

VALORACIÓN DEL SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHOS) Y SOMNOLENCIA DIURNA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Sinigaglia F¹, Chaparro del Moral R¹, Rillo O¹, Papisidero S¹, Caracciolo J¹, Medina MA¹, Dellepiane A², Zaffarana C³, Correa M³, Casalla L⁴, Zarate L⁴, Capozzi MN⁴, Martire MV⁵, Mamani M⁵, Velasco Zamora JL⁶.

Grupo de Estudio de Artritis Reumatoidea de la Sociedad Argentina de Reumatología (GESAR-AR).

Hospital E. Tornú¹, CEMEC Casilda, Santa Fe², Instituto de Rehabilitación Psicosfísica³, Hospital A. Posadas⁴, Hospital B Rivadavia⁵, Reumatología al Sur, Berazategui⁶. Buenos Aires, Argentina

Introducción: El Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS), definido como el cese del flujo respiratorio por oclusión total o parcial de la vía aérea sin abolición del estímulo respiratorio central, afecta al 2-4% de la población. Los trastornos del sueño relacionados con la respiración (ronquidos y apneas asociadas) son comunes y afectan a más del 20% de las personas, siendo la somnolencia diurna el principal signo clínico de la apnea nocturna. En Artritis Reumatoidea (AR), el SAHOS se han observado en el 7.5 al 30.8% de estos pacientes, existiendo escasa información sobre la relación entre este síndrome y las características de la AR.

Objetivo: Evaluar la frecuencia del riesgo de SAHOS en pacientes con AR y su asociación con dolor, actividad de la enfermedad, capacidad funcional, somnolencia diurna, ansiedad y depresión.

Material y Métodos: Estudio multicéntrico, observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de AR (ACR 1987 y/o ACR/EULAR 2010) y se excluyeron aquellos con diagnóstico previo de Apnea en tratamiento, otras Colagenopatías y Fibromialgia. Se consignaron datos socioeconómicos según Escala de Graffar modificada, datos clínicos y comorbilidades. El riesgo de SAHOS se valoró mediante el Cuestionario de Apneas del Sueño de Berlín y la somnolencia diurna mediante la Escala de Epworth. Además se realizaron: Escala Análoga Visual de Dolor (EVA Dolor), RAPID3, DAS28 y Escala de Ansiedad y Depresión (HADS A y HADS D). Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva, prueba de Chi cuadrado, test t de Student y regresión logística binaria para el análisis multivariado tomando como variable dependiente tener riesgo de SAHOS.

Resultados: Se incluyeron 168 pacientes con AR, 91% mujeres, con un promedio de edad de 53 ± 12 años y mediana de tiempo de evolución 84 meses (RIQ 48-144). El promedio del DAS28 fue 4 ± 1.4 , RAPID3 11.7 ± 7 y HAQ 1.1 ± 0.75 . El 86% estaba tratado con DMAR no biológicos (la mayoría con metotrexate como monoterapia), un 34% recibía DMAR biológicos, 40% AINES y 28% esteroides. Además 13 pacientes se encontraban en tratamiento con benzodiacepinas y 12 antidepresivos. El IMC promedio fue 27 ± 5 ; 31% presentaban sobrepeso (IMC 25-29,9) y 31% eran obesos (IMC ≥ 30). El 29% tenía diagnóstico de hipertensión arterial (HTA). La mayoría (64%) eran de clase socioeconómica baja (Graffar IV-V).

El riesgo de SAHOS según el Cuestionario de Berlín fue observado en 71 pacientes (42%) y somnolencia diurna según Escala de Epworth en 50 pacientes (29.7%). Los pacientes con riesgo de SAHOS presentaron mayor IMC (29 ± 5 vs 26 ± 5 , $p < 0.001$), mayor actividad de la enfermedad tanto por DAS28 (4.5 ± 1.4 vs 3.7 ± 1.2 , $p < 0.001$) como por RAPID3 (14 ± 7 vs 10 ± 6 , $p < 0.002$) y peor capacidad funcional por HAQ (1.3 ± 0.7 vs 0.9 ± 0.7 , $p < 0.01$). Hubo una mayor frecuencia de HTA en pacientes con riesgo de SAHOS (42% vs 19%, $p < 0.002$) y mayor somnolencia diurna (43% vs 25%, $p < 0.02$). También se observó diferencia en la Escala de Ansiedad (HAD-A) (9.2 ± 4 vs 6.5 ± 4 , $p < 0.001$) y Depresión (HAD-D) (7.5 ± 3 vs 5.4 ± 3 , $p < 0.001$). No hubo diferencias en la escala de dolor, uso de esteroides y DMAR biológicos y no biológicos entre pacientes con y sin riesgo de SAHOS.

Las variables asociadas independientemente al riesgo de SAHOS fueron el IMC (OR 1.14 IC95% 1.052-1.235, $p = 0.001$) y el DAS28 (OR 1.13 IC95% 1.006-2.459, $p = 0.047$).

Conclusiones: El riesgo de Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño es del 42% en pacientes con Artritis Reumatoidea evaluados y se asoció al índice de masa corporal y a la actividad de la enfermedad.

Evaluation of Obstructive Sleep Apnea (OSA) and Daytime Sleepiness in Patients with Rheumatoid Arthritis

Sinigaglia F¹, Chaparro del Moral R¹, Rillo O¹, Papisidero S¹, Caracciolo J¹, Medina MA¹, Dellepiane A², Zaffarana C³, Correa M³, Casalla L⁴, Zarate L⁴, Capozzi MN⁴, Martire MV⁵, Mamani M⁵, Velasco Zamora JL⁶.

Hospital E. Tornú¹, CEMEC Casilda, Santa Fe², Instituto de Rehabilitación Psicosfísica³, Hospital A.Posadas⁴, Hospital B Rivadavia⁵, Reumatología al Sur, Berazategui⁶. Buenos Aires, Argentina

Introduction: The Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSA) affects 2-4% of the population and in Rheumatoid Arthritis (AR) it has been observed in 7.5 to 30.8% of these patients. **Material and Methods:** Multicenter, cross-sectional observational study that included patients ≥ 18 years with RA diagnosis (ACR 1987-ACR / EULAR 2010). Socioeconomic status, clinical data and comorbidities were recorded. The risk of OSA was assessed by the Berlin Sleep Apnea Questionnaire and daytime sleepiness by the Epworth Sleepiness Scale. Pain Visual Analog Scale (VAS pain), RAPID3, DAS28 and Anxiety and Depression Scale (HADS A and HADS D) were also assessed. For statistics analysis, χ^2 test, T-Test and Binary Logistic Regression for multivariate analysis. **Results:** 168 patients with RA were included: 91% were female, average age 53 ± 12 years with median RA progression 84 months (IQR 48-144). The mean DAS28 was 4 ± 1.4 , RAPID3 11.7 ± 7 and HAQ 1.1 ± 0.75 . Most of the patients were treated with DMARDs (86%)- mainly methotrexate monotherapy- and biologic drugs (34%). The mean BMI was 27 ± 5 , overweight (31%) and obese (31%); 29% had arterial hypertension (AHT); 64% of the patients were of low and very low socioeconomic class (Graffar IV-V). The OSA risk was observed in 71 patients (42%) and daytime sleepiness in 50 patients (29.7%). The patients at risk of OSA presented a higher BMI (29 ± 5 vs 26 ± 5 , $p < 0.001$), higher disease activity DAS28 (4.5 ± 1.4 vs 3.7 ± 1.2 , $p < 0.001$) and RAPID3 (14 ± 7 vs 10 ± 6 , $p < 0.002$) and worse functional capacity HAQ (1.3 ± 0.7 vs 0.9 ± 0.7 , $p < 0.01$). There was a higher frequency of hypertension in patients at risk of OSA (42% vs 19%, $p < 0.002$) and increased daytime sleepiness (43% vs 25%, $p < 0.02$) with respect to the low risk OSA group. Difference was also observed in the anxiety and depression scales (HAD-A (4 vs $6.5 \pm 9.2 \pm 4$, $p < 0.001$) and HAD-D (7.5 vs $5.4 \pm 3 \pm 3$, $p < 0.001$) respectively. The independently variables associated with risk of OSA were BMI (OR 1.14, 95% CI 1052-1235, $p = 0.001$) and DAS28 (OR 1.13, 95% CI 1006-2459, $p = 0.047$). **Conclusions:** The risk of OSA is 42% in patients with RA and was associated with BMI and disease activity.