

1er Congreso Mexicano Canadiense de Reumatología

XXXIV Congreso Mexicano de Reumatología

26a Reunión Anual de la Sociedad Canadiense de Reumatología

Discusión

Do1

EARLY ARTHRITIS IN CANADA: DATA FROM THE CLEARER GROUP

Shahin Walji, Murray Baron, Gilles Boire, Carol Hitchon, Vivian Bykerk
University of Toronto, McGill University, University of Sherbrooke, University of Winnipeg.

Objectives: (1) To describe and compare baseline patient characteristics from 4 Canadian early arthritis cohorts (2) To describe the impact of inclusion criteria on patient characteristics

Methods: Early Arthritis cohorts from Montreal, Sherbrooke, Toronto, and Winnipeg were compared (the CLEARER Group: Canadian Leaders in Early inflammatory Arthritis and Early Rheumatoid arthritis). Recruitment strategies, inclusion criteria, clinic procedures and patient baseline characteristics were analyzed. Similarities and differences were identified.

Results: All 4 cohorts include adult patients with joint symptoms for > 4-6 weeks and < 12 months. The requisite number of inflamed joints varies (from minimal of 1-3). Baseline characteristics (mean values) are as follows:

Montreal Registry: 131 patients, age 56y, 73% female, symptom duration 8.35 months, HAQ 0.86, DAS28-CRP 4.76, 42.7% RF (+) and 23% meet ACR criteria for RA.

Sherbrooke Cohort: 265 patients, age 57.6y, 60% female, symptom duration 4.58 months, HAQ 0.86, DAS3-CRP 3.88, 39% RF (+), and 83% meet ACR criteria.

Toronto Cohort: 88 patients, age 45.21y, 83% female, symptom duration 6.9 months, HAQ 0.85, DAS28-CRP 4.82, 22% RF (+), and 62% meet ACR criteria.

Winnipeg Cohort: 150 patients, age 46 years, 76% female, symptom duration 14 months, DAS28-CRP 3.6, and 44% RF (+).

Conclusion: The inclusion criteria and disease duration differ among cohorts, emphasizing the lack of a clear definition of EIA. Despite this, baseline disease activity and physical function were similar in all cohorts. The cohort with the fewest inflamed joints required also had the least patients meeting ACR criteria, where the cohort with the most inflamed joints required had the most patients meeting ACR criteria. Symptom duration and fulfillment of ACR criteria were not correlated. The next step will be to develop a consensus on the definition of EIA and determine patient characteristics most responsible for fulfillment of ACR criteria.

Do2

DEMOGRAPHICS AND CO-MORBIDITY IN EARLY ARTHRITIS: COMPARISON OF A CLINICAL REGISTRY SAMPLE WITH A POPULATION-BASED SAMPLE

Sasha Bernatsky, the McGill Early Arthritis Research Group, Debbie Feldman, Murray Baron

McGill University, Faculty of Medicine, University of Montreal, Jewish General Hospital.

Objective: Clinical patient registries may not capture the entire spectrum of the population of interest; potential differences of importance include demographic make-up and co-morbidity. Our objective was to compare demographics and co-morbidity in two samples of patients with newly diagnosed inflammatory arthritis, one from a clinical patient registry, and one from the corresponding provincial administrative database.

Methods: The first sample of 130 patients was drawn from the McGill Early Arthritis Registry, which consecutively enrolls patients referred with new-onset inflammatory arthritis. Data on co-morbidity was collected using standardized questionnaires. The population-based sample was obtained from the Régie d'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) administrative database, where new cases of RA in 2000 were defined according to ICD-9 codes from billing activity. Co-morbidity in this sample was also assessed using ICD-9 codes. The two populations were compared in terms of demographics and co-morbidity.

Results Obtained and Conclusion: In the arthritis registry sample, the subjects were primarily female (72.5 %, 95% Confidence Interval [CI] 63.9, 79.8), as was true for the population-based sample (65.8% female, 95% CI 65.0, 66.6). The age distribution was also similar in the arthritis registry (mean 55.9 years, standard deviation (SD) 15.0, median 55 years) and the population sample (mean 57.1 years, SD 17.1, median 57 years). Regarding co-morbidity, the prevalence of cardiac disease, hypertension, diabetes, and cancer was similar, although the prevalence of hypercholesterolemia as reported by the clinical sample was lower than the prevalence documented in the population-based sample.

Brief Conclusion: These preliminary results suggest that the sample from the arthritis registry was similar to the sample from the provincial administrative database, in terms of demographics and co-morbidity. However, caution is needed regarding the interpretation of these results, given the different means whereby early arthritis was defined in the two samples, as well as the fact that different methods of co-morbidity ascer-

tainment were used for the two groups. Further work is in progress to explore the extent to which clinical patient registries reflect the actual population of interest.

Do3

EVALUACIÓN DE LA FRECUENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA PÉPTIDO CITRULINADO CÍCLICO (aPCC) EN SUERO DE PACIENTES CONSECUTIVOS CON SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE FACTOR REUMATOIDE

Zavala-Cerna G (1), Arias-Merino MJ (2), Galván-Meléndez S (3), Preciado C (4), Salazar-Páramo M (5), Nava A (6)

(1) Posgrado en Inmunología, CUCS, Universidad de Guadalajara, (2)(3)(4) Laboratorio de Patología Clínica UMAE, HE, CMNO, IMSS, (5) División de Investigación UMAE, HE, CMNO, IMSS, Posgrado en Inmunología, CUCS, Universidad de Guadalajara, (6) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, HE, CMNO, IMSS.

Introducción: Se reconoce la alta prevalencia de aPCC en pacientes con AR establecida, coexistiendo con factor reumatoide (FR) también de elevada prevalencia. Se requiere de mayor información sobre el comportamiento de estos autoanticuerpos en la evaluación clínica temprana de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de aPCC en sueros de pacientes consecutivos con solicitud de determinación de FR.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 112 sueros de 112 pacientes consecutivos enviados al laboratorio clínico para determinación de FR (clase IgM por nefelometría) solicitado por del médico tratante. Sujetos clínicamente sanos (SCS) 46 donadores de sangre (de acuerdo a NOM). Determinación de aPCC por ELISA (2a generación). Análisis estadístico: promedio y desviación estándar en la fase descriptiva, prueba t de Student y análisis de varianza para fase inferencial. Nivel de significancia $p < 0.05$

Resultados: De los 112 pacientes (85 mujeres), la edad fue 47.2 ± 13.4 años (x, DE); los títulos (promedio) de aPCC (DO) y FR (UI/ml) fueron 0.95 y 173.5 respectivamente; por subgrupo de diagnóstico como sigue: AR (n = 45) 1.419 vs 147.9; probable AR (n = 16) 1.199 vs 104.6; espondiloartropatías (n = 12) 0.977 vs 63.2; otros diagnósticos (n = 39) 0.303 vs 10.82. En los SCS (n = 46) 0.276 vs 10.2. Por ANOVA existe significancia estadística para aPCC entre AR vs SCS, probable AR vs SCS, AR vs otros diagnósticos y probable AR vs otros diagnósticos, al igual que las comparaciones del resto de subgrupos, no hubo significancia entre AR vs probable AR.

Conclusiones: La presencia de aPCC es clara en los pacientes con AR, de relevancia en el subgrupo de pacientes en estudio con sospecha de AR en el contexto de evaluación e indicación clínica en el segundo nivel de atención.

Do4

FACTORES PRONÓSTICOS DE REMISIÓN A LOS SEIS MESES DE SEGUIMIENTO, EN UNA CLÍNICA DE ARTRITIS TEMPRANA (CAT).

Pascual P (1), Contreras I (2), Villa A (3), Cabiedes J (4)

(1)(2)(3)(4) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

En la CAT del Instituto ingresan pacientes con sospecha de AR temprana (<1 año). En el 1° año reciben entre 6 y 7 consultas.

Objetivos: 1) Determinar el porcentaje de remisión por DAS 28(RDAS28) y por criterios europeos(RCE) en las visitas 4 y 7 (V4 y V7). 2) Identificar factores asociados con remisión.

Métodos: Pacientes de la CAT con ≥ 4 visitas. En las evaluaciones basal, V4 y V7 (alrededor de 6 y 12 meses de seguimiento, respectivamente) se

realizó cuenta de 68 articulaciones inflamadas/dolorosas (68I/68D), 2 EVA del paciente (dolor y estado general de la enfermedad), se determinó VSG, PCR, se calculó el DAS28 y se determinó RDAS28 (<2.6) y RCE. En la visita basal se recabaron factores demográficos y se cuantificaron títulos de FR y de anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados (aPCC). Estadística: χ^2 , t-student, Kappa y regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, 37 ♀, media de edad: 39.9 ± 14.3 años, media de escolaridad: 10.2 ± 4.1 años, media de criterios del CAR para AR: 5.2 ± 1.1 , media de evolución de los síntomas: 5.7 ± 2.6 meses, media de DAS28: 6.1 ± 1.3 , 67.4% fueron FR(+) y 63% aPCC(+). En la V4, la media de DAS28 fue de 3.1 ± 1.2 (vs. basal, $p < 0.01$), 19 (41.3%) pacientes presentaban RDAS28 y 12 (26%) RCE (concordancia de 0.48). Hasta la fecha (agosto 2005) 25 pacientes acudieron a V7, media de DAS28: 2.2 ± 1.4 (vs. basal y V4, $p < 0.01$), de los cuales, 19 (76%) presentaban RDAS28, y 15 (60%) RCE (concordancia de 0.26). Los factores pronósticos basales, para RDAS28 en V4 fueron una mayor escolaridad (OR: 1.3, IC: 1.045-1.619, $p = 0.018$) y la ausencia de FR (OR: 5.8, IC: 1.9-31.3, $p = 0.04$).

Conclusiones: A los seis meses de seguimiento el porcentaje de remisión es mayor por DAS28 que por criterios europeos, con una baja concordancia entre ambos métodos. La ausencia de FR y una mayor escolaridad parecen ser factores pronósticos para remisión a los seis meses de seguimiento.

Do5

PREVALENCE OF ANTIBODIES AGAINST CYCLIC CITRULLINATED PEPTIDE IN DIFFERENT SUBSETS OF PATIENTS WITH ARTHRITIS

Edith Villeneuve, Boulos Haraoui

Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Objective: Rheumatoid arthritis (RA) is associated with several antibodies including antibodies against cyclic citrullinated peptide (anti-CCP) that were discovered recently. This novel autoantibody has mostly been evaluated as a diagnostic and a prognostic marker but its usefulness in daily practice has yet to be established. Its advantage over the rheumatoid factor (RF) in RF+ positive patients is unclear as well as in patients who are RF- but still fulfill the diagnostic criteria for RA. We therefore evaluated the prevalence of anti-CCP in different subsets of patients with arthritis in order to correlate with certain clinical features or markers of severity other than joint erosions.

Methods: Anti-CCP were measured in serum samples from 11 patients with juvenile inflammatory arthritis (JIA) who are of adult age now, 25 patients with RF- polyarthritis meeting RA criteria and in 21 patients with atypical erosive RA. We defined atypical erosive RA as patients meeting RA criteria but who developed more erosions and destructive changes, often requiring surgery, in medium and large joints while small joints of the hands and feet were relatively spared. Each patient was seen once to evaluate the activity and severity of the disease by questionnaire, physical exam, review of the medication and blood tests. Xrays were also ordered if they had not been done in the past few months or did not already show erosive changes. Severity was based on the HAQ, need for surgery, DMARDs usage, importance of erosive changes and duration of the disease.

Results Obtained and Conclusion: Anti-CCP were positive in 33% of patients with JIA of adult age, 35% of patients with seronegative RA and 80% of patients with atypical erosive disease. Anti-CCP did not correlate with any subset of JIA nor any clinical features or marker of severity of the disease in adult patients.

Brief Conclusion: Anti-CCP measurement is not useful in patients with an already established arthritis as it does not seem to discriminate between patients with more typical or atypical course or to be associated with markers of severity.

Do6**ARTRITIS DE INICIO MUY RECIENTE. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE A SEIS MESES DE SEGUIMIENTO.**

Rojas-Serrano J (1), García-García C (2), Moctezuma JF (3), Medrano-Ramírez G (4), Lino L (5), González MA (6), Burgos-Vargas R (7), Vázquez-Mellado J (8),

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8) Hospital General de México.

Objetivo: Describir la evolución de la artritis \leq 3 meses de evolución, y evaluar el papel de los criterios del ACR/87 en el diagnóstico de AR en la primera evaluación.

Método: Pacientes con artritis \leq 3 meses. Se realizó: evaluación médica estandarizada, cuenta articular, presencia de criterios del ACR/87. Los pacientes se trataron de acuerdo al criterio clínico. Cada caso fue evaluado a los 6 meses por dos reumatólogos y se clasificaron de acuerdo a criterios del ACR o diagnóstico clínico. Análisis Estadístico: Se calculó sensibilidad, especificidad, razón de verosimilitud \pm , área bajo una curva ROC de los criterios del ACR/87, X² y ANOVA.

Resultados: 62 pacientes consecutivos, (87% F), edad media 35.4 \pm 13 años, mediana de evolución de síntomas: 6 (0-12 semanas). Forma de presentación: poliartritis 79%. Diagnósticos finales fueron: AR 64%; enfermedades del tejido conjuntivo (ETC) 14%; otros diagnósticos 22%. Los pacientes con AR presentaron mayor artritis en metacarpofalángicas (MCF) (82% Vs 75% Vs 46%, P=0.046), mayor frecuencia de FR+ (82% Vs. 57% Vs. 22%, P= 0.003) y menos manifestaciones sistémicas (5% Vs. 50% Vs 31%, P= 0.003). El 50% de las ETC presentaron anomalías en el EGO (50% Vs 0%, P=<0.000). La sensibilidad de los criterios del ACR/87 fue de 53%, la especificidad 70% y el área bajo la curva ROC fue de 0.613 (IC 95%: 0.47, 0.73). La razón de verosimilitud positiva y negativa fue de 1.75 y 0.68. La sensibilidad, especificidad de la probabilidad pre-prueba del reumatólogo: 92% y 65%, el área bajo la curva fue 0.78 (IC 95%: 0.65, 0.88), las razones de verosimilitud positiva y negativa: 2.63 y 0.12.

Conclusiones: El 64% tuvo AR a los 6 meses. Las variables asociadas a AR fueron artritis en MCF, FR +, y ausencia de manifestaciones sistémicas. Los criterios de clasificación del ACR/87 tuvieron un pobre desempeño en el diagnóstico de AR.

Do7**ESTUDIO DEL mRNA EN TIEMPO REAL DEL PAI-1, EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOARTRITIS DEL OCCIDENTE DE MÉXICO.**

Ruiz-Quezada S (1), Muñoz-Valle J (2), Oregón-Romero E (3), Navarro-Hernández R (4), Bernard-Medina G (5), Martínez-Bonilla G (6), Martín-Márquez B (7), Daneri A (8), Vázquez Del Mercado (9)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, Universidad de Guadalajara, (8) Laboratorio de Inmunología, Universidad de Guadalajara, (9) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, Universidad de Guadalajara.

Introducción: Estudios previos implican al PAI-1 con la activación de metaloproteinasas, pudiendo relacionarse con actividad clínica en AR.

Objetivo: Correlacionar la actividad funcional de la proteína PAI-1 con su mRNA evaluado por PCR en Tiempo Real y su asociación con el polimorfismo 4G/5G y con índices de actividad clínica, en pacientes con artritis reumatoide (AR) y osteoartritis (OA).

Material y métodos: Tipo de estudio: observacional y transversal de asociación cruzada. Se captaron 30 pacientes con AR, 15 con OA y 18 Controles Sanos (CS). El polimorfismo se determinó por PCR-RFLP's, la actividad enzimática se cuantificó con kit de ELISA y el RNAm se evaluó por PCR en Tiempo Real. La actividad clínica en

AR se evaluó con HAQ-DI y AIMS y en OA se evaluó con índice de WOMAQ.

Resultados: En AR, OA y CS, el mRNA fue de 2.95, 2.04 y 1.19 UR, respectivamente (NS). La actividad de la proteína fue de 37.4%, 38.5% y 39.5%, también respectivamente (NS). No se encontró una correlación significativa entre el mRNA y la actividad de PAI-1, tampoco con el polimorfismo 4G/5G. No se encontraron diferencias significativas en el resto de los parámetros estudiados.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el mRNA del PAI-1 no está asociado con la actividad funcional de la proteína, con el polimorfismo 4G/5G, ni con la actividad clínica de los pacientes con OA o AR.

Do8**LA MUTAGÉNESIS DIRIGIDA S-R DE LA REGIÓN COOH TERMINAL DE 6KDA DEL AUTOANTÍGENO SRP72 PRESENTE EN DERMATOMIOSITIS, DEMUESTRA QUE LOS RESIDUOS DE SERINA SON NECESARIOS PARA LA RECONSTITUCIÓN FENOTÍPICA DE REPLICACIÓN EN UN MODELO KNOCKOUT SRP72-/- EN S. CEREVISIAE**

Vázquez-Del Mercado M (1), Arana-Argáez VE (2), Martín-Márquez BT (3), Muñoz-Valle JF (4), Delgado-Rizo V (5)

(1)(2) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, Universidad de Guadalajara, (3) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, Universidad de Guadalajara, (4)(5) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético.

La partícula de señal de reconocimiento (SRP) es un complejo de ribonucleoproteínas cuya función es la ubicación de la proteínas en el retículo endoplásmico (RE). El SRP es un complejo de 6 polipéptidos: 72, 68, 54, 19, 14, 9 o 21 kDa en levaduras. El SRP no es esencial para la vida de *S. cerevisiae*, sin embargo su deficiencia es letal en cualquier otro organismo viviente. Se ha demostrado en Dermatomiositis que la proteína SRP72 es un autoantígeno que sufre modificaciones postraduccionales por apoptosis. La localización de esta ruptura se ha mapeado en la posición Asp617 (SELD/A) (66kDa).

El presente estudio demostró por primera vez la importancia funcional de la forma completa de la proteína SRP72 humana en la reconstitución del complejo SRP de *S. Cerevisiae*, lo esencial de sus 8 residuos de serina en la reconstitución del mismo complejo, al igual que la necesidad de su región COOH de 6 kDa para realizar la función de translocar las proteínas al RE. Como comprobación de lo anterior se logró el rescate fenotípico de la cepa KO *srp72-/-* de *S. cerevisiae* con la proteína humana SRP72 y su incorporación funcional al complejo SRP.

La relevancia biomédica de este estudio radica en que muchos de los factores de crecimiento y otros mediadores inflamatorios son secretados a través del RE por medio del complejo SRP. Si existe fragmentación de SRP72, las consecuencias serían defectos en la producción de factores de crecimiento o bien de citocinas pro y/o anti-inflamatorias etc, por lo cual la importancia del estudio de este tipo de moléculas tanto desde el punto de vista clínico como farmacológico.

Do9**REGULACIÓN DE LA INFLAMACIÓN Y EL RECAMBIO DE LA MATRIZ DE CO-CULTIVOS DE CARTÍLAGO Y SINOVIA DE PACIENTES CON OSTEOARTROSIS (OA) O ARTRITIS REUMATOIDE (AR) POR PROTEÍNAS DE MATRIZ EXTRACELULAR MODIFICADAS (PMEM)**

J. Furuzawa-Carballeda (1), O. Muñoz-Chablé (2), J. Alcocer-Varela (3), E. Díaz-Borjón (4), R. Hernández-Pando (5), J. Barrios-Sierra (6)

(1)(2)(3)(4)(5)(6) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

En el presente estudio se evaluó la actividad anti-inflamatoria de las proteínas de matriz extracelular modificadas (PMEM) en los co-cultivos de cartilago y sinovia de 5 pacientes con AR y 5 pacientes con OA sometidos a reemplazo por prótesis de o rodilla. El tejido se cultivó con (a) RPMI (control), (b) colágena PVP al 1%, (c) hidrolizados al 1% y (d) hidrolizados+colágena-PVP. Se recolectaron los sobrenadantes y tejidos de los días 1 y 7. Para determinar el efecto de las PMEM en el recambio la matriz, se realizaron las tinciones de HyE, Verhoeff y Azul Alciano. En los sobrenadantes se cuantificó la concentración de IL-1 β , IL-8, IL-10, IL-12, TNF- α IFN- γ mediante ELISA. Con histoquímica se determinó la expresión de IL-1 β , TNF- α , Ki-67. El análisis histológico mostró que las PMEM inducen la remodelación tisular. Se determinó un aumento de 10 a 12 veces del antígeno Ki-67 en los cultivos de cartilago tratados. La adición de PMEM a los co-cultivos disminuyó los niveles de IL-1 β (0.0 ± 0.0 vs 269.0 ± 148.6 para AR; 0.0 ± 0.0 vs 54.5 ± 49.1 pg/ml para OA), TNF- α (0.0 ± 0.0 vs 386.8 ± 242.5 para AR; 0.0 ± 0.0 vs 280.6 ± 280.6 pg/ml para OA) e IL-8 (1184.6 ± 731.1 vs 3160.4 ± 138.52 pg/ml para AR). Los niveles de IL-10 se incrementaron en los co-cultivos tratados (64.1 ± 38.6 vs 0.0 ± 0.0 para AR; 97.8 ± 39.6 vs 0.0 ± 0.0 pg/ml para OA). Concluyendo, las PMEM inducen la remodelación del tejido, promoviendo la recuperación de los proteoglicanos del cartilago, regulando negativamente la expresión de citocinas pro-inflamatorias y estimulando la proliferación de los condrocitos.

D10

THE ROLE OF LIPIDS RAFTS IN THE PROLACTIN RECEPTOR MEDIATED CELL PROLIFERATION

Morales-García M (1), Sánchez-García F (2), Riebeling C (3), Blanco-Favela F (4)

(1) IMSS, (2) IPN, (3)/(4) IMSS.

Several studies report a function for rafts in TCR as well as BCR stimulation, but it is unclear whether these microdomains are involved in prolactin receptor (PRLr). To define whether lipid rafts are involved in prolactin (PRL) stimulation, we used Nb2 (prolactin dependent), Jurkat and LK 35.2 cells lines. Metil- β -cyclodextrin was employed as a rafts disrupter. We determined rafts distribution by confocal and fluorescence microscopy using FITC-labeled β -subunit of cholera toxin (GM1 expression). The effect of the PRL-PRLr complex on translocation of the PRLr in proteins in the rafts and non-rafts cell membrane fractions (sucrose gradient) was evaluated by electrophoresis running of proteins.

The Nb2 cells proliferation was inhibited with metil- β -cyclodextrin. Stimulation of PRLr by PRL in Nb2, Jurkat and LK 35.2 cells resulted in cluster localization of lipid rafts (as assessed by GM1 localization). The translocation of the PRLr in proteins in the rafts cell membrane was clearly after stimulation with PRL. In the presence of metil- β -cyclodextrin all PRL effects on lipid rafts were inhibited. This study strongly suggested that lipid rafts microdomains are used as a signaling platform for PRLr.

D11

THE EFFECT OF DIFFERENT DEFINITIONS OF EXTENT OF MAXIMUM CUTANEOUS INVOLVEMENT IN SYSTEMIC SCLEROSIS (SSc)

Murray Baron, Marie Hudson, and the Canadian Scleroderma Research Group

McGill University.

Objective: To determine the effect of 2 different definitions of limited (LCD) vs. diffuse (DCD) cutaneous disease on the ability to differentiate between subsets of SSc.

Methods: Patients in the Canadian Scleroderma Research Group registry were assessed. The Scleroderma Disease Activity Score (SDAS) and disease severity scores (DSS) for various systems were calculated. The World Health Organization Disease Assessment Schedule II (WHODAS II), the Medical Outcomes Study Short Form Version 2 (SF 36V2), the Stanford Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQDI), the Center for Epidemiology Depression scale (CES-D) and the McGill Pain Questionnaire (MPQ) were administered. SF-36v2 Physical Component Summary (SF36-PCS) and Mental Component Summary (SF36-MCS) scores were calculated. Definition 1 defined LCD as skin involvement distal to the metacarpal-phalangeal (MCP) joints. Definition 2 defined LCD as skin involvement distal to the elbows and knees. Differences between means were assessed with Student t tests; significance was $p < 0.05$.

Results Obtained and Conclusion: 76 patients were assessed. 22 met definition 1 for LCD and 39 definition 2. For either definition, mean scores for patient global assessment of health, patient assessed pain, severity of Raynaud's, finger ulcers, intestinal problems and breathing on 11 point numerical rating scales did not differ between LCD and DCD. There was also no difference in scores of DSS-heart, kidneys, lung or peripheral vascular disease, or depression or SF36-MCS.

By definition 1, Physician global disease damage, Scleroderma Disease Activity Score, DSS- general, - muscle, - skin, - gastrointestinal, HAQDI, SF36-PCS, WHODAS II were worse in DCD. By definition 2 Physician global disease activity, DSS- general, - gastrointestinal, - muscle, - skin were worse in DCD and Physician global severity and Physician global disease damage were worse in LCD.

Brief Conclusion: Disease outcomes are likely to be worse in diffuse cutaneous disease if limited disease is defined as distal to the MCPs than if LCD is distal to the elbows or knees. A narrow definition is more helpful if it is used to predict outcome. Subsetting disease may prove valuable to identify biologic and genetic differences underlying different phenotypes.

D12

HIGH HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE DISABILITY INDEX (HAQ-DI) SCORES ARE ASSOCIATED WITH WORK DISABILITY (WD) IN SCLERODERMA

Janine Ouimet, Janet Pope, Iris Gutmanis, John Koval

University of Western Ontario.

Objective: To estimate the frequency of WD in SSc in a Southwestern Ontario (SWON) cohort compared to RA (with a known high frequency of WD), and to determine if higher Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) scores were associated with WD in SSc, as this has not been studied.

Methods: Cross-sectional data on WD status were obtained from a questionnaire that had been sent to all SSc ($n = 35$ limited [lcSSc], 26 diffuse [dcSSc]) and a subset of RA patients ($n=104$) from the same rheumatology practice. WD data, HAQ-DI scores, and demographic/clinical features (age, sex, high school education, disease duration and SSc disease subtype [dcSSc vs. lcSSc]) were entered into a database. Bivariate and logistic regression analyses were conducted.

Results Obtained and Conclusion: The proportion with WD was 0.56 in SSc (95% CI: 0.43-0.68) vs. 0.35 in RA (95% CI: 0.25-0.44), $p = 0.009$. HAQ-DI scores were significantly higher in work-disabled SSc and RA patients compared to those who were employed ($p = 0.0001$, and $p < 0.0001$). Multivariate logistic regression analysis demonstrated that higher HAQ-DI scores ($\beta = 1.86$, $p < 0.001$), having dcSSc ($\beta = 1.31$, $p = 0.022$) or lcSSc ($\beta = 1.24$, $p = 0.024$) compared to RA, longer disease duration ($\beta = 0.04$, $p = 0.069$), and physically demanding work ($\beta = 1.12$, $p = 0.013$), were significantly associated with WD. In a subset analysis, WD was higher in dcSSc (65%) vs. lcSSc (49%), OR = 2.00, 95% CI: 0.70-5.63, $p = 0.21$. Longer disease duration was a determinant of WD in lcSSc but not in dcSSc.

Brief Conclusion: The frequency of WD in SSc was high and was greater than in RA. DcSSc had more WD than both lcSSc and RA; the determinants of WD in dcSSc may be different from those in lcSSc. The HAQ-DI was strongly associated with WD in SSc (and in RA). Results support continued research WD in SSc, and perhaps eventual WD interventions. Such programs could be timely and important in this difficult to treat disease.

D13

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE MUTANTES TRUNCADAS DEL AUTOANTÍGENO hSRP72, PRESENTE EN DERMATOMIOSITIS PARA IDENTIFICAR SUS SITIOS DE FOSFORILACIÓN.

Arana-Argáez VE (1), Martín-Márquez BT (2), Delgado-Rizo V (3), Oregón-Romero E (4), Navarro-Hernández RE (5), Muñoz-Valle JF (6), Vázquez-Del Mercado M (7)

(1) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUCS, Universidad de Guadalajara, (2)(3) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUCS, Universidad de Guadalajara., (4)(5)(6)(7) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUCS, Universidad de Guadalajara.

Introducción: En suero derivado de pacientes con Dermatomiositis (DM), se identificó la partícula SRP72 componente de la partícula de reconocimiento de señal (SRP), como un autoantígeno fosforilado en sus residuos de serina (S), el cual es segmentado mediante estímulos apoptóticos en un fragmento de 66 kDa amino-terminal (NH₂) y un fragmento de 6 kDa carboxilo-terminal (COOH). La ruptura proteolítica de la subunidad SRP72, al parecer inhibe la unión del complejo SRP-Ribosoma-Polipéptido naciente al receptor SRP (rSRP), impidiendo la translocación de proteínas al interior del RE. Los mecanismos mediante los cuales se pierde la tolerancia hacia la partícula hSRP72 permanecen sin dilucidarse.

Objetivo: Identificar el o los sitios de fosforilación de la proteína hSRP72, mediante el uso de mutantes truncadas para su posterior aplicación en estudio de mecanismos inductores de autoantigenicidad en DM.

Metodología: Mediante el mapeo de residuos específicos de S, se diseñó y elaboró mutantes truncadas del autoantígeno silvestre hSRP72 para estudiar la región de la proteína donde ocurre fosforilación. En base a esto, se diseñaron primers para amplificar 13 mutantes truncadas mediante PCR a partir del constructo pRS314hSRP72 silvestre. Posteriormente se someterán a traducción *in vitro* con marcaje con ³⁵S y ³²P gATP.

Conclusiones: El diseño y elaboración de mutantes truncadas del autoantígeno hSRP72 fue el esperado de acuerdo al mapa de fosforilación, concordando sus longitudes en pb con las demostradas, para su posterior uso en ensayos de fosforilación.

D14

PAPEL DE LOS PROPÉPTIDOS DE PROCOLÁGENA COMO MARCADORES DE SEVERIDAD EN ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA

Gonzalez-Lopez L (1), Rocha-Muñoz AD (2), Garcia-Gonzalez G (3), Garcia-Gonzalez A (4), Villa-Manzano AI (5), Corona-Sanchez E (6), Gamez-Nava JI (7)

(1)(2) Departamento de Medicina Interna-Reumatología HGR-110, IMSS, Guadalajara, Jal. Mexico, (3) Departamento de Medicina Nuclear, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara México, (4) Fellow Research at the Baylor College of Medicine, Houston TX, USA, (5)(6)(7) Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, HECMINO, IMSS, Guadalajara México.

Objetivo: Evaluar el papel de los propéptidos de procolágena I (PINP) y III (PIIINP) como marcadores de severidad de la esclerosis sistémica progresiva (ESP).

Pacientes y métodos: En un estudio transversal, se evaluaron 30 mujeres con ESP mediante entrevista estructurada que contenía variables clínicas y demográficas. Se investigaron comorbilidad (índice de Charlson), severidad de la enfermedad, grado de engrosamiento de la piel (Rodnan). Funcionalidad fue evaluada a través de 2 escalas (Guillemin y HAQ-DI para ESP). La percepción del paciente de severidad de la enfermedad se evaluó con escala análoga visual (0-100mm). Para investigar sintomatología cardiopulmonar se utilizó escala de severidad de disnea (Fletcher) y distancia/metros recorrida en 6 minutos. Los niveles séricos de PINP y PIIINP (µg/dL) se determinaron por radioinmunoanálisis por investigadores que desconocían características de los pacientes. Un grupo de 25 controles sanos de similar edad fue utilizado para comparación de valores de propéptidos.

Resultados: De los 30 pacientes estudiados, 19 (63%) tuvieron la forma difusa y 11 (37%) la forma cutánea limitada (CREST). El grupo con ESP tuvieron niveles mas elevados de ambos propéptidos de procolágena en comparación con los controles (PINP 48±35 vs. 27±10, p=0.005; y para PIIINP 2.8 ±1.5 vs. 2.1±0.7, p=0.023). Hubo correlación entre los niveles de ambos propéptidos (r=0.54, p=0.002). La elevación del PIIINP correlacionó con múltiples parámetros de severidad incluyendo: deterioro funcional (Guillemin: r= 0.41, p=0.024 y HAQ-DI: r= 0.44, p=0.015), menor distancia recorrida en 6 minutos (r= -0.40, p=0.028), incremento de disnea (r=0.39, p=0.032) y mayor percepción de severidad de la enfermedad (r=0.40, p=0.029). Hubo una tendencia límite a correlacionar el mayor engrosamiento cutáneo con PINP (r=0.35, p=0.06) y PIIINP (r= 0.32, p=0.09). No hubo correlación entre propéptidos y otras variables como edad, duración de ESP o puntaje de comorbilidad.

Conclusión: El propéptido III es un marcador de enfermedad más severa en esclerosis sistémica progresiva. Es necesario evaluar mediante estudios de seguimiento su papel para predecir el pronóstico a largo plazo.

Trabajo apoyado por CONACYT FOMIX MICH-2003-C01-12442.

D15

FRECUENCIA DE ADENOMA HIPOFISIARIO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA. (ESCLERODERMIA)

Vera-Lastra, O (1), Galicia, S (2), Medina-García, G (3), Pacheco, M (4), (1)(2)(3) Hosp. Especialidades, CMN La Raza, (4) Hosp. de Infectología, Hosp. Especialidades, CMN La Raza

Introducción: La Esclerosis Sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune crónica que se caracteriza por la excesiva producción de colágena, alteraciones vasculares e inmunológicas. Los pacientes con ES cursan con hiperprolactinemia leve hasta en un 59%, pero su origen se ha investigado poco.

Diseño: Estudio transversal.

Objetivo: Investigar la frecuencia de adenoma hipofisario en pacientes con ES.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 62 pacientes (60 mujeres y 2 hombres), con el diagnóstico de ES (60 % forma limitada y 40% difusa), con edad promedio de 43±18 años, duración promedio de la enfermedad 11±9 años. A todos se les determinó prolactina sérica y tomografía computarizada de silla turca de alta resolución, además se les aplicó un cuestionario para investigar manifestaciones endocrinológicas y neurológicas de adenoma hipofisario.

Resultados: De los 62 pacientes estudiados, se encontraron 58 (93%) tomografías anormales. La frecuencia de microadenoma hipofisario fue 51.7%, microadenoma hipofisario más aracnoidecele 12.1%, aracnoidecele 29.3%, macroadenoma hipofisario 6.9%. Se encontró PRL normal en un 64%, hiperprolactinemia leve en 25% e hipoprolactinemia 12%. Los valores de hiperprolactinemia promedio fue de 34±10, de éstos pacientes 8 tuvieron microadenoma, 7 aracnoidecele y 1 macroadenoma. Las manifestaciones atribuidas a microadenoma fueron galactorrea en un 24%, cefalea 16%, trastornos menstruales 16%, hemianopsia bitemporal 1.6%.

Conclusión: En este estudio se encontró una alta frecuencia de microadenoma hipofisiario y aracnoidocele, en el 25% se demostró hiperprolactinemia leve, es probable que algunos de estos microadenomas sean productores de otras hormonas o péptidos. El papel de los microadenomas hipofisiarios en la patogenia y expresión clínica de la ES se tendra que investigar.

D16

DNA TOPOISOMERASE I BINDING TO FIBROBLASTS INDUCES MONOCYTE ADHESION AND ACTIVATION IN THE PRESENCE OF ANTI-TOPOISOMERASE I AUTOANTIBODIES FROM SYSTEMIC SCLEROSIS PATIENTS.

Jean-Luc Senécal, Jill Hénault, Geneviève Robitaille, Yves Raymond

Laboratory for Research in Autoimmunity, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Montréal, Québec.

Objective: Systemic sclerosis (SSc) is an autoimmune disease characterized by fibrosis due to excessive and deregulated collagen production by fibroblasts. Previously, we reported that anti-DNA topoisomerase I antibodies (anti-topo I), one of the major autoantibody specificities in SSc, bound specifically to fibroblast surfaces, without however having identified their antigenic target (Arthritis Rheum 50:3265-3274, 2004). In the present study, we characterized the target of anti-topo I on fibroblasts and the effects of their binding.

Methods: Purified DNA topoisomerase I (topo I), or topo I released from apoptotic cells, were tested for surface binding to a number of human cell types and to SSc patient fibroblasts by cell-based ELISA, flow cytometry and indirect immunofluorescence. An anti-topo I monoclonal antibody, IgG purified from SSc patient and normal control sera, and anti-topo I affinity-purified from SSc patient sera were used to detect topo I binding to cell surfaces. The consequences of topo I and anti-topo I binding to fibroblasts were assessed by co-culture with THP-1 monocytes.

Results Obtained and Conclusion: The autoantigen topo I itself was found to bind specifically to fibroblasts in a dose-dependent and saturable manner where it was recognized by anti-topo I from SSc patients. The binding of anti-topo I subsequently stimulated adhesion and activation of co-cultured monocytes. Topo I released from apoptotic endothelial cells was also found to bind specifically to fibroblasts.

Brief Conclusion: This report thus confirms and extends our previous study by showing that topo I binding to fibroblast surfaces is both necessary and sufficient for anti-topo I binding. Secondly, topo I/anti-topo I complex binding can then trigger the adhesion and activation of monocytes, thus providing a plausible model for the amplification of the fibrogenic cascade in anti-topo I positive SSc patients.

D17

COSTOS EN ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO TEMPRANO, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y GOTA: ESTUDIO MULTICENTRICO

Mould J (1), Peláez-Ballesteros I (2), Burgos-Vargas R (3), Hernández-Garduño A (4), Vázquez-Mellado J (5), Garduño-Espinoza J (6), Alvarez E (7), Ventura L (8), Goycochea M (9), Ramos-Remus C (10), Terán L (11), Bernard A (12), Garza M (13), Esquivel J (14), Aceves F (15), Shumsky C (16)

(1) Unidad de Economía de la Salud. IMSS., (2)(3)(4)(5) Hospital General De Mexico, SS., (6) Unidad de Economía de la Salud. IMSS, (7) Hospital General de Mexico, SS., (8) Hospital Central Sur Pemex D.F. (9) Hospital General Regional No. 1 "Gabriel Mancera" IMSS D.F., (10) Centro Médico Nacional De Occidente IMSS Jalisco, (11) Hospital General Regional No. 1 IMSS Michoacán, (12) Hospital Civil Fray Antonio de

Alcalde, Jalisco, (13)(14) Hospital Universitario Jose Eleuterio Gonzalez Nuevo Leon, (15) Hospital General Regional No. 46 IMSS Jalisco, (16) Hospital Central Norte Pemex D.F.

Objetivo: Estimar el costo del tratamiento por paciente con Artritis Reumatoide de reciente inicio [ARRI], Espondilitis Anquilosante [EA] y Gota atendidos en 11 Servicios de Reumatología de diferentes sistemas de atención y de 4 regiones de la República Mexicana.

Material y método: 694 pacientes de una cohorte que cumplieron con los criterios diagnósticos para cada una de las enfermedades, completaron un cuestionario para medir impacto socio-económico validado en México, que incluye: características laborales y económicas de la familia y del paciente, características de la vivienda, uso y costo: de adaptaciones en el hogar, tratamiento, estudios de laboratorio y gabinete, hospitalización y/ o cirugía, medicina alternativa, aparatos de ayuda, transportes, redes de apoyo y comorbilidad. Los resultados se obtuvieron desde la perspectiva social, incluyendo costos directos (en pesos mexicanos del 2005).

Resultados: ARRI fueron el 37%, EA 32.6% y Gota 29.7%. Mujeres: 46.5%, edad promedio de 45.1 ± 14.8. El ingreso familiar promedio para Gota fue \$7,000, ARRI: \$4,000 y EA \$5,000. El costo esperado de tratamiento mensual (que incluye todo tipo de tratamiento, fisioterapia y otros), por paciente es: ARRI \$688.4 (IC95% \$243-\$2000); EA: \$611.9 (IC95%, \$342-\$3,984) y Gota \$311.4 (IC95% \$147-\$1,137). Sólo el 17.9% de los pacientes con ARRI utilizaron algún aparato de ayuda (80.9% bastón); el 60.3% de estos pacientes compraron sus medicamentos y el 11.1% tuvo alguna hospitalización asociada durante el último año. En EA, el costo promedio mensual de medicamentos reportado de \$230 IC95% (\$53-\$1580); de exámenes de laboratorio y gabinete \$82,9 IC95% (\$10-\$680) y de medicina alternativa en \$105,9 IC95% (\$15-\$588). En Gota el costo promedio mensual por transporte: \$40 IC95% (\$7-\$400); el 24.3% de los pacientes recibió apoyo de algún familiar.

Conclusión: El costo del tratamiento es mayor en pacientes con ARRI, seguido por EA y Gota. Los costos del tratamiento de las ARRI y EA representan más del 12% del ingreso familiar

D18

EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS PROPUESTOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE PACIENTES CON GOTA.

Hernández L (1), Hernández-Cuevas CB (2), Rojas-Serrano J (3), Lino L (4), Vázquez-Mellado J (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Hospital General de México.

En 1977 se publicaron los "Criterios preliminares de clasificación de artritis aguda en gota primaria" (ACR) los cuales son poco utilizados, han recibido críticas y habitualmente, el diagnóstico de gota se hace según el criterio del médico que atiende al paciente. Anteriormente otros autores, habían publicado otros 3 "criterios".

Objetivo: Evaluar la utilidad de los criterios de Brochner, Bennett, Rotés y Wallace para la clasificación de gota Vs. el diagnóstico clínico del médico reumatólogo tratante.

Pacientes y método: Se revisaron 352 expedientes de pacientes atendidos de manera consecutiva en la consulta externa del servicio de Reumatología, en los últimos 5 años. Todos tenían el diagnóstico de Gota según la opinión del médico tratante. Se consideró antecedente de cuadro típico de gota a los que cumplieran con las características descritas en cuanto a duración, localización e intensidad de la inflamación articular.

Resultados: La edad y tiempo de evolución promedio fueron de 52.5 ± 13 y 13.9 ± 10 años respectivamente, 96% eran hombres y el 58% tenían Gota tofácea. En solamente 12.5% se habían demostrado cristales de urato monosódico en líquido sinovial por luz polarizada. El 94% tuvieron hiperuricemia, el 91.5% cuadro típico de gota, pero solamente el 87% hiperuricemia + cuadro clínico típico. El antecedente de podagra se documentó en 64% de los pacientes. El 81% de los pacientes cumplían

con los criterios de Bennett, el 79% los de Wallace, 78% los de Rotés y solamente 3.5% los de Brochner. El 65% de los pacientes pudieron clasificarse como gota de acuerdo a 3 de los criterios mencionados, el 7% no reunió ninguno.

Conclusiones: Los criterios propuestos en la literatura para el diagnóstico de gota no están definidos, son poco objetivos y pueden dar lugar a sobre y sub-diagnósticos de la enfermedad.

D19

CURSO CLINICO DEL SÍNDROME METABÓLICO Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES CON GOTA.

Hernández-Cuevas CB (1), Hernández L (2), Rojas-Serrano J (3), Lino L (4), Vázquez-Mellado J (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Hospital General de México.

Objetivos: Evaluar el curso clínico de Síndrome metabólico (SM) en los pacientes con gota y la relación temporal entre estos, insuficiencia renal crónica (IRC) y cardiopatía isquémica (CI).

Material y métodos: Se incluyeron a todos los pacientes consecutivos con diagnóstico de Gota primaria que acudieron a la Clínica de Gota de nuestro hospital. Se recabaron variables demográficas, clínicas y de laboratorio.

Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva, y prueba de hipótesis con prueba de T, U de Mann Whitney para las variables continuas, prueba de X² para las categóricas. Se calculó densidad de incidencia en aquellos sujetos que no habían desarrollado síndrome metabólico en la primera evaluación.

Resultados: Se incluyeron 340 pacientes, (96% M) con edad promedio de 52.5 ± 13 años y tiempo de evolución previo a la primera consulta de 13.7 ± 9.9 años. En la primera evaluación, el 31% tenían Síndrome metabólico (SM) (según ATPIII) y durante el seguimiento (3 años en promedio) el 46% reunieron criterios para SM, 18% tuvieron IRC y 7% CI. La densidad de incidencia de los pacientes que desarrollaron síndrome metabólico en el seguimiento fue de 2108/105 pacientes año.

En la tabla se muestra la relación temporal entre el primer cuadro de gota y el diagnóstico de los componentes del SM y sus complicaciones.

Diagnóstico	Previo (%)	1-5 años (%)	5-10 años (%)
Hiperglicemia	0.75	27	72
Hipertrigliceridemia	0.5	30	70
HDL baja	3	28	69
HTAS	7	25	68
Diabetes mellitus	9	23	68
Obesidad	3	36	60
IRC	3	18	79
CI	12	20	80

Antes del primer cuadro de gota, el 87% de los pacientes no tenían otro diagnóstico de los arriba citados y precedió dichos diagnósticos por mas de 9 años.

Conclusiones: El primer cuadro agudo de gota precede por 10 años en promedio, en la mayoría de los pacientes, las entidades del Síndrome metabólico y las complicaciones de éste a largo plazo. La importancia del diagnóstico exacto y oportuno de gota en un paciente con inflamación articular puede favorecer el diagnóstico y manejo oportuno de complicaciones metabólicas, cardiovasculares y renales.

D20

DID MORTALITY RATE IMPROVE IN PSORIATIC ARTHRITIS (PSA) PATIENTS IN THE LAST DECADE?

Yaser Ali, Brian Tom, Catherine Schentag, Vern Farewell, Dafna Gladman
Toronto Western Hospital, Toronto, Ontario, MRC Biostatistics Unit, Cambridge, United Kingdom.

Objective: We reported that patients enrolled in PsA clinic between 1978 and 1993 had an increased mortality risk. The standardized mortality ratio (SMR) was 1.62. Since there have been advances in managing PsA patients, we sought to investigate whether mortality risk has changed over the last decade. The objective was to identify causes of death and mortality risk in patients with PsA followed at a single center over 27 years.

Methods: Patients followed at the PsA clinic between January 1, 1978 and December 31, 2004 were included in the study. Patients are followed at 6-12 month intervals according to a standard protocol. Information on patient deaths was collected prospectively and ascertained through periodic linkage with provincial cancer database, interviews and correspondence with relatives and family physicians, and since 1980, through daily checks of death notices in the newspaper. Death certificates were used, where possible. This cohort of patients was compared with the general population of Ontario. Standardized Mortality Ratio (SMR) was computed, based on the assumption that patients lost to follow up were alive at the end of the study.

Results Obtained and Conclusion: Of 680 patients with PsA (295 women and 385 men) 106 (15.6%) (55 women and 51 men) have died. The average age at first visit was 43.7 years and the average follow up duration was 8.4 years. The known causes of death were diseases of the circulatory system (26.4%), malignant neoplasm (23.6%), diseases of the respiratory system (9.4%), gastrointestinal (7.6%) and injuries/poisoning (6.6%). Cause was unknown in 28 (26.4%). The overall SMR was 1.36 (95% CI 1.1,1.6); for women it was 1.47 (95% CI 1.1,1.9) and for men it was 1.25 (95% CI 0.9,1.6). On further analysis, the overall mean expected life years lost was 3.0 (3.6 female, and 2.3 male).

Brief Conclusion: The drop in SMR in this clinic suggests mortality risk in PsA has improved over the last decade. This needs to be further investigated.

D21

MALIGNANCY IN PSORIATIC ARTHRITIS (PSA)

Sherry Rohekar, Agnes Hassa, Catherine Schentag, Dafna Gladman
Toronto Western Hospital, Toronto, Ontario.

Objective: To determine the prevalence and types of malignancy that develop in a large cohort of patients with PsA.

Methods: A cohort analysis of 680 patients with confirmed PsA, followed prospectively from 1978-2005 at an urban tertiary care center, was performed. Patients were followed at 6-12 month intervals according to a standard protocol, which included recording of malignancy. All data was tracked on a computer database, which was searched for evidence of malignancy. Paper charts were also reviewed to confirm pathology and linkage with Cancer Care Ontario data was performed to ensure completeness. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression. Non-melanoma skin cancers (NMSCs) were not counted among the malignancies.

Results Obtained and Conclusion: A total of 91 separate malignancies developed in 83 of the 680 patients (13.2%). Three patients had two malignancies, and two had three separate malignancies. The most frequent malignancies were breast (18.7%), lung and prostate (11.0% each) and renal (7.7%). Malignant melanoma, uterine and colorectal cancers each occurred

with a frequency of 6.6%. The average age at diagnosis of cancer was 61 years. More women (16.2%) than men (9.4%) developed cancer ($p=0.008$), but statistical significance disappeared with an analysis controlling for age. Comparing patients with malignancy to those who did not develop malignancy, there was no difference in the degree of joint inflammation at presentation to clinic. However, patients who developed malignancies were older at diagnosis of both psoriasis (35.5 years versus 28.0 years) and psoriatic arthritis (43.6 years versus 35.1 years) and at presentation to clinic (52.6 years versus 42.4 years). Logistic regression analysis revealed only age at presentation to clinic to be associated with malignancy.

Brief Conclusion: 13.2% of the PsA cohort developed cancer. The most frequent cancers were breast, lung, prostate and renal. Only age at presentation to clinic was associated with the occurrence of malignancy. Whether there is an increased risk for malignancy in PsA remains to be determined.