



Artistas aderem ao Concerto “Cantar por oito vidas”

Hemorragia
digestiva e
anti-inflamatórios
não esteróides



Doença do Refluxo
Gastro-Esofágico
Ecos de Genebra



Editorial

PREVENIR É CONSIDERADO UMA ACTO DE cultura e traduz vontade de poupar recursos e garantir qualidade de vida. É pois, uma atitude e não uma estrutura.

A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) tem vindo, nos últimos anos, a promover uma campanha de sensibilização para que se entendam os benefícios para o cidadão e para a sociedade, em prevenir o Cancro do Cólon.

A mensagem tem passado no meio médico e tem sido acolhida com interesse pelo público em geral, embora com a indiferença da maiorias estruturas estatais. Pensamos que esta indiferença se traduz mais na incapacidade de mover estruturas; mas, em alguns casos, o gosto pela ignorância e noutros “o prazer delicioso e sempre novo de uma ocupação inútil” (Ravel), são os responsáveis pela penetração mais lenta que adesejada.

Sentimos desde o início o apoio incondicional dos Médicos, através da sua participação individual, mas também através das suas estruturas, nomeadamente e como referência exemplar a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. Desenvolvemos um esforço inicial de esclarecimento dos Médicos Gastroenterologistas - que pensamos ter conseguido resultados - para que estes, com a escassez de meios, pudessem corresponder ao aumento de solicitações de exames. Namaioria das unidades de gastroenterologia e em especial nas unidades de endoscopia temos assistido a uma inversão no número habitualmente superior de pedidos de endoscopia alta pelos pedidos de colonoscopia e fibrossigmoidoscopia. Louvamos o esforço dos Directores, dos Gastroenterologistas e Enfermeiros dessas unidades.



Leopoldo Matos

Estamos conscientes de que o esclarecimento quase simultâneo dos Médicos de Família e a sua disponibilidade para compreender o interesse do rastreio do Cancro do Cólon, porventura o mais eficaz dos rastreios oncológicos, no momento em que a doença é a primeira causa de morte por doença maligna, em Portugal, tem sido fundamental para que se vão dando os primeiros passos na concretização nacional deste rastreio.

É de facto o “médico assistente”, quem deve chamar a atenção do indivíduo saudável, com mais de 50 anos ou aos que, mesmo mais novos, pertencem a grupos de risco, para a necessidade de fazerem o rastreio. Mas também é a este médico que a esmagadora maioria dos indivíduos recorre com dúvidas e pedidos de aconselhamento.

Todos somos eticamente responsáveis pelo esclarecimento e encaminhamento.

Todos somos socialmente responsáveis pela qualidade de vida e pela poupança que conseguimos ao prevenir uma doença oncológica e mesmo a morte.

Todos mostraremos que ao iniciar novas atitudes, somos responsáveis “cultos”.

Sumário

Editorial	2
Leopoldo Matos	
O que ELES dizem	5
Concerto de solidariedade	
Cantar por oito vidas	7
Depoimentos	8
Bagão Félix, Fialho Gouveia, Mário Laginha Dany Silva, Janita Salomé	
Hemorragia digestiva e anti-inflamatórios não esteroides	11
Ecos de Genebra	
Doença do Refluxo Gastro-Esofágico	13
Campanha de sensibilização para a prevenção do cancro do intestino	
Comunicação social adere à iniciativa	17
Rastreio do cancro do cólon e recto	
Recomendações da SPED	17
Linha Digestiva superou todas as expectativas	18
Dieta Mediterrânica	
Boletos salteados com camarão, castanhas e manjeriço	19
Casos endoscópicos	
Isquémia gástrica	20
Agenda	20
ENDOCruzadas	20

Ficha Técnica

ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica Nº3 • Dezembro 2002

Director

Prof. Dr. Carlos Nobre Leitão

Coordenação Editorial

Dr. Leopoldo Matos

Depósito Legal

179043/02

Registo ICS

Exclusão de registo prevista no artº 12, alínea a, do DR nº 8/99, de 9 de Junho

Produção e Imagem

VFBM Comunicação, Lda.

Propriedade e Redacção

VFBM - Comunicação, Lda.
Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier - 1500-369 Lisboa
Tel: 217622740; Fax: 217622742
E-mail: endonews@netcab.pt

Impressão

Mirandela - Artes Gráficas, SA
Rua Domingos Faria, 103 - 1300-501 Lisboa

Tiragem

13.000 exemplares

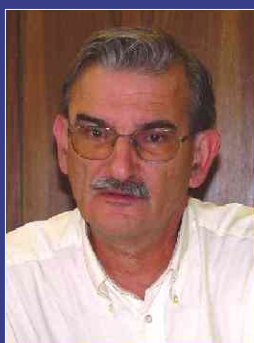
O que ELES dizem



Catarina Furtado
Apresentadora

Nunca mais *lbe* perdoei.
Prometi-*lbe* vingança.
O cancro do intestino é o tumor que mais mata em Portugal, mas há que gritar bem alto que o rastreio é a forma eficaz de o prevenir. Assim, ele poderá perder muitas batalhas e nós seremos os últimos a rir. E provavelmente é esse o desejo de Deus.

A SPED adoptou uma estratégia única para o rastreio do cancro do cólon e recto na população de risco padrão - indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, assintomáticos e sem história familiar de cancro do cólon e recto - sigmoidoscopia flexível cada 5 anos.



Prof. C. Nobre Leitão
Vice-Presidente da SPED
Director do Serviço de Gastrenterologia do IPO - Lisboa



Prof. M. Carneiro de Moura

Presidente da SPG
Director do Serviço de Gastrenterologia do Hosp. de St.ª Maria - Lisboa

O cancro digestivo e o do cólon têm uma prevalência extremamente elevada no nosso país. Dados recentes mostram que, nos últimos anos, a incidência do cancro do cólon tem aumentado significativamente, inclusive na população mais jovem.

Provavelmente, o nosso tipo de alimentação tradicional, sobretudo aquilo a que chamamos dieta mediterrânica (rica em azeite, alho, legumes, lactícínios e peixe) tem efeitos protectores contra o cancro do cólon.



Dr. Paulo Fidalgo
Assistente Graduado do Serviço de Gastrenterologia do IPO - Lisboa

Outras fotos



Raízes, por Eduardo Esteves

Este é um espaço para publicação da sua fotografia favorita.

Envie-nos a sua imagem (em papel, slide ou formato informático) para:

ENDOnews

Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier
1500-369 Lisboa

E-mail: endonews@netcabo.pt

Participe!



Ana e Luís Pisco



Maria Barroso



Pina Cabral, Nobre Leitão, Bento Charrua, Hermano Gouveia, JM Romaozinho e Leopoldo Matos



Nobre Leitão com um casal amigo



Venâncio Mendes e o Director do Hospital de Mirandela



Rão Kyao



Maria João



Mário Laginha



Catarina Furtado com Filipa Pais



Janita Salomé e Vitorino



Catarina Furtado, Filipa Pais e Vítor de Sousa

Concerto de solidariedade Cantar por oito vidas

A SPED REUNIU, NUM CONCERTO DE SOLIDARIEDADE REALIZADO NO Coliseu dos Recreios, um extenso grupo de artistas portugueses que se uniram à Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva na divulgação, junto do público, da problemática do cancro colo-rectale da necessidade de rastreio precoce de uma patologia que, cadadia, ceifa oito vidas.

Apresentado por Catarina Furtado e Vítor de Sousa, o concerto reuniu um grupo representativo da canção portuguesa: Dany Silva, Filipa Pais, Janita Salomé, Maria João e Mário Laginha, Rão Kyao e Vitorino.

Num ambiente descontraído e informal, que contou com a presença de numerosos representantes da classe política portuguesa, do desporto, da comunicação social e do mundo do espectáculo, os apresentadores conseguiram transmitir, simultaneamente, a realidade de uma doença que atinge cada vez mais indivíduos no nosso país e a esperança da sua detecção precoce através do rastreio, numa mensagem de solidariedade que atravessou as extensas filas de público assistente ao concerto.



Vítor Sousa e Catarina Furtado



Janita Salomé



Dany Silva



Rão Kyao e Filipa Pais



Janita Salomé, Vitorino, Filipa Pais, Rão Kyao e Dany Silva

Depoimentos • Depoimentos • Depoimentos • Depoimentos • Depoimentos

Bagão Félix

Entre as muitas personalidades de vida pública portuguesa que se associaram ao concerto “Cantar por 8 vidas”, organizado pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, Bagão Félix, Ministro do Trabalho e da Segurança Social, destacava-se, desde logo, pela reincidência que tem revelado no apoio às iniciativas da SPED.

As razões que motivam a sua participação activa na luta contra o cancro do cólon verte-as sem redundâncias:

- Vim aqui hoje pelo valor da vida, da prevenção, dos afectos confesso o governante ao ENDOnews, que também quis saber como fora ele alertado para o problema:

- Conheço, há já muitos anos, o Professor Nobre Leitão, de quem, aliás, já fui doente... Foi ele que me convidou a estar presente, convite que aceitei de imediato como aliás já o tinha feito aquando da iniciativa que teve lugar, o ano passado, na FNAC.

Para Bagão Félix, acções como a que teve lugar no Coliseu de Lisboa assumem grande importância, ainda que, reconheça, para que possam atingir a população em geral, é necessária uma intervenção acti-

va dos órgãos de comunicação social, muito particularmente, das televisões:

- Através da difusão de mensagens curtas, directas, que as pessoas entendam... que não «metam medo», mas que sensibilizem para o problema - explicou.

E tal como já o havia reconhecido ao ENDOnews o seu colega de Governo, Luís Filipe Pereira, Ministro da Saúde,

Bagão Félix defende o rastreio sistemático do cancro do cólon a partir dos cinquenta anos de idade... e que se devem sensibilizar os jovens para que essa vai ser uma necessidade que terão de satisfazer no futuro.



Fialho Gouveia



Na vida de Fialho Gouveia, o rastreio do cancro do cólon é já uma rotina incontornável: “já fiz vários exames no IPO”. Até já tirei um pólipo!... agora tenho de fazer um rastreio de cinco em cinco anos”, confessou ao ENDOnews.

Para o conhecido apresentador de televisão, é fundamental estar alerta para o perigo e respeitar as indicações médicas: “as pessoas têm de estar atentas. O problema em si não é grave, desde que seja detectado a tempo”. Nesta perspectiva, tem defendido, desde a primeira hora, as campanhas de prevenção promovidas pela SPED: “chamam a atenção das pessoas para a necessidade de fazerem regularmente um teste ao seu estado de saúde... apoio inteiramente todas estas iniciativas”, insiste.

Mário Laginha

“O rastreio gratuito do cancro do cólon é um passo fundamental numa sociedade evoluída. Como também o são a educação e os cuidados de saúde que permitam que pessoas menos habilitadas adiram às acções preventivas propostas pelos médicos. É um trabalho continuado, que espero venha a dar frutos”. É desta forma que Mário Laginha, o pianista que com Maria João tem encantado audiências aquém e além fronteiras enquadrando a prevenção em saúde, muito particularmente a prevenção do cancro do cólon. É por isso que aceitou, de imediato, o convite da SPED para dar a cara em mais uma iniciativa de alerta para a importância do rastreio do CCR: “este concerto insere-se nessa necessidade de chamar a atenção das pessoas. Acho muito positivo o envolvimento dos artistas neste tipo de iniciativas”.



mentos • Depoimentos • Depoimentos • Depoimentos • Depoimentos

Dany Silva

Para Dany Silva, como para tantos outros, a emergência da prevenção veio pela pior das razões: há um ano perdeu um irmão, vítima de cancro... Foi por isso que decidiu realizar alguns exames, recomendados pelos médicos. Entre eles, os exames para rastreio do cancro do cólon, que hoje aconselha a todos os que integram o grupo de risco indicado pelos especialistas. A falta de informação e o tradicional «deixa andar» que ainda marcam a realidade portuguesa são, para este cantor caboverdiano, os principais obstáculos que urge ultrapassar.

À pergunta deve o Estado suportar os custos de um rastreio de toda a população com idade superior a 50 anos, o artista do país das «momas» não hesita um instante:

- Absolutamente: a própria Constituição portuguesa aponta nesse sentido. A posição privilegiada dos artistas, que lhes permite atingir vastas faixas populacionais é, para Dany Silva, uma vantagem que importa aproveitar nas campanhas de prevenção. De certo modo, diz:

- O artista funciona como uma referência para a população, que assim aceita de melhor modo como importante os alertas lançados pela comunidade médica.



Janita Salomé



A problemática do cancro toca-me particularmente. Preocupam-me, desde logo, as perspectivas muito pouco animadoras da Organização Mundial de Saúde sobre o número de novos casos nos

próximos 25 anos. Relativamente ao cancro do cólon, a minha idade coloca-me no grupo de risco. É por isso que de há alguns anos a esta parte adoptei uma atitude preventiva: realizo todos os exames pertinentes, faço exercício físico e tenho uma alimentação saudável.

Quando me convidaram para participar no concerto de sensibilização para a problemática do cancro do cólon, promovido pela SPED, aceitei imediatamente, porque considero indispensáveis todas as iniciativas que promovam a prevenção.

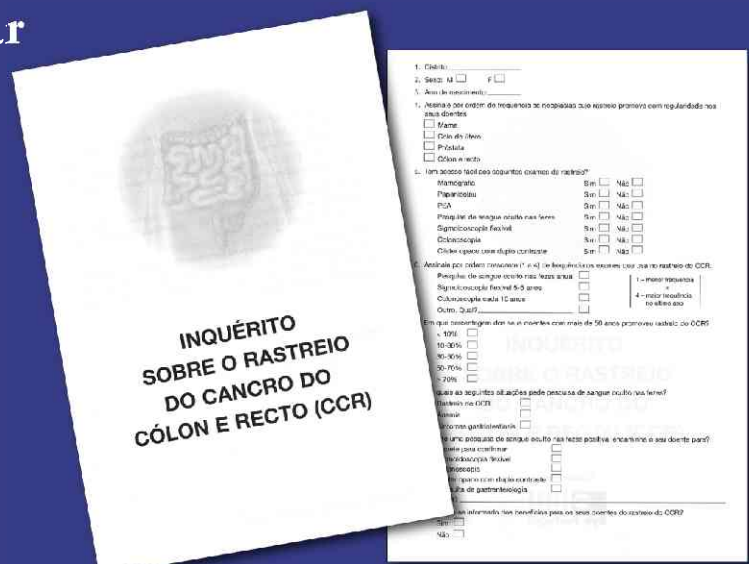
O Estado também deveria contribuir, entre outras formas, através de campanhas nos meios de comunicação... Pagamos em impostos muito daquilo que ganhamos e por isso exigimos um retorno, que pode assumir, entre outras formas, este tipo de financiamento.

Inquérito sobre o rastreio do CCR

As resposta não param de chegar

O INQUÉRITO SOBRE O RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RECTO (CCR), promovido pela SPED e dirigido a um total de cerca de 13 mil médicos portugueses, tem-se revelado um sucesso, pelo número de respostas já recebidas. Agora, vai-se proceder ao tratamento dos dados e, tão breve quanto possível, serão divulgadas as conclusões. Entretanto, se ainda não enviou a sua resposta e quiser participar, ainda está a tempo de o fazer.

É importante!



Campanha de sensibilização para a prevenção do cancro do intestino Comunicação social adere à iniciativa

“POR DIA MORREM OITO PORTUGUESES DEVIDO AO CANCRO DO intestino, o cancro que mais mata em Portugal”. A mensagem foi amplamente divulgada pelos meios de comunicação social, tal como era objectivo da SPED... Informar que este é um problema real, que afecta homens e mulheres e que a melhor forma de prevenção é mesmo o rastreio.

Dada a ausência de verbas para publicidade até ao momento, todo o esforço de comunicação concentrou-se nas acções de relações públicas e assessoria de imprensa.

O mote foi dado pela Linha Digestiva, um número azul disponível para os médicos esclarecerem por telefone as dúvidas em relação à doença e ao rastreio, possível de implementar com o apoio da PT Comunicações e de médicos gastroenterologistas que voluntariamente se disponibilizaram para esta iniciativa. Durante 10 dias, entre as 14.00 e as 19.00 horas, esta linha esteve em funcionamento. A Comunicação social compreendeu a importância do gesto e ajudou à sua divulgação.

Outra iniciativa que foi também notícia nos meios de comunicação foi o concerto “Cantar por 8 Vidas”, que decorreu a 29 de Novembro no Coliseu dos Recreios, em Lisboa, e que contou com a participação solidária dos artistas Dany Silva, Filipa Pais, Janita Salomé, Maria João e Mário Laginha, Rão Kyao e Vitorino, e de Catarina Furtado e Vítor de Sousa como apresentadores.

Na televisão ocorreram 25 notícias sobre a campanha, nos 5 canais nacionais, num total de emissão correspondente a 2h30m. Além dos jornais televisivos, dedicaram espaço à campanha, através de entrevistas e telefonemas dos telespectadores, os programas: “Olá Portugal” (TVI), “Praça da Alegria” e “Bom Dia Portugal” (RTP), “Sic 10 Horas” (Sic) e “Caras Notícias” (Sic Notícias). Na rádio a campanha foi notícia por 31 vezes, num total de emissão correspondente a 3h16m. A generalidade da imprensa nacional, em papel e em formato electrónico, noticiou a campanha, num total de mais de 100 notícias.

Rastreio do cancro do cólon e recto Recomendações da SPED

A GRANDE FREQUÊNCIA DO CARCINOMA do cólon e recto (CCR) na população e a sua peculiar biologia, caracterizada por uma progressão lenta e uma fase benigna precursora longa, dominada pelo adenoma de remoção fácil por colonoscopia, torna o CCR um candidato ideal para o sucesso de uma ampla prática de prevenção. A SPED propõe a toda a comunidade médica um conjunto simples de regras para o rastreio e vigilância das populações. Tendo em consideração a idade e a história pessoal e familiar de cada indivíduo, vamos estratificar a população em grupos com riscos diferentes para CCR e para os quais propomos diferentes abordagens no rastreio do CCR.

População de risco padrão

Pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, sem outro factor de risco para CCR (história pessoal ou familiar) - Sigmoidoscopia Flexível a cada 5 anos.

População de risco aumentado

O risco individual de CCR é afectado pelo número

de parentes com CCR ou adenomas, pelo grau de parentesco e pela idade desses familiares, pelo que propomos um programa de rastreio estratificado em função do risco familiar e consideramos dois sub-grupos:

- 1 - Com um parente de 1º grau de idade superior a 50 anos, ou dois parentes de 2º grau com CCR, ou com um parente de 1º grau com adenoma e idade inferior a 60 anos - Sigmoidoscopia Flexível cada 5 anos, com início aos 40 anos de idade.
- 2 - Com dois parentes de 1º grau, ou um parente de 1º grau de idade inferior a 50 anos com CCR - Colonoscopia cada 5 anos com início aos 40 anos de idade.

População de alto risco

Para os indivíduos pertencentes a famílias de doentes com polipose adenomatosa familiar e ou síndrome de Lynch, é útil e aconselhável orientá-los para grupos de referência.



Tino, mascote da Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon

Doença do Refluxo Gastro-Esofágico

Ecoss de Genebra

REALIZOU-SE NO PASSADO MÊS DE OUTUBRO, na cidade suíça de Genebra, a décima edição da United European Gastroenterology Week, evento que constitui o principal congresso europeu de gastroenterologia e endoscopia digestiva.

A Doença do Refluxo Gastro-Esofágico (DRGE) foi uma das matérias em destaque, sendo o tema de diversas comunicações orais e apresentações em poster.

A apresentação clínica da DRGE continua a merecer a atenção dos investigadores, surgindo nesta reunião científica novos dados com indiscutível relevância para a prática clínica.

DRGE não é só azia

Um grupo de investigadores (1) estudou, junto de 80 doentes, a associação de outros sintomas que não a azia com a DRGE. O inquérito foi realizado por entrevista telefónica a doentes com diagnóstico confirmado pelos respectivos médicos assistentes. Os dados obtidos permitiram concluir que, embora a azia fosse o sintoma predominante, a maioria dos doentes apresentava outros sintomas referentes ao tracto digestivo alto, parte dos quais eram frequentes e incomodativos.

Os sintomas mais frequentes e severos foram a regurgitação, vômitos, eructação / distensão, desconforto à deglutição, saciedade precoce e enfartamento pós-prandial.

Os autores sugeriram que, à luz destes dados, a avaliação da eficácia dos tratamentos da DRGE deverá levar em conta não só a capacidade de controlar a azia mas, igualmente, a capacidade de controlar os outros sintomas.

Disfagia na DRGE não complicada

A disfagia é considerada um sintoma de alarme, sugestivo de obstrução do lúmen esofágico. Autores americanos (2) avaliaram a sua



prevalência na DRGE não complicada, a relação com a severidade da esofagite e a resposta à terapêutica. Foram, naturalmente, excluídos doentes com estenose ou epitélio de Barrett. O estudo incluiu 11945 doentes com esofagite endoscopicamente confirmada. Os doentes foram incluídos em protocolos duplamente cegos de tratamento com esomeprazole, omeprazole ou lansoprazole. Um total de 4451 enfermos (37,3%) queixavam-se de disfagia. O desaparecimento da disfagia associou-se com a cicatrização da esofagite. Os autores concluem que a disfagia é um sintoma frequente em enfermos com DRGE não complicada. Doentes com disfagia mantida ao cabo de 4 semanas de tratamento com um inibidor da bomba de prótons provavelmente não terão cicatrizado a esofagite.

Fatores de risco para esofagite

A DRGE afecta cerca de 1/4 da população. Em metade dos casos a doença evoluiu sem lesões esofágicas (DRGE endoscopicamente negativa) mas nos restantes casos



surtem lesões de esofagite.

Labenz e colaboradores (3) avaliaram potenciais factores de risco de eclosão de esofagite numa casuística incluindo 6509 doentes.

A análise estatística dos dados revelou que o sexo masculino, o excesso de peso, o consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo são factores de risco para o desenvolvimento de esofagite, enquanto, pelo contrário, um elevado nível de educação e a infecção pelo *Helicobacter pylori* representam factores protectores.

Tratamento endoscópico

A terapêutica endoscópica da DRGE foi também objecto de diversas apresentações, referentes às diferentes técnicas actualmente em desenvolvimento e experimentação.

A libertação endoscópica de energia por radiofrequência (Stretta) no esófago terminal foi aplicada em 118 doentes com DRGE por um grupo dos EUA (4). O tratamento foi realizado em regime de ambulatório e em nenhum doente ocorreram efeitos adversos. Um seguimento posterior de 1 ano permitiu aos autores concluir que a técnica é segura e bem tolerada, eliminando a necessidade de tratamento farmacológico em 97% dos doentes.

Num primeiro ensaio europeu unicêntrico (5), uma equipa alemã apurou resultados semelhantes. Tendo submetido a esta terapêutica 35 enfermos, a sua experiência indica também tratar-se numa técnica bem aceite pelos doentes, tendo conseguido evitar a prossecução de tratamento anti-secretor na maioria dos casos.

Um estudo piloto multicêntrico (6) debruçou-se sobre o efeito da injeção endoscópica de polímeros no esfíncter esofágico inferior como forma de combater o refluxo gastroesofágico. Foram apresentados os dados manométricos referentes a 13 doentes. O trata-

mento conseguiu aumentar a pressão residual do esfíncter esofágico inferior de forma mantida e reduzir a frequência dos episódios transitórios de relaxamento deste esfíncter, os quais - como é conhecido - constituem um dos principais mecanismos fisiopatológicos da DRGE.

Referências

1. Rojavin MA, Vandeplassche G, Lefkowitz MP, et al. GERD is not only heartburn. *Gut* 2002;51(suppl III) A67.
2. Vakil NB, Zuckerman S, Levine JG. Dysphagia in uncomplicated reflux disease. *Gut* 2002;51(suppl III) A67.
3. Labenz J, Jarpersen D, Kulig M, et al. Risk factors for the development of erosive reflux disease: a multivariate analysis based on the Progerd initiative. *Gut* 2002;51(suppl III) A226.
4. Reymunde A, Santiago N, Gaona C. Stretta for the treatment of GERD: Extended follow-up in 118 patients. *Gut* 2002;51(suppl III) A23-A24.
5. Meier PN, Nietzschmann T, Akin I, et al. Radiofrequency delivery for the treatment of GERD: First uni-

- center European results. *Gut* 2002;51(suppl III) A24.
6. Louis H, Voderholzer W, Le Moine Q, et al. Lower esophageal sphincter function after endoscopic polymere injection for GERD treatment: 1, 6 and 12 months results. *Gut* 2002;51(suppl III) A25.

Tratamento endoscópico da DRGE

Nos últimos anos, têm sido desenvolvidas diversas técnicas endoscópicas de tratamento da DRGE, nomeadamente através de equipamentos de sutura endoscópica, coagulação focal por radiofrequência e a colocação no cárdia de bio-implantes.

Os resultados em doentes com doença moderada e não complicada têm sido promissores.

Todavia, estas técnicas devem, no momento actual, ser consideradas experimentais uma vez que não se conhecem, por enquanto, resultados a longo prazo. Também se carece ainda de estudos comparativos com a terapêutica farmacológica ou cirúrgica.

Assim sendo, a sua utilização deve apenas ser considerada no contexto de ensaios clínicos de investigação.



Texto e fotografias

J. E. Pina Cabral



Hemorragia digestiva e anti-inflamatórios não esteroides

O TRACTO GASTRINTESTINAL É LOCAL FREQUENTE de complicações decorrentes de prescrição ou de automedicação, particularmente no que respeita a fármacos anti-inflamatórios não esteroides; sendo necessário o reconhecimento pelo médico destas situações e o “ensino” ao doente no sentido do despiste precoce de efeitos adversos potencialmente graves.

De acordo com Gatenby (1995), a lesão gastrintestinal foi associada a 20 a 40% dos efeitos adversos induzidos por fármacos.

É talvez um “lugar comum” referir a inexistência de dados relativamente a Portugal e registar que se estima que nos Estados Unidos da América cerca de 13 milhões de indivíduos utilizam regularmente anti-inflamatórios não esteroides (AINE), verificando-se cerca de 70 milhões de prescrições e 30 biliões de vendas sem prescrição.

Esta utilização massiva resultou num aumento de prevalência de gastropatia associada a AINE. A patogénese desta situação é multifactorial e complexa, não estando ainda totalmente identificados os mecanismos de lesão.

De acordo com Schoen e Vender (1989), os AINE têm um efeito tóxico directo na mucosa gastroduodenal e indirecto através da redução da síntese das prostaglandinas na mucosa gástrica e do efeito de metabolitos hepáticos activos (estes últimos excretados na bília para o duodeno e lesando de modo retrógrado a mucosa gástrica por refluxo duodeno-gástrico e de modo anterógrado a mucosa intestinal).

As manifestações clínicas da toxicidade gastroduodenal podem ser subdivididas de acordo com a sua gravidade:

1. Lesão Ligeira - Cerca de 10-20% dos doentes refere desconforto no início da terapêutica, que podem condicionar a interrupção do tratamento.

2. Lesão Moderada - Na qual se identificam lesões da mucosa: gastropatia, erosões ou úlceras.

3. Lesão Grave - Ainda que menos frequentes são estas lesões - a hemorragia, a perfuração e a estenose - que acarretam a grande morbidade e mesmo mortalidade nos doentes sob terapêutica com AINE.

4. Um outro ponto importante é que estas complicações são geralmente assintomáticas.

Interessante é que, em algumas séries, foi documentada a toma de AINE, na semana anterior à admissão, em cerca de 50% dos doentes internados por úlcera péptica sangrante.

São reconhecidos diversos factores de risco; consideramos dentre eles como um dos mais chamativos o uso episódico de AINE - ex: síndrome febril, dor aguda, etc. - que se relaciona com a chamada citoprotecção adaptativa.

Os estudos de controlo pós-comercialização de novos AINE, nomeadamente dos inibidores selectivos da COX2, mostraram que ainda que promissores e mais seguros, também a estes fármacos já foram atribuídas lesões adversas graves do tracto gastroduodenal.

Dois outros pontos são também de registar: um diz respeito à associação de fármacos, o que pode acrescer o risco de lesão por AINE; o outro relaciona-se directamente com a actividade do fármaco na agregação plaquetária, situação esta que pode condicionar, em termos de perda sanguínea, uma lesão mais grave.

Para terminar apenas uma referência ao diagnóstico endoscópico: num grupo não desprezável de doentes internados por hemorragia digestiva - chegando em algumas séries a atingir 50% - não é possível identificar a lesão sangrante, quer por excesso de conteúdo hemático numa fase precoce, quer por desaparecimento das lesões quando a endoscopia é deferida. A

Caso clínico

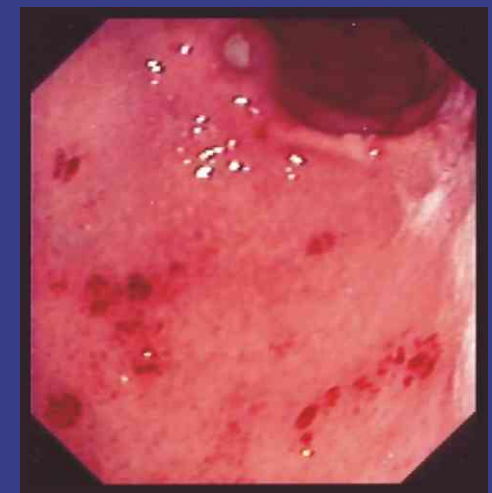
Doente do sexo masculino, 42 anos, caucasiano, natural e residente em Lisboa, funcionário público, internado na sequência de lesão traumática do joelho, tendo sido medicado com anti-inflamatório não esteroide tópico e por via oral.

Dois dias antes da observação refere estado nauseoso, a que se seguiu emissão de “fezes negras” (sic) motivo porque foi pedida observação por Gastrenterologia.

Observou-se doente pálido, taquicárdico e com hipotensão postural.

Foi realizada entubação naso-gástrica, com saída de “vestígios de sangue hematizado”.

Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou: múltiplas lesões erosivas, com sangue hematizado e úlcera escavada, salientando-se a ausência de sinais inflamatórios (foto).



evidência de lesão endoscópica ou a sua ausência não é elemento predizente do desenvolvimento ou não de complicação grave.

E por último, a redução do número de úlceras nos ensaios clínicos não traduz directamente uma redução paralela dos efeitos adversos graves com esse fármaco.

Poderemos dizer que quando Felix Hoffman produziu a aspirina, não imaginava o enorme campo de estudo e trabalho clínico que abriu para a Medicina.

Paula Peixe

Linha Digestiva superou todas as expectativas



nº azul

808 200 355

CHAMADA LOCAL

A ASSINALAR ESTE ANO O DIA EUROPEU DE Luta Contra o Cancro do Intestino, a SPED dinamizou, durante 10 dias, um serviço de aconselhamento médico por telefone, que contou com o patrocínio da PT Comunicações. Ao custo de uma chamada local, o número 808 200 355 manteve-se em funcionamento entre as 14.00 e as 19.00 horas, de 23 de Outubro a 3 de Novembro. No aten-

dimento estiveram médicos gastroenterologistas voluntários.

Foram efectivamente atendidas 1042 pessoas, que telefonaram de todo o país, incluindo Regiões Autónomas, sendo a maioria das chamadas da Grande Lisboa (528). Foi equilibrada a adesão, por sexo, tendo-se registado uma adesão ligeiramente menor dos homens (529) em relação às mulheres (513). Por faixas etárias, foram plenamente atingidos os objectivos, uma vez que aderiu à iniciativa maioritariamente a população-alvo de rastreio (704 chamadas de pessoas com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos), seguindo-se, bastante atrás, pessoas com idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos (169 chamadas).

Escalonaram-se 9 motivos justificativos da chamada telefónica:

1. e 2. Pessoas que tinham queixas, sobretudo de alteração do trânsito intestinal e/ou recorrentes, e que desejavam saber o que fazer: umas já tinham feito exame ou tinham sido submetidas a polipectomia e que estavam, por isso, sujeitas a vigilância médica (131 chamadas); as outras, com as mesmas queixas, mas ainda sem qualquer diagnóstico uma vez que não tinham procurado ou conse-

guido ajuda médica (177 chamadas).

3. Pessoas que telefonaram para se informarem sobre o rastreio (260 chamadas) Os homens colocaram mais a pergunta sobre o rastreio em geral (143 chamadas de pessoas do sexo masculino contra 117 pessoas do sexo feminino).

4. Pessoas que desejavam saber especificamente como seria feito o exame de rastreio (apenas 29 chamadas).

5. Pessoas que desejavam saber especificamente onde poderiam marcar o exame de rastreio e algumas querendo fazê-lo no momento (212 chamadas).

6. Pessoas querendo esclarecimentos específicos sobre os sintomas da doença (apenas 26 chamadas).

7. Pessoas em situação considerada de risco familiar, com um ou mais casos na família telefonaram em número de 111 (75 mulheres e 36 homens).

8. Apenas 3 pessoas telefonaram especificamente desejando saber informações sobre formas de prevenção primária (por exemplo a dieta).

9. Cerca de 93 pessoas telefonaram por outros motivos que não o rastreio do cancro do cólon.

Razões por faixa etária

Homens com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos telefonaram mais a pedir informações gerais sobre os rastreio (108 chamadas) e querendo saber onde marcar o exame (98 chamadas). Em relação às mulheres deste escalão etário registou-se um maior equilíbrio nos pedidos de esclarecimentos: 76 chamadas para informações gerais sobre o rastreio, 75 chamadas para marcação de exames, 50 chamadas de mulheres com queixas e que já tinham tido aconselhamento médico e/ou sido submetidas a algum exame,

Números

1042 chamadas atendidas em 10 dias.

Escalão etário alvo do rastreio aderiu (704 chamadas).

Da Grande Lisboa veio o maior número de chamadas (528) mas também telefonaram das Regiões Autónomas (6 chamadas).

O que mais motivou as chamadas foi o desejo de saber informações sobre o rastreio e onde se podia marcar o exame (260 e 212 chamadas respectivamente).

Das pessoas que apresentavam queixas, foram em maior número aquelas que ainda não tinham ido ao médico (177 contra 131 chamadas).

Dieta Mediterrânica

Boletos salteado com camarão, castanhas e manjerição (10 pax)

48 chamadas de mulheres com queixas mas ainda sem diagnóstico e 42 chamadas de mulheres em situação de risco familiar.

E por regiões

Da análise do motivo da chamada telefónica, considerando a sua proveniência, ressalta que:

a) A Norte quer homens quer mulheres telefonaram mais desejando saber informações gerais sobre o rastreio (20 e 15 chamadas respectivamente) e apresentando queixas ainda não submetidas a diagnóstico (18 e 14 chamadas respectivamente);

b) Já no Centro do país as preocupações maiores foram, quer para homens quer para mulheres, saber informações sobre o rastreio em geral (20 e 21 chamadas respectivamente) e onde fazer o exame (17 e 12 chamadas respectivamente).

c) A seguir às regiões autónomas, de onde telefonaram apenas 6 pessoas (4 mulheres e 4 homens), o Sul foi a região do país com menor número de chamadas (73) e onde a curiosidade das mulheres foi bastante inferior à dos homens (28 chamadas femininas contra 45 chamadas masculinas). Quer uns quer outros quiseram saber sobretudo informações gerais sobre o rastreio e onde fazer o exame.

d) Na Grande Lisboa houve o maior equilíbrio no tipo de perguntas colocadas, ainda assim as maiores dúvidas, quer nos homens quer nas mulheres foram: informações gerais sobre o rastreio (73 homens e 58 mulheres); onde fazer o exame (56 homens e 56 mulheres).

e) Do Grande Porto as perguntas mais colocadas foram as mesmas que nas outras regiões: informações gerais sobre o rastreio (20 chamadas masculinas e 15 femininas); queixas ainda sem diagnóstico (18 homens e 13 mulheres); onde fazer o exame (14 homens e 16 mulheres).

Ingredientes:

• Boletos - 2 Kg • Castanhas (Peladas) - 500 gr • Camarão 30/40 - 800 gr • Alho - 60 gr • Cebola - 300 gr • Louro (folha) - 2 folhas • Vinho Verde Seco - 1,5 dl • Azeite Virgem Extra - q.b. • Pimenta do Moinho - q.b. • Sal Marinho - q.b.

P/ Azeite de Manjerição:

Manjerição Fresco - 80 gr

• Azeite Virgem Extra - 2 dl

P/ Emulsão de Coral de

Camarão: • Suco das Cabeças de Camarão - 0,5 dl • Azeite

Virgem Extra - 1 dl • Alho - 30

gr • Cebola - 60 gr • Vinho

Branco Seco - 5 cl

P/ Confit de Toucinho Entremeado:

• Toucinho Entremeado -

250 gr • Azeite - 2 dl • Vinho Branco - 1 dl • Sal marinho - q.b. • Pimenta de Moinho - q.b.

Confecção:

Para os Cogumelos: Limpe os cogumelos de areias, pincelando-os. Corte-os em quartos e reserve-os.

P/ a Emulsão de Coral de Camarão: Prepare o camarão, retirando-lhe a casca e espremendo as cabeças, com o fim de se aproveitar o suco. Reserve o miolo de camarão, temperado com um fio de azeite, sal marinho e pimenta de moinho. Num sauté, com um fio de azeite, puxe alho picado, cebola e algumas cabeças de camarão. Refresque com vinho branco, retire as cabeças do camarão, deixe ferver 2 ou 3 minutos. Tire do lume e emulsione o suco das cabeças com azeite virgem extra.

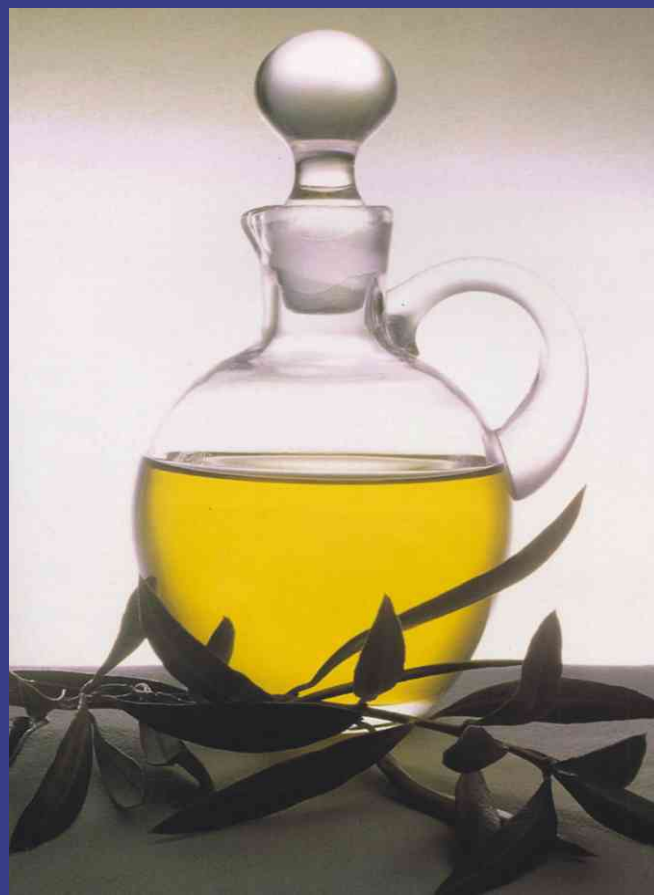
P/ o Azeite de Manjerição: Escolha as folhas mais tenras e escale em água a ferver, arrefeça de imediato e escorra-as. Emulsione com azeite virgem extra.

Para o Fundo: Pique a cebola, lamine o alho, corte cubos de toucinho e lave as folhas de louro. Num sauté, coloque azeite quente e salteie os cogumelos. Repita o processo individualmente para as castanhas e para o miolo de camarão. Faça um fundo com azeite e puxe alho, cebola e a folha de louro. Adicione o miolo de camarão, as castanhas, os cogumelos e o toucinho entremeado confitado. Refresque com vinho branco seco. Abafe e deixe que apure.

Para o Confit de Toucinho Entremeado: Marine pedaços de toucinho com sal, pimenta, vinho branco e azeite. Cozinhe o toucinho com azeite, lentamente, de forma a que core.

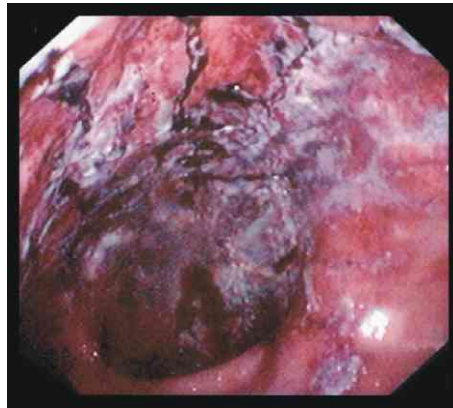
Empratamento:

Sirva bem quente e aromatize com emulsão de manjerição e de coral e juliana de manjerição.



Casos endoscópicos Isquémia gástrica

DOENTE DO SEXO FEMININO, 86 ANOS, RESIDENTE em lar de idosos, enviada ao hospital por hematemese, com início na véspera. Antecedentes de acidente vascular cerebral, dois anos antes (hemiparésia direita e confusão mental) e anemia (hérnia do hiato esofágico). À entrada encontrava-se em edema agudo do pulmão, fibrilhação auricular com resposta ventricular rápida e compromisso hemodinâmico. As lavagens gástricas tinham retorno de sangue vivo. O valor da hemoglobina era de 10,2 g/dl. A radiografia do tórax mostrou uma volumosa hérnia do hiato. Foi submetida a endoscopia digestiva alta, após reversão do estado cardio-respiratório. A endoscopia revelou a presença de úlceras no corpo gástrico, longitudinais e confluentes, de fundo preto. O exame histológico foi



2º Prémio do Concurso de Fotografia Endoscópica da SPED Edição 2002

compatível com gastrite isquémica: hemorragia do córion, congestão vascular e erosão. Faleceu às 72 horas, na sequência de crise convulsiva. O caso tem interesse pela raridade da imagem endoscópica.

R. Maldonado, L. Glória, R. Vidal
Unidade de Gastrenterologia
Hospital Distrital de Santarém

Agenda

- Escola de Inverno de Medicina Familiar**
Caldas da Rainha, 5 a 8 de Fevereiro de 2003
- XI Congresso Nacional de Medicina**
Lisboa, 13 a 15 de Fevereiro de 2003
- XXII Congresso Português do Clínico Geral**
Lisboa, 20 a 22 de Fevereiro de 2003
- 20º Encontro Nacional de Clínica Geral**
Vilamoura, 12 a 15 de Março de 2003
- 2º Curso de Endoscopia Digestiva
IV Reunião Nacional da SPED**
Coimbra, 3 e 4 de Abril de 2003
- XXIII Congresso Nacional de
Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva**
Porto, 4-7 de Junho de 2003
- WONCA Europe 2003**
Eslovénia, 18 a 21 de Junho de 2003

www.sped.pt

ENDOCruzadas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											■
2				■							■
3									■		
4				■							
5					■						
6											■
7		■					■				
8					■				■		
9			■								
10		■								■	
11	■							■			

Horizontais

1. Exame para estudo do tubo digestivo.
2. Filtra; Ingerir alimentos.
3. Deusa antiga; letra (plural); Sistema de unidades laboratoriais (inglês).
4. Tipo de rede para telefones portáteis; repetiras o dito de outrém.
5. Batráquio; Parte do fígado.
6. Aceita; Laboratório da indústria farmacêutica (invertido).
7. Abreviatura de azatioprina; As fardas dos médicos.
8. Componente do núcleo; Autores; Curso de água.
9. Tem O2 e CO2; Órgão retro-peritoneal.
10. Ando para trás.
11. Sem rugas. Faz-se ao fio de sutura para encerrar uma ferida.

Verticais

1. Exames de ultrassons.
2. Regras; Doença reumática (iniciais).
3. Unidade de tempo (plural); Sem doença; Acha graça.
4. É transmitida através do endoscópio; No fim dos membros inferiores.
5. Forma de administração da insulina; Estado de inconsciência; Metal mais duro que o ferro.
6. No tipo de AINE; A seguir ao recto.
7. Não refiro; Aumenta de dimensões na hipertensão portal.
8. Avalia o peso; Oferece.
9. Seguir; Detecção do cancro na população em geral.
10. Caminha; Uma abelha tinha esse nome.
11. Parte do esqueleto; Parece que é mas não é.

SOLUÇÕES - Horizontais: 1. Endoscopia; 2. Coa; Comer; 4. Onz; Xis; Is; 5. R; Ra; Labo; 6. Assum; DSM; 7. Aza; Bata; 8. Ião; A; A; Rio; 9. Ar; P; 10. Recu; 11. Lisos; No; **Verticais:** 1. Ecografia; 2. Normas; Ar; 3. Dias; São; Ri; 4. Luz; Pés; 5. SC; Coma; Ago; 6. Coxib; Anus; 7. Omito; Baco; 8. Pesa; 9. Ir; Rastreo; 10. Is; 11. Ma; 11. Osso; Sósia.