of action (unless contraindicated).**

2. Insufficient control of signs/symptoms of axSpA defined as ≥1 of the following:

a. High or very high disease activity (ASDAS ≥2.1);
b. Signs or symptoms suggestive of active disease (musculoskeletal or extra-musculoskeletal manifestations, elevated CRP***, active inflammation on MRI***);
c. Rapid radiographic spinal progression****;
d. Well-controlled disease according to the above-mentioned points (a-c), but still having axSpA symptoms that are causing a reduction in quality of life.

3. The present signs/symptoms are perceived as problematic by the rheumatologist and/or the patient.

**Including primary and secondary failure, as well as discontinuation because of side effects/intolerability/contraindications. Treatment failure but not discontinuation due to side effects/intolerability/contraindications is mandatory to conclude the presence of treatment-refractory disease.*
***Contraindications, which result in the inability to apply at least 2 b/tsDMARDs.*
****Objective signs of inflammatory activity (elevated CRP or active inflammation on MRI) are mandatory to conclude the presence of treatment-refractory disease.*
*****Defined as development of >2 new syndesmophytes/bony bridges in 2 years.*

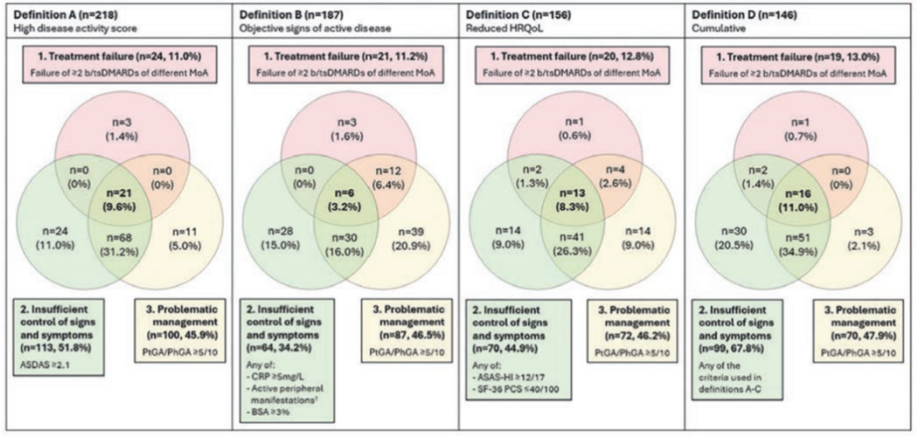


P34
EXPLORING DIFFICULT-TO-TREAT AXIAL SPONDYLOARTHRITIS IN PRACTICE: RESULTS FROM THE DUTCH SPA-NET REGISTRY

Smits M.L.1,2, et al. The Netherlands

218 p.

4 definiciones de EspAax D2T:



Conclusión:

- 1/10 pacientes con EspAax es D2T.

- Factores asociados:
  - No tener empleo remunerado
  - Antecedentes de psoriasis
  - Uveítis



P58
DIFFICULT-TO-TREAT, SPONDYLOARTHRITIS IN A REAL-WORLD MULTICENTRIC COHORT THE DUTCH SPA-NET REGISTRY

Gavi M.B.R.O.1,et al. , Brazil

914 p.

EspAax D2T VS EspAax no D2T

Definición de EspAax D2T:

- Enfermedad activa (ASDAS-PCR ≥2,1),
- Uso previo de ≥2b/tsDMARD y
- EVA del paciente o médico (VAS-Global) ≥5.

P58: Table II. Multivariate analytical statistics with D2T-axSpA as the dependent variable

	Odds-ratio	95%CI	*p*-value
Lower limbs arthritis at diagnosis	2.87	1.50-5.59	**0.002**
Inflammatory Bowel Disease – IBD	4.33	1.39-11.66	**0.006**
Depression	2.65	1.02-6.32	**0.035**
Obesity	2.42	1.01-5.46	**0.040**
Fibromyalgia	2.42	1.01-5.50	**0.042**
BASFI	1.21	1.07-1.37	**0.003**
Current non-TNFi bDMARDs	7.72	3.55-16.44	**<0.001**

BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; non-TNFi: other than TNF inhibitors; CI: confidence interval.

Conclusión:

- Factores asociados:
  - Fenotipo “periférico”
  - Manifestaciones extramusculoesqueléticas y comorbilidades

  → impacto mayor en el trabajo, función física y calidad de vida.

P47
PATIENT AND DISEASE CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH GLOBAL FUNCTIONING AND HEALTH (ASAS HI) IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS: A MIXED-EFFECTS MODEL ANALYSIS OF LONGITUDINAL DATA FROM THE DESIR COHORT

Redeker I.1,2, France

P47: Table I. Association between ASAS HI and patient- and disease characteristics.

Parameter	Coefficient (95% Confidence Interval)	Standardized Coefficient
BASFI (0-10)	0.80 (0.70; 0.90)	0.42
Female sex	1.08 (0.67; 1.50)	0.27
History of IBD	0.60 (0.03; 1.16)	0.15
ASDAS	0.65 (0.47; 0.83)	0.15
FiRST ≥5/6	1.26 (0.93; 1.60)	0.12
University level education	-0.40 (-0.84; 0.03)	-0.10
NSAIDs	0.33 (0.07; 0.58)	0.08
bDMARDs	0.30 (-0.02; 0.63)	0.08
Age (years)	0.02 (-0.01; 0.04)	0.04
Maximal intermalleolar distance (BASMI component)	0.08 (0.00; 0.17)	0.03
Visit	0.00 (-0.01; 0.00)	0.00

ASAS HI: Assessment of SpondyloArthritis international Society Health Index; ASDAS: Ax-SpA Disease Activity Score; BASFI: Bath AS Functional Index; BASMI: Bath AS Metrology Index; bDMARDs: biological disease-modifying anti-rheumatic drugs; FiRST: Fibromyalgia Rapid Screening Tool; NSAIDs: nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Objetivo → Explorar el papel de determinadas características del paciente y de la enfermedad en la predicción del ASAS HI a lo largo del tiempo.

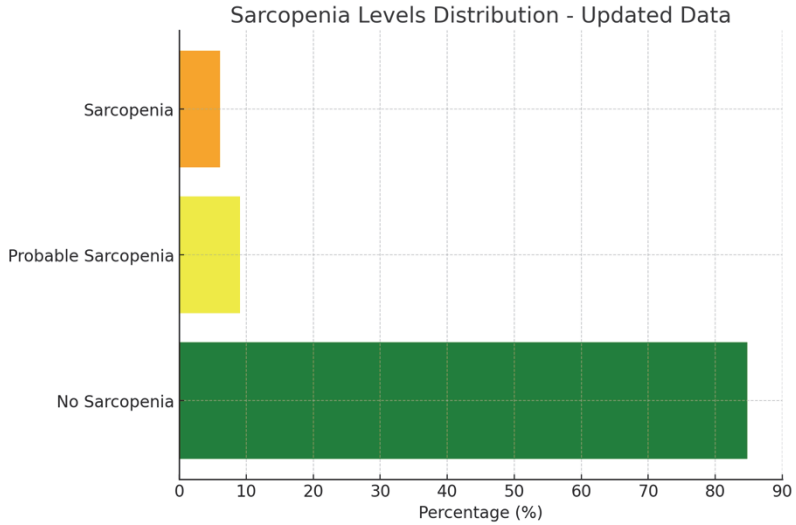
- Se analizaron los datos de la cohorte *DESIR.*
- Desde el 6o → 10o año después de la inclusión, visitas anuales.
- 1.805 visitas de 460 pacientes.
- El ASAS HI medio: 5,8 en el año 6.

Conclusión:

- BASFI y el sexo femenino fueron los predictores más importantes del ASAS HI.
- Mayor ASDAS y antecedentes de EII se asociaron independientemente con un peor ASAS HI.

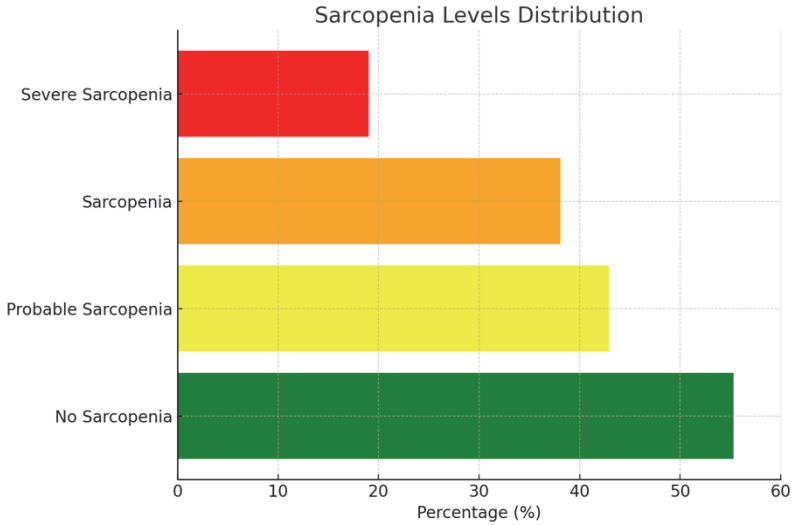
P52
FREQUENCY OF SARCOPENIA IN AXIAL SPONDYLO-ARTHRITIS, SANTO DOMINGO, DOMINICAN REPUBLIC

Alvarez R.et al, Dominican Republic



P53
FREQUENCY OF SARCOPENIA IN PSORIATIC ARTHRITIS, SANTO DOMINGO, DOMINICAN REPUBLIC

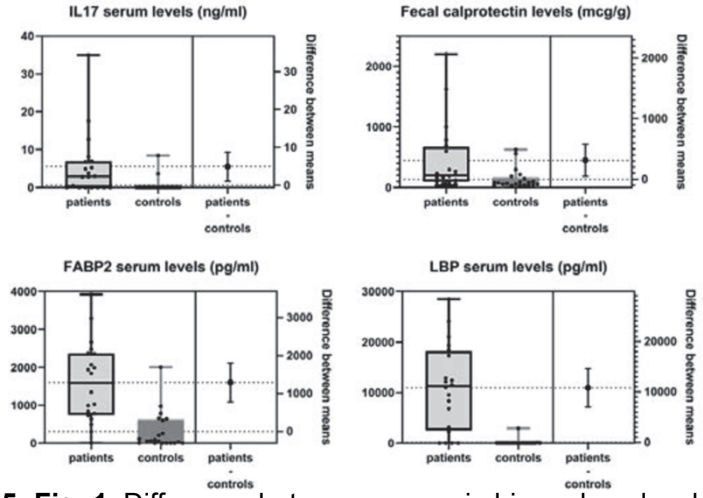
Alvarez R.,et al, Dominican Republic



EWGSOP: definición de sarcopenia: pérdida de masa y fuerza muscular.
Se evalúa: la fuerza muscular, la cantidad/calidad de músculo y el rendimiento físico.
Clasificación: **sarcopenia probable, sarcopenia y sarcopenia grave.**
El SARC-F es una herramienta útil y fácil de implementar para identificar el riesgo de sarcopenia

P55
UNVEILING FABP2: A NOVEL BIOMARKER IN AXIAL SPONDYLOARTHRITIS DIAGNOSIS

Campolina A.C.G.B. et al. Brazil



P55: Fig. 1. Difference between groups in biomarkers levels.

Faltan biomarcadores y la disbiosis intestinal es clave en la EspA.

Objetivo→Evaluar la eficacia diagnóstica de dos biomarcadores de permeabilidad intestinal:

- **proteína transportadora de ácidos grasos 2 (FABP2)**
- **proteína transportadora de lipopolisacáridos (LBP)**

VS los niveles de calprotectina fecal (fCAL) e IL-17 sérica.

Conclusión. FABP2 demostró tener un potencial diagnóstico para las EspAax, superando a IL-17, LBP y fCAL.

P65
SERUM CALPROTECTIN (S100A8/9) AND COMPLEMENT FACTOR C3 AS POTENTIAL INFLAMMATORY MARKERS IN OBESE AND "CRP NEGATIVE" EARLY PSA PATIENTS: DATA FROM METAPSA COHORT

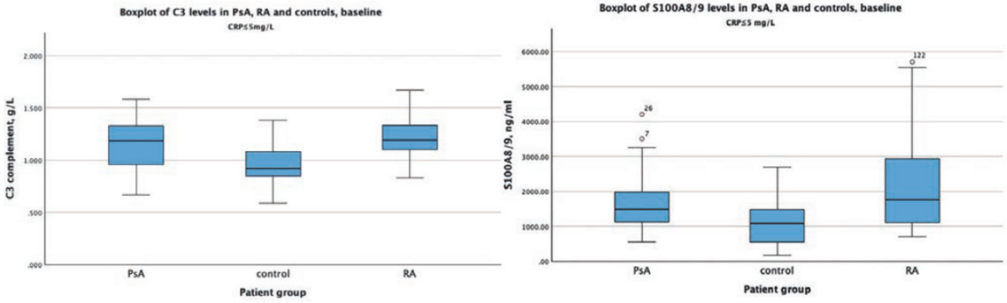
Ishchenko A.et al. Belgium

Objetivo → Investigar si los marcadores de inflamación "alternativos" funcionan mejor que la PCR para detectar la inflamación sistémica en pacientes con APs temprana.

- Comparar pacientes con APs temprana sin FAME con controles y pacientes con AR temprana sin FAME.
- Se midieron PCR, amiloide A sérico (SAA), calprotectina sérica, complemento C3, plaquetas y ferritina en el suero.

Conclusión.

- **El complemento C3 y la calprotectina sérica podrían utilizarse en pacientes con APs en etapa temprana para medir la inflamación sistémica.**



P92
WHAT IS THE ECONOMIC BURDEN OF DELAYED AXIAL SPONDYLOARTHRITIS DIAGNOSIS IN THE UK?

Zanghelini F.1, et al UK

Pocos estudios han evaluado el coste de retrasar el diagnóstico de EspAax.

Objetivo→desarrollar un **análisis económico** para determinar el coste anual del retraso en el diagnóstico de EspAax para el *NHS* (UK) y la sociedad.

Modelo económico de Markov.

1000 p. 64 % varones.

Conclusión:

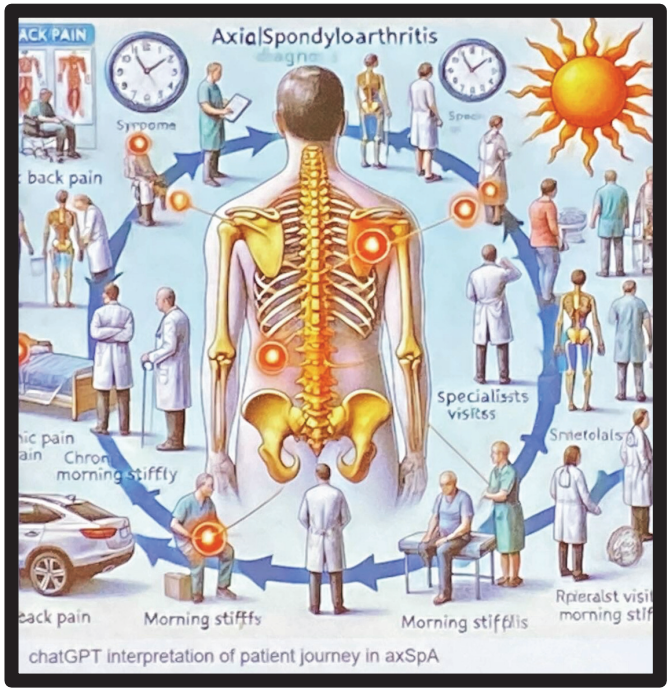
- El retraso en el diagnóstico de EspAax genera costes significativos, por pérdida de productividad y gastos médicos.
- Coste anual en UK: £3.1 mil millones y £12.4 mil millones
- Es importante un diagnóstico temprano para minimizar los costes financieros asociados y mejorar los resultados clínicos de los pacientes.



Ejemplo de modelo de Markov. Fuente: Chat GPT.

INV19 – Clinical evaluation in SpA: Contemplating its role in the future

Lianne Gensler, San Francisco, USA



- Hay obstáculos en la evaluación clínica en las EspA
- ¿Cómo podemos encajar en el futuro la evaluación de la EspA?
  - Si seremos menos…
  - Si no tenemos tiempo…
- Nos ayudará en el diagnóstico:
  - Ha clínica > EF > PC
  - Telemedicina
    - e-consulta (esforzarse en reconocer bien a los candidatos)

- La relación entre el paciente y el médico seguirá siendo fundamental en la evaluación clínica de pacientes con EspAax.
- Ninguna prueba individual será suficiente para el diagnóstico.
- **Aprovechar** los grandes volúmenes de datos, combinados con IA y genómica mejorará la evaluación de las EspAax.



GanteReview

Del 5 – 8 de Septiembre

Sociedad Española de Reumatología

SER + UCB

Creciendo juntos en Reumatología