

END



N.º 30 • Setembro/Dezembro 2010

news

Publicação periódica quadrimestral de informação geral e médica • Director: Isabelle Cremers • www.sped.pt



Programa de Rastreio
do CCR da SPED
Relatório da Comissão
de Acompanhamento
da 3ª Auditoria
aos Centros de
Rastreio

Rastreio do
Carcinoma
do Cólon e Recto
Evidência Científica

Gastrite Atrófica
Auto-Imune - Anemia
Refractária ao Ferro Oral

PUBLICIDADE

Sumário

- 4 EDITORIAL
Rastreo do cancro colorrectal – as barreiras
- 5 SPED
Datas limite para entrega de candidaturas aos prémios / bolsas SPED
- 6 RASTREIO DO CARCINOMA DO CÓLON E RECTO
Porque Sim...
- 7 AGENDA
- 8 RASTREIO DO CARCINOMA DO CÓLON E RECTO
Evidência Científica
- 12 RASTREIO DO CARCINOMA DO CÓLON E RECTO
Programa de Rastreo do Carcinoma do Cólon e Recto da SPED: Relatório da Comissão de Acompanhamento - 3ª Auditoria aos Centros de Rastreo “Considerações/Resultados/Ilações”
- 14 MOMENTO PEDIÁTRICO
Gastrite Atrófica Auto-Imune: Anemia Refractária ao Ferro Oral
- 18 REPORTAGEM
8ªs Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva
23ª Reunião do Norte de Endoscopia Digestiva
- 18 REPORTAGEM
Endo Club Nord 2010

Capa:
“Hemorragia Digestiva por GIST Ideal”, da autoria de: *António Castanheira Araújo R., Sadio A., Caldas A., Serviço de Gastreenterologia – Hospital de São Teotónio – Viseu*
3º Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED

Nota do Editor

Entendeu a direcção da SPED que se impunha que um dos números do ENDOnews fosse dedicado à questão do cancro do cólon e do recto e, em particular, à problemática do rastreo. Reuniram-se, assim, textos onde o assunto é devidamente analisado, evidenciando-se, naturalmente, os resulta-

dos do programa-piloto. Constrangimentos de ordem financeira, em relação com a redução dos apoios da indústria farmacêutica, obrigaram a direcção da SPED a tomar esta decisão. Outras formas de publicação, eventualmente apenas em formato digital, estão a ser equacionadas. No que a nós



dos do programa-piloto, posto em marcha pela SPED. Além da publicação de mais um “Momento Pediátrico”, salienta-se o lembrete relativamente aos concursos que a SPED patrocina, e cujo prazo está a decorrer. Será este o último número do ENDOnews

diz respeito, e na qualidade de Editor do ENDOnews nos últimos quatro anos, queremos apenas agradecer a todos os que conosco colaboraram ao longo deste período.

Pedro N. Figueiredo

Ficha Técnica

ENDOnews Publicação periódica quadrimestral de informação geral e médica • N.º30 • Setembro/Dezembro 2010. **Directora** Isabelle Cremers. **Editor** Pedro Figueiredo. **Editores adjuntos** Cristina Chagas, Fernando Pereira. **Colaboradores** Anabela Pinto, Carlos Canhota, Eduardo Mendes, Fausto Pontes, Hélder Cardoso, J. E. Pina Cabral, José Manuel Soares, Leopoldo Matos, Pedro Amaro. **Colaboram neste número** António Dias Pereira, Isabel Valente, Guilherme Macedo, Jorge Esteves, José Barbot, Margarida Marques, Marika Antunes, Rosa Lima, Venâncio Mendes. **Depósito Legal** 179043/02. **Registo ERC** 125319. **Propriedade** Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. **Imagem, Produção e Edição** VFBM - Comunicação, Lda. • Edifício Lisboa Oriente Office • Avenida Infante D. Henrique, 333-H, 4º sala 45 • 1800-282 Lisboa • Tel: 218 532 916 • Fax: 218 532 918 • E-mail: geral@vfbm.com. **Pré-impressão e Impressão** Focom XXI • Rio Maior. **Tiragem** 10.000 exemplares

Rastreio do cancro colorrectal – as barreiras



M. Isabelle Cremers
Presidente da Sociedade Portuguesa
de Endoscopia Digestiva

O problema – o cancro colorrectal é o segundo cancro mais frequente nos países desenvolvidos, tendo sido estimado, em 2006, este diagnóstico a 412.000 pessoas na Europa, das quais 207.400 não sobrevirão. E em Portugal? À sua escala, a situação no nosso país é o espelho do que se passa na Europa – cerca de 7.000 novos casos por ano, com uma mortalidade de cerca de 50% aos cinco anos, ou seja, nesta altura morrem 10 pessoas por dia em Portugal por cancro colorrectal. A análise da incidência nos últimos anos mostra que nos mantemos numa curva ascendente, o que pode resultar da ausência políticas de prevenção, da opção por métodos de rastreio sem impacto na incidência da doença ou da não adesão da população ao rastreio.

Porquê? De facto, quando olhamos para estes números, apetece perguntar porquê? O diagnóstico de cancro é sempre devastador, para o doente e para a sua família. Mesmo nos casos em que

se consegue a cura, esta obriga a uma cirurgia, muitas vezes a quimioterapia e/ou radioterapia e a vigilância, geradora de ansiedade, que no conjunto se traduzem em sofrimento, tempo perdido de trabalho do próprio e dos familiares que o apoiam na luta contra a doença e, em última instância, em custos, muitos elevados, para a sociedade. Sabendo que há meios de prevenir a doença e esta cascata de consequências e custos que determina, com o recurso a exames relativamente simples e muito menos agressivos do que o cenário acima descrito, impõe-se perguntar – “porque não se faz o rastreio do cancro colorrectal?” Quais são as barreiras ao rastreio? Múltiplas, claro.

Factores relacionados com o doente, dos quais destaco o desconhecimento da importância da doença, o receio de fazer os exames de rastreio (ou do resultado desses exames) e a dificuldade em olhar, pela sua função fisiológica, para o intestino como se olha para outros órgãos. De forma resumida, estes factores resultam de três grandes grupos de razões: socioeconómicos, culturais e educacionais (escolaridade). Destaque-se que há diferenças entre os sexos na atitude perante o rastreio. As mulheres, mais sensíveis aos problemas de saúde, mais solicitadas para os rastreios do cancro da mama e do colo do útero, aderem com mais facilidade ao rastreio do cancro colorrectal.

Factores relacionados com o médico de família – uma recomendação do médico de família

para fazer rastreio é provavelmente o factor determinante para que um utente adira a esta estratégia. E então? O que se passa? É de todos sobejamente conhecida a escassez dos médicos de família em Portugal e a sobrecarga assistencial dos que estão no terreno. Acresce que uma aplicação informática facilita a prescrição de pesquisa de sangue oculto nas fezes, dificultando a opção por outros métodos, quando disponíveis. Mas é sempre preferível fazer um método, mesmo que não seja o ideal, do que não fazer nenhum. Assim, que se faça a pesquisa de sangue oculto nas fezes, mas com método: a utentes com mais de 50 anos de idade, que não tenham queixas intestinais, com periodicidade anual, registando-se o resultado nos respectivos processos. Mas a utilização da pesquisa de sangue oculto nas fezes no rastreio do cancro colorrectal por parte dos médicos de Medicina Geral e Familiar só terá sentido se eles dispuserem da disponibilidade do recurso fácil e em tempo oportuno à colonoscopia quando o teste é positivo. Disponibilidade que implica também uma utilização racional deste recurso, como por exemplo a sua não repetição num prazo dilatado (10 anos) quando não revelar lesões. Mas os médicos de família devem também utilizar sistematicamente o mais potente teste genético para identificar os indivíduos com risco aumentado para cancro de cólon e recto, a colheita sistematizada da história familiar de cancro. E a

partir dela, adequar o rastreio e a vigilância ao risco identificado. Factores organizacionais – está provado que uma boa organização dos cuidados de saúde, com registo adequado de dados, com possibilidade de ter alertas para datas de realização de exames



Editorial

periódicos, com o apoio indispensável de outros grupos profissionais (enfermagem, secretariado clínico), com a elaboração de cartas e/ou e-mails, poderá ajudar os médicos de família e os utentes no acesso atempado aos exames de rastreio que lhes

podem salvar a vida. Aqui, devemos acrescentar o outro lado da medalha, ou seja, a necessidade de disponibilizar e organizar os recursos para realização atempada de exames endoscópicos diagnósticos e terapêuticos (sigmoidoscopias e colonoscopias) não apenas no contexto de pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo, mas também como métodos alternativos de rastreio. A implementação de um programa de rastreio irá identificar um progressivamente maior grupo de pessoas a quem é necessário fazer periodicamente colonoscopias de vigilância, que deve ser tido em consideração no planeamento da organização. **As Autoridades de Saúde** – Os indicadores disponíveis mostram que o cancro do cólon e recto não constitui uma prioridade para as autoridades de saúde no nosso país. A opção por investir nos custos que permitem pequenos ganhos de sobrevivência na fase avançada da doença, tem limitado os recursos para investir em grandes ganhos na esperança e qualidade de vida através do rastreio. A aparente indiferença das nossas Autoridades em relação à prevenção do cancro do cólon e recto é desoladora, tanto mais que foi cabalmente demonstrado que a atitude de rastrear, ou seja, prevenir, não é um custo, mas sim um investimento. Essa atitude não só salva vidas como é economicamente mais rentável! **Sublinho que a nossa Ministra da Saúde não tem encontrado tempo, na sua agenda, para receber a**

Direcção da SPED, que repetidamente solicitou uma audiência, com o objectivo de se disponibilizar para trabalhar em conjunto para a organização de um rastreio de base populacional de âmbito nacional.

E à nossa volta? O que há de novo? Há o tremendo investimento que outros países fazem no rastreio do cancro colorrectal. Veja-se a realidade do aumento exponencial das colonoscopias de rastreio nos EUA ou os estudos sobre a utilização da sigmoidoscopia realizados na Noruega e no Reino Unido analisada neste número do ENDOnews pela Dra. Anabela

Pinto, cuja leitura atenta recomendo vivamente.

É desolador que em Portugal se esteja perpetuamente a repetir dados já conhecidos, a aconselhar utentes a fazer exames cujo acesso as nossas Autoridades não facilitam, a assistir à má utilização dos nossos recursos de saúde.

Falar em prevenção e rastreio do cancro do cólon e recto só faz sentido se cada um dos actores envolvidos se dispuser a representar o papel que lhe compete. Mas há papéis cujo sucesso depende, em larguíssima escala, do desempenho do actor principal. Neste caso, as Autoridades de Saúde.

DATAS LIMITE PARA ENTREGA DE CANDIDATURAS



BOLSA DE INVESTIGAÇÃO DA SPED 2010

31 DEZEMBRO 2010

BOLSA DE ESTÁGIO NA ÁREA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2010

31 DEZEMBRO 2010

PRÉMIO DE FOTOGRAFIA ENDOSCÓPICA 2011

31 DEZEMBRO 2010

PRÉMIO "NÓS LÁ FORA" 2010

31 DEZEMBRO 2010

Para consulta dos regulamentos, consulte o site www.sped.pt

Porque Sim...

Há alguns dias perguntei a um amigo meu porque razão dera determinado nome a uma sua criação artística. A sua resposta foi curta. Em primeiro lugar, porque sim. E continuou. Agora poderia dar-te uma série de justificações, mas todas dependeram, em última análise, desta minha vontade. Isso torna-as irrelevantes.

Este diálogo veio-me agora à memória no processo de elaboração do presente texto.

Se à pergunta “que razões que justificam um Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Recto?”, a resposta “porque sim” tornasse todo o restante argumentário irrelevante, isso significaria que teríamos já resolvido todas as questões e que apenas faltava aguardar pelos seus resultados.

Mas olhando para a realidade (ou mais propriamente, ficção) nacional do Rastreio do Cancro do Cólon e do Recto não poderemos deixar de conscientemente substituir o tal “porque sim”, que responderia a todas as questões, por um porque não somos capazes de levar a cabo tal tarefa? Utilizei consciente e deliberadamente o termo “somos” porque não duvido da responsabilidade colectiva que está subjacente a essa incapacidade.

Responsabilidade que, em primeiro lugar e em maior grau, tem de ser assumida pelos poderes públicos. Pelos políticos. Porque elaboram Planos Nacionais de Saúde nos quais incluem o Rastreio do Cancro do Cólon e Recto e em cuja avaliação reconhecem não existirem dados para a realizar. Porque reconhecem o problema (a incidência e a mortalidade da doença), acei-

tam a necessidade de políticas (o rastreio) que invertam esses números e assistem distantemente ao nada fazer. Porque limitam as alternativas para o rastreio a uma imposição burocrática/administrativa e não conseguem dizer o número de portugueses que em cada ano, ou em cada período de execução do Plano Nacional de Saúde, realizaram a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Porque sistematicamente não ouvem as diferentes estruturas da sociedade civil (sociedades científicas, associações de cidadãos, organizações profissionais, etc.) que têm reflexão pública e publicitada sobre o problema.

Responsabilidade que, no entanto, também não pode ser enjeitada pela sociedade civil. Pela sua incapacidade em gerar acções conjuntas de sensibilização dos poderes públicos e da população; de desenvolver acções coerentes e continuadas de mobilização dos indivíduos em risco; de assumir publicamente o seu papel de pressão sobre os

decisores políticos; de submeter os seus interesses particulares ao interesse geral, muito mais relevante e gratificante, da diminuição da mortalidade por cancro do cólon e recto.

Responsabilidade que, enquanto estrutura da sociedade civil que se reclama dum saber e de uma prática consolidados nesta área, a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva não pode de modo algum aligeirar. A necessidade de se impor como uma estrutura com o direito e, sobretudo, com o dever de se fazer ouvir pelos decisores políticos; de ter propostas concretas e fundamentadas sobre as estratégias para implementar o(s) programa(s) de rastreio; de contribuir para o salto qualitativo dos Programas-piloto para o Rastreio de base populacional; de definir claramente a sua estratégia, sem recurso a denominações ambíguas do método que elege como o mais eficaz; de dizer a que outros métodos reconhece evidência científica comprovada;

de conseguir que em termos mediáticos o dia 3 de Novembro passe a ter uma expressão nacional e que todos os dias do ano tenham um pouco de 3 de Novembro; de reflectir onde foi ineficiente ao ponto de o Concerto por 8 Vidas que organizou há cerca de uma década ter hoje de denominar-se Concerto por 10 vidas; de analisar como e porquê tem sido apenas vestigial a interacção com as estruturas da Medicina Geral e Familiar.

Responsabilidade que individualmente os gastroenterologistas, enquanto membros da SPED e, sobretudo, enquanto profissionais com papel decisivo – a par da Medicina Geral e Familiar – na implementação dum Programa de Rastreio de base populacional, não podem de modo algum deixar de assumir. A dificuldade na disponibilidade para participação significativa nas acções que a SPED programa; de assumir a evidência científica em detrimento das crenças na definição da melhor estratégia



para o rastreio em Portugal; de valorizar mais os objectivos em detrimento dos obstáculos em cada acção concreta que é proposta; de interacção constante com a Medicina Geral e Familiar no desenho de soluções para as necessidades concretas que o Rastreio do Cancro do Cólon e Recto determina.

Num mundo ideal seria fácil congregar os gastroenterologistas em torno da SPED, de envolver esta numa rede de organizações da sociedade civil capaz de motivar, ou mesmo forçar, os poderes públicos a implementarem um Programa de Rastreio de base populacional e, a médio prazo, ver as estatísticas a indicarem que há menos mortes por cancro do cólon e recto.

No mundo real, não duvido que isso seja possível. Porque sim. Só que não será fácil. Antes pelo contrário. Será difícil e necessitará de trabalho. De muito trabalho.

António Dias Pereira

Coordenador da Comissão de Rastreio do CCR da SPED



Agenda

2011

IX Reunión Ibérica de Cápsula Endoscópica

Datas: 15 de Janeiro

Local: A Coruña

Mais informações: correo@hospital.es



Curso Básico de Gastreenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica 2011

Data: 20-22 de Janeiro

Local: Sede da SPG, SPED e APEF, Lisboa

Mais informações: congressos.gastro@mail.telepac.pt

Reunião Monotemática SPG "Anti-Inflamatórios e Aparelho Digestivo"

Data: 29 de Janeiro

Local: Hotel Vila Galé Coimbra

Mais informações: congressos.gastro@mail.telepac.pt



DDW 2011

Data: 17-12 de Maio

Local: Chicago, EUA

Mais informações: www.ddw.org

Semana Digestiva 2011

Data: 1-4 de Junho

Local: Centro de Congressos do Estoril

Mais informações: congressos.gastro@mail.telepac.pt

19th UEGW

Data: 22-26 de Outubro

Local: Estocolmo, Suécia

Mais informações: www.uegf.org

ACG 2011

Data: 28 de Outubro a 2 de Novembro

Local: Washington, EUA

Mais informações: www.acg.gi.org



1º Serão de Gastreenterologia: Esófago e Estômago

Datas: 17 de Janeiro

Local: da SPG | SPED | APEF

Mais informações: spg.spg@mail.telepac.pt | sped.sped@mail.telepac.pt | apef@mail.telepac.pt

2º Serão de Gastreenterologia: Fígado

Datas: 14 de Fevereiro

Local: Sede da SPG | SPED | APEF

Mais informações: spg.spg@mail.telepac.pt | sped.sped@mail.telepac.pt | apef@mail.telepac.pt

3º Serão de Gastreenterologia: Pâncreas e Vias Biliares

Datas: 21 de Março

Local: Sede da SPG | SPED | APEF

Mais informações: spg.spg@mail.telepac.pt | sped.sped@mail.telepac.pt | apef@mail.telepac.pt

4º Serão de Gastreenterologia: Intestino Delgado

Datas: 11 de Abril

Local: Sede da SPG | SPED | APEF

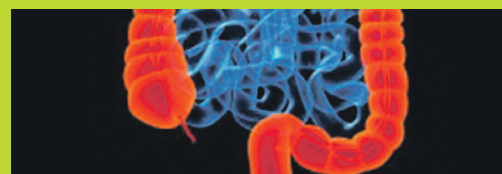
Mais informações: spg.spg@mail.telepac.pt | sped.sped@mail.telepac.pt | apef@mail.telepac.pt

5º Serão de Gastreenterologia: Cólon e Recto

Datas: 16 de Maio

Local: Sede da SPG | SPED | APEF

Mais informações: spg.spg@mail.telepac.pt | sped.sped@mail.telepac.pt | apef@mail.telepac.pt



Rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto Evidência Científica

As últimas normas de orientação clínica dirigidas ao rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto (CCR) e elaboradas por um conjunto de sociedades americanas foram publicadas em 2008. Tiveram a originalidade de dividir em dois grupos os vários testes disponíveis, em função dos objectivos possíveis. Os testes de fezes (testes imunológicos e testes tipo guaiaco de elevada sensibilidade, ambos realizados anualmente, e pesquisa de ADN tumoral) permitiam apenas o diagnóstico precoce dos tumores do cólon e recto, enquanto que o segundo grupo incluía os exames estruturais (radiológicos e endoscópicos) que ao observarem o intestino, permitiam o diagnóstico não apenas dos tumores, mas também dos pólipos. A endoscopia (colonoscopia ou sigmoidoscopia) tem a grande vantagem não só de observar os pólipos, mesmo os mais pequenos, como também de os remover em simultâneo. A remoção dos adenomas, reconhecidos como lesões precursoras do Carcinoma do Cólon e Recto, permite uma estratégia preventiva com diminuição da incidência do cancro, objectivo possível apenas com a endoscopia.

Portanto, a grande evolução destas últimas normas de orientação clínica consistiu em definir uma estratégia de rastreio de CCR, em função dos objectivos pretendidos, isto é da redução da mortalidade ou simultaneamente, da redução da

mortalidade e incidência.

Em 2009, o Colégio Americano de Gastreenterologia considerou que um painel constituído por várias estratégias era difícil de discutir com os doentes e tornava complexo decidir qual a estratégia a adoptar. Este facto poderia reduzir a adesão da população ao rastreio. Assim, definiu a colonoscopia de 10 em 10 anos, como a estratégia de eleição. Aliás, a colonoscopia tem sido a principal opção divulgada e implementada junto dos americanos. Como alternativas, propunha os testes imunológicos anuais, a sigmoidoscopia flexível (SF) até aos 60 cm de cinco a 10 anos e a colonoscopia virtual com TAC de cinco em cinco anos. O custo muito elevado da pesquisa de ADN tumoral e menos informação relativa ao Hemocult Sensa, teste tipo guaiaco de elevada sensibilidade, explicavam a opção pelos testes imunológicos.

Até 2008, o único teste avaliado em estudos controlados e aleatórios foi o Hemocult II, teste tipo guaiaco de baixa sensibilidade. Nos estudos em que o teste se realizou anualmente, a mortalidade por CCR foi reduzida em 33%. Mas quando o Hemocult era repetido de dois em dois anos, a redução da mortalidade variava entre os 15 e 20%. Em relação à redução da incidência, não ultrapassou os 20% e foi necessário esperar 18 anos.

A importância da colonoscopia nunca foi questionada, uma vez que apesar de não existirem estudos controlados e aleatórios,

este exame permite a observação de todo o cólon e portanto, foi sempre considerado o exame *gold standard* do rastreio do CCR. Na realidade, o National Polyp Study publicava, em 1993, um estudo com redução de 80-90% da incidência de CCR, após a polipectomia dos adenomas durante a colonoscopia. Este estudo constituiu a principal evidência, ainda que indirecta, da importância deste exame.

No entanto, nos últimos anos, foram publicados vários artigos chamando a atenção para o facto da colonoscopia reduzir a incidência e a mortalidade do Carcinoma do Cólon e Recto, mas essa redução era essencialmente à custa dos cancros do cólon esquerdo que inclui o recto, a sigmoideia e o cólon descendente. Num estudo caso-controlo publicado em 2007, Singh demonstrou, numa população submetida a colonoscopia, a redução da incidência no cólon esquerdo de 84% e apenas de 33% no cólon direito. Kahoff, em 2008, e num estudo cohort, publicava resultados semelhantes, isto é, redução de incidência no cólon esquerdo de 70% e 32% no cólon direito. Também num estudo cohort publicado já este ano, Brenner comparou um grupo de indivíduos que tinham realizado colonoscopia com e sem colonoscopia prévia. Assim, nos indivíduos com colonoscopia anterior, verificou redução da prevalência para os carcinomas e adenomas avançados de todo o cólon de 48% e para o cólon esquerdo de

67%, mas sem redução para o cólon direito.

O grupo de Toronto liderado por Linda Rabeneck demonstrou, num estudo cohort muito recente, que por cada 1% de aumento de realização de colonoscopia, a mortalidade por CCR reduzia 3%. Mas o mesmo grupo, num estudo caso-controlo, verificou que a colonoscopia reduzia a mortalidade por carcinoma do cólon esquerdo de 67% e apenas 1% do cólon direito.

Estes resultados deram origem a uma discussão na comunidade científica, questionando a ideia conceptualmente aceite, embora nunca cientificamente



demonstrada, que a colonoscopia é o exame mais eficaz para o rastreio do CCR. Os grandes críticos dos estudos referidos chamam a atenção para a importância da qualidade da colonoscopia, não apenas relacionada com uma preparação inadequada, mas também com a competência do endoscopista. Na verdade, este ano, Rabeneck publicou um artigo referindo que a taxa mais elevada de carcinomas de intervalo estava associada a endoscopistas não gastroenterologistas. Este facto foi também demonstrado por Singh e por Cynthia Ko em dois estudos cohorts publicados este ano. No entanto, ainda este ano,

o grupo de Regula não confirmou estes resultados, mas demonstrou uma relação significativa entre a taxa elevada de carcinomas de intervalo e endoscopistas com uma detecção de adenomas inferior a 20%.

Douglas Rex comentou estes resultados *on-line*, especulando duas causas prováveis que explicassem a menor eficácia da colonoscopia no cólon direito. Uma das causas estará relacionada com a qualidade da colonoscopia, a outra com a possibilidade, já defendida por muitos autores, de que os carcinomas do cólon direito e esquerdo poderão ser entidades diferentes,

com lesões precursoras e vias de carcinogénese diferentes. Neste contexto, é fundamental estudar as características dos carcinomas de intervalo. Alguns estudos referem alguma semelhança entre os carcinomas do cólon direito e os carcinomas de intervalo.

Finalmente, começaram a ser publicados os resultados dos estudos controlados e aleatórios com SF. Em 2009, foram publicados os resultados do estudo norueguês (NORCAP trial). O grupo de estudo realizava SF única com ou sem uma pesquisa de sangue oculto nas fezes, com teste imunológico. Decorridos sete anos, os autores demonstraram no

grupo de indivíduos submetidos aos exames propostos, redução da mortalidade de CCR de 59% e de 76% para o carcinoma de cólon esquerdo. Este artigo deu origem a um editorial, no qual Thomas Imperial chamava a atenção para o facto do curto *follow-up* não permitir para já, demonstrar a redução de incidência, mas acrescentava que tinha sido o primeiro estudo que demonstrou a eficácia da endoscopia do cólon esquerdo, com o rigor de uma análise controlada e aleatória.

Em Maio último, Susan Atkin publicou os resultados do estudo inglês, também aleatório e controlado, com uma única SF. Após 11 anos de *follow-up*, os resultados foram ainda mais favoráveis, já que demonstraram não só redução da mortalidade, mas também da incidência. A redução, embora mais significativa nos indivíduos que realizaram a sigmoidoscopia (a redução de incidência foi de 33% para todo o cólon e de 50% para o cólon esquerdo, enquanto que a redução de mortalidade por CCR foi de 43%) registou-se também, na análise de intenção de tratar, incluindo assim, todos os indivíduos do grupo de estudo (respectivamente 23%, 36% e 31%). O primeiro comentário a este estudo foi publicado no mesmo número do *Lancet*. Ransohof da Universidade da Carolina Norte, referiu que a SF era assim, uma estratégia eficaz e legítima no rastreio do CCR. Neugut referiu, no *JAMA*, que se instalou um conflito entre o acreditar e a demons-



tração científica. Em Agosto último, Douglas Rex acrescenta que este estudo atingiu um objectivo monumental e que actualmente, não apenas os testes de PSOF, mas também a SF é uma estratégia eficaz, após avaliação em estudos controlados e aleatórios. Na realidade, os estudos controlados e aleatórios são os de grau de evidência mais elevado

noscopia no rastreio do CCR, uma vez que não se registava redução da incidência e da mortalidade para os tumores do cólon direito, acentuou-se com os resultados favoráveis dos estudos controlados e aleatórios com uma única SF. Na realidade, para quê correr os riscos associados à colonoscopia, se era possível realizar um exame mais simples,



na demonstração da eficácia de qualquer estratégia. Os resultados obtidos transformam a SF num método legítimo e de eficácia inquestionável no rastreio do CCR. É importante ainda referir que, após análise de todos os estudos realizados, a redução da mortalidade (15-33%), com pesquisa de sangue oculto nas fezes com testes tipo guaiaco é inferior aos resultados agora obtidos com SF (31-59%). A discussão que se tinha iniciado, questionando a eficácia da colo-

incomparavelmente mais económico e com eficácia sobreponível. Num prato da balança tínhamos uma ideia que por tanto ser repetida acabava por ser aceite como verdade e no outro prato, tínhamos uma verdade demonstrada cientificamente.

A discussão ultrapassou a comunidade científica e chegou aos jornais americanos, como *The New York Times* e *Los Angeles Times*, com comentários de responsáveis da redacção e opiniões de cidadãos, mas que, sem desvalo-

rizarem os resultados publicados, continuaram em geral, a defender a realização da colonoscopia. É fundamental referir a divulgação que tem sido feita junto da população americana, da importância de realizar o rastreio com colonoscopia. Nos EUA, este exame é habitualmente realizado com sedação e é participado pelo seu sistema de saúde. Na realidade 50% das colonoscopias realizadas nos EUA são de rastreio. Portanto, uma alteração de estratégia não parece ser uma atitude sensata, correndo o risco de redução de adesão.

No entanto, em comentário muito recente, Douglas Rex reafirma a importância da colonoscopia, mas acrescenta que não só é importante informar as pessoas que um exame normal não exclui a possibilidade de diagnóstico posterior de CCR, mas que também os endoscopistas poderão ser questionados pelos doentes, em relação à respectiva taxa de detecção de adenomas, critério essencial para definir a competência do endoscopista e portanto, garantir uma colonoscopia de qualidade.

A questão essencial que poderá ser equacionada é a seguinte: não existindo qualquer estratégia de rastreio de CCR numa comunidade, região ou mesmo país e ao pretender implementar um programa de rastreio de CCR de base populacional, qual a melhor estratégia? A vantagem da endoscopia é incontornável e o valor da SF é agora incontestável. Não nos podemos ainda esquecer que a SF é um exame simples de realizar, dispensando anestesia e exigindo uma preparação muito simples. A SF é portanto, um exame logisticamente muito simples. Porém, em comunidades ou em regiões com recursos particulares que permitam estabelecer a colonoscopia, apesar de logística e economicamente mais difíceis de implementar, não existem razões

para a colonoscopia não ser a opção de eleição. No entanto, não se podem esperar para a colonoscopia resultados que os estudos não demonstraram. É importante ainda referir que no estudo de Regula, com 43.042 indivíduos submetidos a colonoscopia, a taxa de detecção de lesões de risco foi de 5,9%, sobreponível aos 5% detectados nos estudos acima referidos com SF.

Todos estes estudos, em conjunto, legitimam a estratégia definida pela SPED no rastreio do CCR, ao optar no seu programa pela SF. É fundamental dar a conhecer a importância, agora inquestionável, deste exame no rastreio do CCR. É fundamental que os Médicos de Família tenham também a possibilidade de solicitar aos seus doentes a realização de SF e não apenas a pesquisa de sangue oculto nas fezes, estratégia definida pelos responsáveis pela saúde no nosso país. É ainda fundamental, unir forças no sentido de estimular a adesão e partilhar com os Médicos de Família planos de acção para limar arestas no funcionamento do programa de rastreio de CCR, desenhado e implementado pela SPED.

Os oito centros de rastreio a funcionarem em serviços de Gastro de hospitais públicos, distribuídos de Norte a Sul do país e a competência dos seus profissionais constituem factores de referência para a realização do rastreio do CCR com SF. Outros Serviços de Gastro optaram pela mesma estratégia oferecendo o rastreio à população da sua zona de residência. Finalmente, é fundamental ganhar a confiança dos cidadãos, porque o rastreio é a única estratégia que reduz a mortalidade e a incidência por CCR e a SF é actualmente, uma estratégia de eficácia demonstrada cientificamente.

Anabela Pinto

Assistente Graduada do Serviço de
Gastroenterologia do IPO de Lisboa

PUBLICIDADE

Programa de Rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto da SPED - Relatório da Comissão de Acompanhamento - “Considerações/Resultados/Relações”

O cancro do cólon e recto (CCR) constitui a primeira causa de morte por tumor maligno no nosso país, continuando assim, a representar em Portugal, um gravíssimo problema de saúde pública. Tem sido crescente a implementação e desenvolvimento dos rastreios do cancro da mama e do colo útero. No entanto, assistimos com perplexidade, estranheza e incompreensão, à inércia e inépcia, de quem por dever e direito, compete no âmbito do plano oncológico nacional definir um programa de rastreio do CCR.

A elevada incidência, a existência de factores de risco acrescido bem definidos e a identificação da lesão precursora são parâmetros que validam de forma inconteste, o benefício de estabelecer e desenvolver, um programa nacional de rastreio. Mais de 3.000 portugueses morrem anualmente por CCR, mortes na sua maioria

evitáveis, se o rastreio do cancro do cólon e recto fosse uma realidade em Portugal.

A evidência científica revela actualmente, e de forma inconteste, a redução significativa das taxas de mortalidade e incidência do CCR, quando os métodos de rastreio assentam nos exames endoscópicos, **sigmoidoscopia flexível / colonoscopia**.

Defender o diagnóstico precoce, esquecendo a prevenção, é na nossa opinião uma postura desfadada da realidade científica actual. Neste sentido, mantemos a defesa intransigente da **sigmoidoscopia flexível** como método de eleição no rastreio do cancro do cólon e recto no nosso país, tendo em conta os condicionalismos técnicos e humanos.

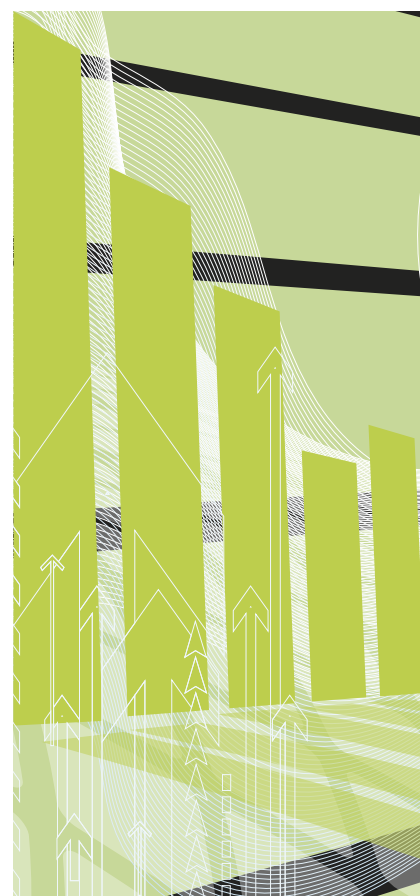
Desde 1998, a SPED tem desenvolvido um esforço na promoção do rastreio do cancro do cólon e recto, sustentado desde 2007 num programa de rastreio com sigmoidoscopia flexível, implementado a nível nacional e a

decorrer em oito centros, distribuídos de Norte a Sul do país. Consideramos fundamental o registo e a divulgação dos resultados deste programa promovido pela SPED.

Mais um ano passou, desde o início de funcionamento dos Centros de Rastreio. Como nos propusemos e cumprindo as regras definidas, realizámos a 3ª auditoria.

Este ano registou-se, infelizmente, uma redução do número de indivíduos submetidos ao rastreio. Não será alheio seguramente, o facto dos Médicos de Família estarem condicionados por um programa informático que prevê apenas a pesquisa de sangue oculto nas fezes para o rastreio do CCR. Na realidade, alguns Médicos de Família questionam mesmo, se ao solicitarem o rastreio através dos centros de rastreio, portanto com sigmoidoscopia flexível, esse acto é registado e quantificado como rastreio.

No entanto, a dificuldade no re-



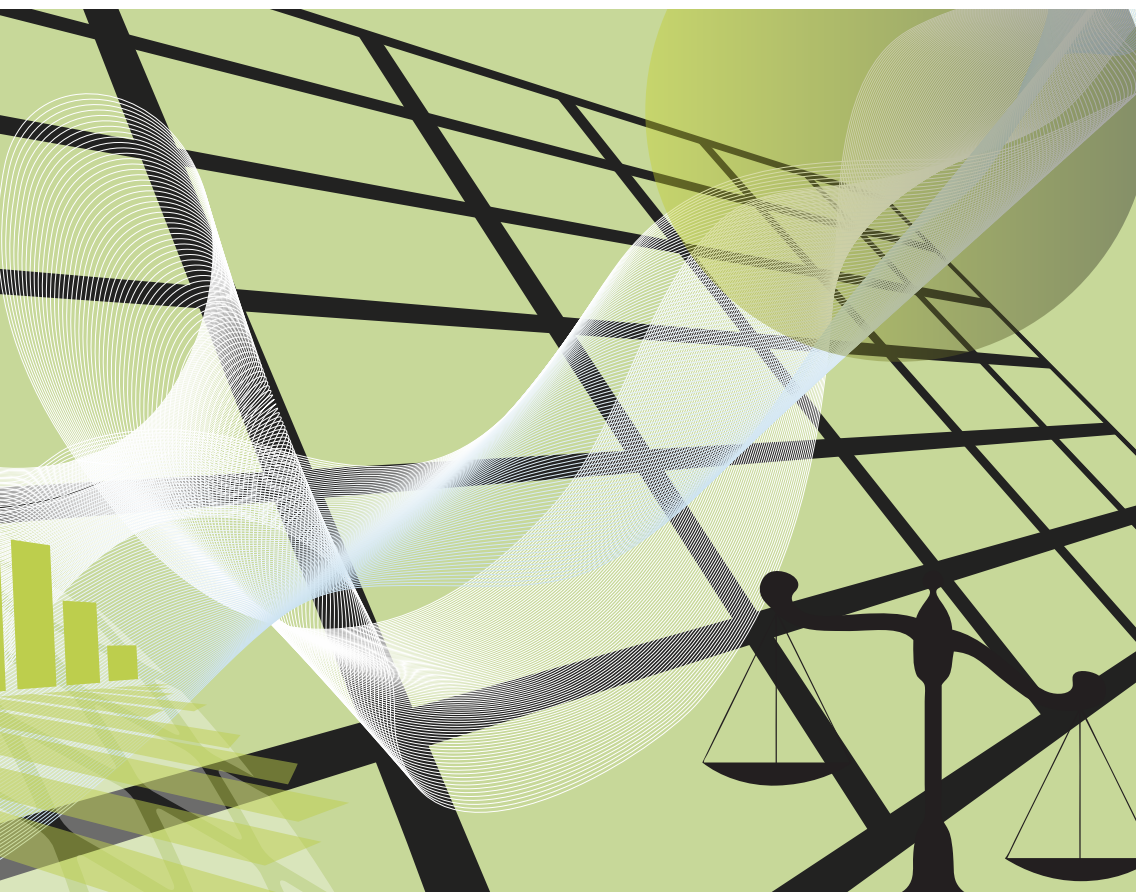
crutamento, não impediu que os centros continuassem a trabalhar.

Resultados do programa de rastreio de CCR da SPED durante os três anos de funcionamento

	2007	2008	2009	Total
Indivíduos Rastreados	1080	1443	980	3503
Indivíduos com adenomas	162	112	196 (20,0%)	470(13,41%)
Indivíduos com adenomas risco	47	30	61(6,22%)	138(3,93%)
Indivíduos com CCR	6	-	3	9
Indivíduos com ad. risco e CCR	53	30	64(6,53%)	147(4,19%)

SPED

3ª Auditoria aos Centros de Rastreio



É fundamental que se mantenha um programa de divulgação junto dos Médicos de Família, principalmente nos agrupamentos que pertencem à área respectiva de cada centro de rastreio. O contacto com os Directores Clínicos dos Agrupamentos de Centros de Saúde é essencial.

É de grande importância a divulgação dos benefícios da endoscopia no rastreio e da eficácia da sigmoidoscopia flexível, recentemente demonstrada em estudos controlados e aleatórios.

Teremos de focalizar os nossos esforços nos contactos com os Médicos de Família e avaliar a possibilidade de reestruturar o programa informático que utilizam. Decorridos três anos de funcionamento, o projecto de rastreio do CCR implementado pela SPED já não deve ser considerado um projecto-piloto, e definitivamente, a sigmoidoscopia flexível, adoptando a opção de observar o cólon esquerdo e não a distância dos 40 cm tradicionalmente aceite, deve ser a terminologia

utilizada. Para podermos valorizar os resultados é imprescindível uniformizar a metodologia.

É importante que os Médicos de Família sejam informados do resultado dos exames de rastreio realizados pelos seus doentes.

Decorridos 3 anos, a prevalência de adenomas (13,41%) e de lesões de risco (adenomas de risco e CCR) (4,19%) que obtivemos e ainda, a incidência registada este ano respectivamente, 20,00% (196/980) e 6,53% (64/980) subiram em relação

aos anos anteriores (ver tabela). Estes resultados, não só são semelhantes às taxas descritas em outros programas de rastreio com sigmoidoscopia flexível, como também traduzem em geral, a elevada competência dos gastroenterologistas portugueses. O número de indivíduos rastreados fica aquém do esperado e definido nos protocolos estabelecidos com os responsáveis dos centros de rastreio, mas temos que os aceitar, tendo em conta os condicionalismos já anteriormente expostos.

A SPED tem desenvolvido, desde há anos, o combate ao cancro do cólon e recto e ainda, a divulgação do programa de rastreio actualmente em curso. Este trabalho, baseado em inúmeras acções de sensibilização, não só junto da população em geral, profissionais da saúde, mas também nos órgãos dirigentes da saúde enobrece, dignifica e recompensa todos os membros da nossa sociedade, pelo trabalho que a SPED tem sabido desenvolver.

Lamentamos profundamente, que os mais altos responsáveis dos desígnios da saúde no nosso país esqueçam, e até ocultem, que o CCR, primeira causa de morte por tumor maligno em Portugal, possa ser eficazmente combatido com um programa de rastreio de âmbito nacional, com sigmoidoscopia flexível.

Venâncio Mendes

Anabela Pinto

Gastrite Atrófica Auto-Imune - Anemia

Isabel Valente¹, Rosa Lima¹, Marika Antunes², José Barbot², Fernando Pereira¹

1. Serviço de Gastreenterologia Pediátrica; 2. Serviço de Hematologia

Hospital Maria Pia – Centro Hospitalar do Porto

Introdução:

A gastrite atrófica auto-imune (GAI), classicamente associada ao adulto com anemia perniciososa tem vindo a ser diagnosticada de forma crescente em crianças com anemia ferripriva refractá-

ria ao tratamento com ferro oral. Em Pediatria é frequentemente associada à infecção por *Helicobacter pylori* (HP), uma vez que os dados publicados referem-se, sobretudo a estudos em crianças infectadas, sendo a prevalência de

gastrite atrófica por outras etiologias desconhecida.

A detecção precoce e frequente de infecção por HP em crianças com GAI, indicada pela presença de anticorpos anticélula parietal, sugere que o HP pode ter um papel crucial na indução e manutenção desta doença.

Caso clínico:

Uma adolescente, sexo feminino, raça caucasiana foi enviada à consulta de Hematologia Clínica aos 13 anos, por anemia microcítica hipocrômica resistente à terapêutica com ferro oral (3mg/Kg/dia). Não tinha outra sintomatologia associada, nomeadamente hemorragias visíveis e tinha um fluxo menstrual normal. Os seus antecedentes pessoais eram irrelevantes, com normal evolução estatura-ponderal e referindo menarca aos 12 anos. Nos antecedentes familiares era de realçar diabetes mellitus tipo I na avó materna.

Ao exame objectivo, na admissão, apresentava palidez cutâneo-mucosa, sem outras alterações. O estudo analítico efectuado confirmou um valor baixo de hemoglobina de 8.5g/dl, VCM 61.4fl, HCM 18.5pg, RDW 18.2%, marcadores de défice de ferro (ferro sérico 10 µg/dl, ferritina 9 ng/ml, saturação da transferrina 10%, protoporfirina eritrocitária livre 205 µmol/mol) e reticulocitose (1.8%) e o esfregaço de sangue

periférico apresentava anisocitose e hipocromia acentuadas. A função hepática e renal, a glicemia e o estudo da coagulação eram normais. A pesquisa de sangue oculto nas fezes foi negativa e a electroforese de hemoglobina era normal. Foi aumentada a dose de ferro oral para 6mg/Kg/dia para melhor adequação terapêutica. Na reavaliação analítica, cerca de seis meses depois mantinha anemia com parâmetros de ferropenia, tendo sido reconsiderada a etiologia da ferropenia, nomeadamente má adesão à terapêutica, presença de hemorragia oculta ou défice de absorção/utilização do ferro. A investigação etiológica efectuada, que incluiu o rastreio de doença celíaca com a pesquisa de anticorpos antitransglutaminase foi negativa, a determinação de Proteína C reactiva e da Velocidade de Sedimentação e o doseamento de imunoglobulinas apresentavam valores normais. A endoscopia digestiva alta e baixa, aos 14 anos revelou um processo inflamatório nos vários segmentos observados, nomeadamente gastrite crónica antral sem evidência de infecção HP, linfangiectasia intestinal a nível duodenal e hiperplasia nodular linfóide a nível do íleon terminal (fig. 1 e 2). O estudo imagiológico, TAC abdominal, trânsito intestinal, ecografia pélvica não apresentou alterações. O doseamento da vitamina B12

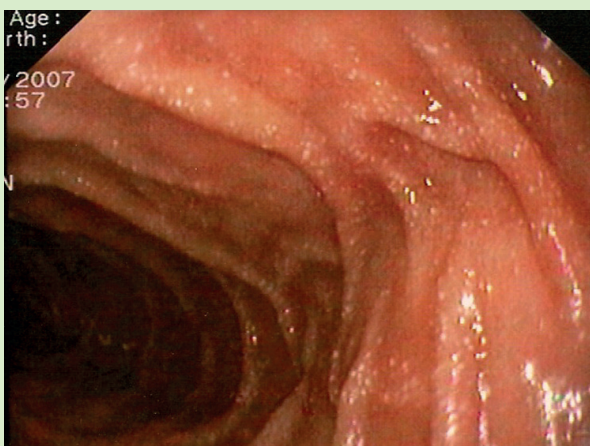


Figura 1. EDA, evidenciando linfangiectasia a nível duodenal

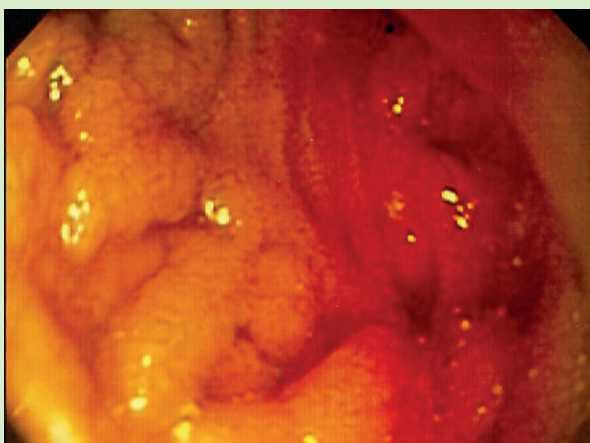


Figura 2. Hiperplasia nodular linfóide a nível do íleon terminal

Momento Pediátrico

Refractária ao Ferro Oral

e ácido fólico foram normais; a prova de administração oral de ferro demonstrou uma absorção diminuída de ferro e no estudo imunológico detectou-se um doseamento de anticorpos anticélula parietal gástrica positivo [172,4 U/ml (N <25)], com presença de hipergastrinemia [133pg/ml (N <100)], os anticorpos antifactor intrínseco foram negativos, ANCA e ASCA negativos, ANA 79,27U/ml (N <35), anticorpos antitiroideos negativos. Aos 15 anos repetiu endoscopia digestiva alta que mostrou estômago com mucosa atrófica (rede vascular visível) no corpo e fundo, de modo difuso (fig. 3). Mucosa hiperemiada (congestão) no antro, de modo difuso. A histologia demonstrou no antro lesões de gastrite crónica com discreta actividade focal (fig. 4) e no fundo e corpo lesões de gastrite crónica com sinais de actividade e atrofia glandular moderada, observando-se em dois retalhos focos de metaplasia intestinal completa

(fig. 5 e 6). A pesquisa de HP foi positiva, não existindo lesões de displasia ou sinais de malignidade. Estes achados permitiram fazer o diagnóstico de gastrite atrófica auto-imune associada a infecção por HP. Iniciou então tratamento com ferro endovenoso e com terapêutica tripla para HP (amoxicilina, claritromicina e omeprazol). Verificou-se posterior normalização dos parâmetros hematológicos que se mantiveram normais sem tratamento com ferro, após um ano de seguimento, sendo o teste respiratório para detecção do HP negativo.

Comentários:

Nos últimos anos várias publicações mostraram que a presença de gastrite atrófica é uma patologia não limitada apenas ao adulto. A sua prevalência na criança é desconhecida, variando de acordo com as séries publicadas entre 0 e 72%, sendo estes estudos em grupos de alta prevalência de HP, uma vez que este estágio histológico

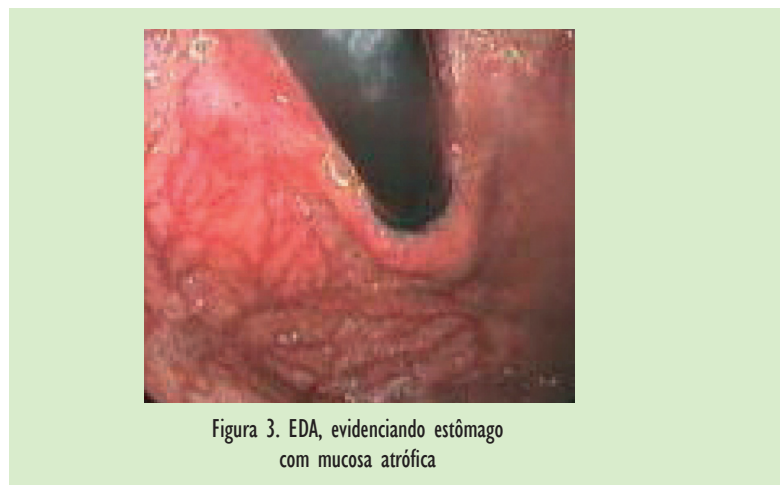


Figura 3. EDA, evidenciando estômago com mucosa atrófica

que no adulto é considerado pré-neoplásico, não ser procurado sistematicamente em idades pediátricas. A procura pelo HP na endoscopia contribuiu para um melhor conhecimento das lesões histológicas da mucosa gástrica (1-3); por outro lado, o seu diagnóstico histopatológico em estádios iniciais e a falta de uma classificação histológica específica das gastropatias na criança constitui um verdadeiro desafio diagnóstico para os histologistas (1,2). Casos de metaplasia intestinal no estômago, considerada

uma lesão pré-cancerosa em adultos, são raramente descritos em crianças mas alguns autores descrevem prevalências de 21% de metaplasia intestinal na gastrite por HP (3). É necessário descrever em detalhe o curso natural destas lesões nas crianças seguindo-as do ponto de vista clínico e endoscópico. E, por outro lado, é necessário identificar que outras circunstâncias, além do HP podem estar envolvidas na patogénese da gastrite atrófica. Dois mecanismos são genericamente considerados na indução

PUBLICIDADE

da atrofia da mucosa do corpo gástrico: a patogénese auto-imune da gastrite atrófica, com presença de anticorpos dirigidos à célula parietal gástrica, podendo instalar-se na criança e causar anemia por má absorção do ferro secundária a hiposecreção gástrica e, a infecção crónica pelo HP que, pode induzir atrofia da mucosa oxíntica e clinicamente apresentar-se com dispepsia e/ou anemia ferripriva (5-7). De qualquer forma, é recomendado que a infecção por HP deve ser pesquisada e tratada em pacientes com gastrite atrófica, metaplasia/dislásia intestinal e hipo ou acloridria (8).

O achado neste caso clínico foi a presença de auto-anticorpos gástricos num paciente com

anemia ferripriva, pretendendo-se ilustrar uma associação pouco frequente em idade pediátrica, de GAI e infecção por HP. O presente caso poderá considerar-se ilustrativo de algumas das reconhecidas dificuldades na abordagem diagnóstica e terapêutica desta entidade, ainda relativamente rara na nossa prática clínica. No caso descrito, as alterações histopatológicas observadas a nível gastroduodenal e cólico, embora incaracterísticas e sem outra expressão clínica gastrointestinal nesta fase evolutiva, associadas à positividade dos anticorpos ANA e anticélula parietal gástrica leva-nos a pensar poder tratar-se de um quadro inflamatório, auto-imune que poderá evoluir para a um quadro

inflamatório mais generalizado. O reconhecimento de que a GAI é uma entidade a colocar no diagnóstico diferencial de anemia ferripriva modifica a nossa estratégia na avaliação e tratamento destes doentes. O rastreio de infecção por HP é importante pelo seu papel etiológico a ser considerado perante uma criança com anemia ferripriva, mas também pelo seu papel na indução e potenciador de GAI (9). O risco de evolução para anemia perniciososa e carcinoma gástrico obriga a uma vigilância atenta e dirigida destes doentes (1). O seguimento destas crianças poderá contribuir para um melhor esclarecimento da história natural desta entidade.

Referências

1. Dimitrov G, Gottrand F. Does gastric atrophy exist in children? *World J Gastroenterol* 2006;12(39):6274-9.
 2. Ozturk Y, Buyukgebiz B, Arslan N, Ozer E. Antral glandular atrophy and intestinal metaplasia in children with *Helicobacter pylori* infection. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 37: 96-97; author reply 97-98.
 3. Guarner J, Bartlett J, Whistler T, Pierce-Smith D, Owens M, Kreh R, Czinn S, Gold BD. Can pre-neoplastic lesions be detected in gastric biopsies of children

with *Helicobacter pylori* infection? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 37: 309-314
 4. Chlumská A, Boudová L, Benes Z, Zámečník M. Autoimmune gastritis. A clinopathologic study of 25 cases. *Cesk Patol* 2005;41(4):137-42.
 5. Hershko C, Hoffbrand A, Keret D, Souroujon M, Maschler I, Monselise Y et al. Role of autoimmune gastritis, *Helicobacter pylori* and celiac disease in refractory or unexplained iron deficiency anemia. *Haematologica* 2005;90(5):585-95.
 6. Hershko C, Ronson A, Souroujon M, Maschler I, Heyd J, Patz J. Variable Hematologic presentation of autoimmune gastritis: age-related progression from iron deficiency to cobalamin depletion. *Blood* 2006;17(4):1673-9.
 7. Annibale B, Lahner E, Negrini R, Baccini F, Bordi, Monarca B et al. Lack of specific association between gastric autoimmunity hallmarks and clinical presentations of atrophic body gastritis. *World J Gastroenterol* 2005;11(34):5351-7.
 8. De Block CE, De Leeuw IH, Van Gaal LF. Autoimmune gastritis in type I diabetes: a clinically oriented review. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93(2):363-71.
 9. Hershko C, Lahad A, Kereth D. Gastropathic sideropenia. *Best Pract Res Clin Haematol* 2005;18(2):363-80.

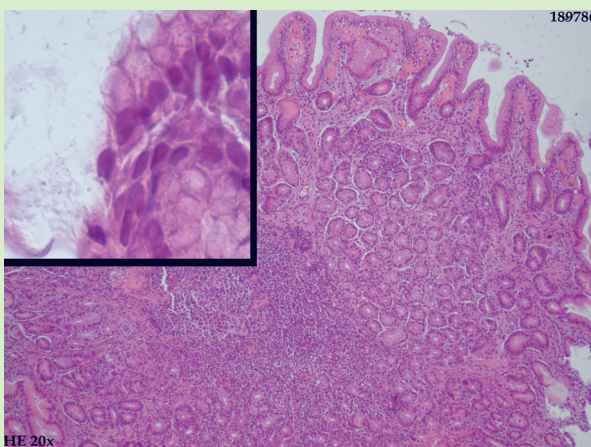
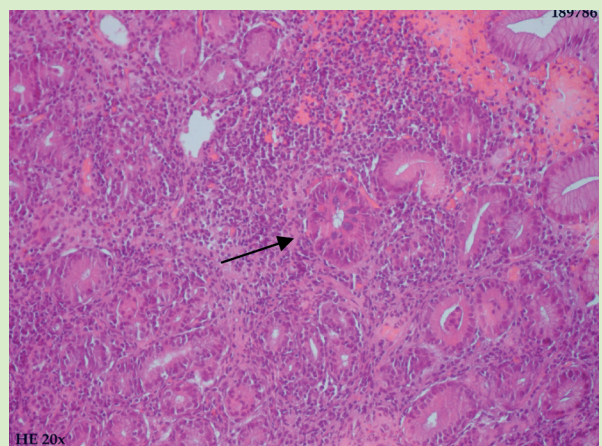
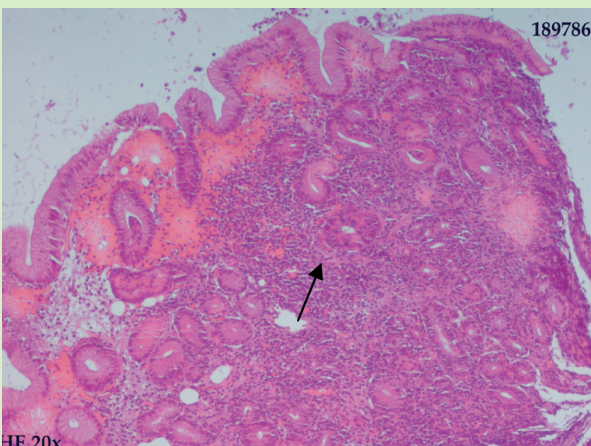


Figura 4. No antrum lesões de gastrite crónica com discreta actividade focal. Presença de HP



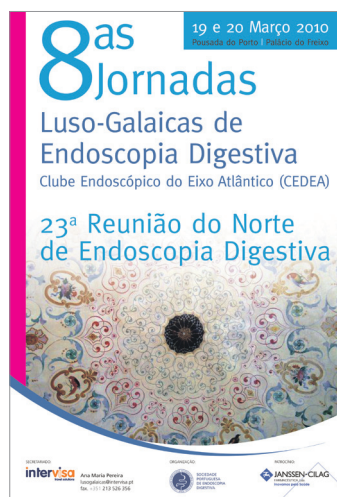
Figuras 5 e 6. Histologia, evidenciando gastrite crónica do corpo e fundo com sinais de actividade e atrofia glandular moderada, focos de metaplasia intestinal completa no fundo e corpo gástrico, sem lesões de displasia ou de malignidade

PUBLICIDADE

8^{as} Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva

23^a Reunião do Norte de Endoscopia Digestiva

Nos dias 19 e 20 do passado mês de Março decorreram, no Palácio do Freixo da cidade Invicta, as 8^{as} Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva juntamente com a 23^a Reunião do Norte de Endoscopia Digestiva. Aquelas Jornadas são organizadas pelo Clube Endoscópico do Eixo Atlântico (CEDEA), que é uma associação regional que aglutina especialistas de Gastrenterologia de ambos os lados da fronteira, criada com vista a institucionalizar a cooperação já previamente existente entre médicos portugueses e galegos. Este ano foi da responsabilidade do nosso País a organização de tão importante evento, cuja Comissão Organizadora foi presidida pelo Vice-presidente do norte da SPED, Guilherme Macedo, e que integrou como habitualmente os



coordenadores portugueses e galegos. Estas reuniões estão já consolidadas entre os dois países e têm servido para partilhar experiências e reunir critérios de prática clínica que uniformizem a prática da nossa Especialidade, de forma a oferecer o melhor aos nossos doentes. O primeiro dia começou com a apresentação de instantâneos

endoscópicos, cuja peculiaridade das imagens os tornou motivo de apresentação e discussão. Esta sessão de instantâneos, sempre animada e muito pedagógica, ocupou também parte do segundo dia, contando com a participação de ambos os países. Após a cerimónia oficial de abertura destas Jornadas, teve lugar uma mesa-redonda subordinada ao tema “Avanços Endoscópicos na Prática Clínica”, que abordou vários temas da endoscopia terapêutica. Ainda neste dia, decorreu uma sessão de vídeos temáticos, em que se explanaram as diversas virtualidades endoscópicas de peritos dos dois países e que também ocupou significativamente a atenção dos participantes no segundo dia, bem como a mesa-redonda intitulada “Soluções Endoscópicas para a latrogenia”. No segundo dia teve lugar de

destaque a conferência realizada sob o tema “Terapêutica do Esófago de Barrett”, numa abordagem exaustiva das novas modalidades terapêuticas.

No âmbito desta reunião foram ainda atribuídos prémios ao melhor Instantâneo e Vídeo Endoscópico apresentados, salientando-se que constituíram uma oportunidade para os vencedores frequentarem o Curso de Endoscopia de Bruxelas, por anuência sempre bem-vinda do Director do Curso, Jacques Deviere.

Foi unânime a opinião que as 8^{as} Jornadas Luso-Galaicas representaram um sucesso, não só em termos de organização, como também pela qualidade científica e pela possibilidade de mais uma vez, em ambiente jovem e entusiasta, se discutirem os avanços e dificuldades na prática da Endoscopia nas duas regiões irmãs.

Margarida Marques

Endo Club Nord 2010

Decorreu a 5 e 6 de Novembro de 2010 mais uma edição do Endo Club Nord. Em moldes semelhantes aos do ano anterior, a sede da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva foi o local escolhido para se assistir, no primeiro desses dias, a intervenções endoscópicas transmitidas em directo dos Hospitais Asklepios de Altona e de Barmbek e da Clínica Universitária Hamburg-Eppendorf. Vários foram os temas desenvolvidos, nomeadamente a endoterapia da obesidade e da acalásia, as ressecções endoscópicas tumorais, as modernas intervenções biliares por via percutânea transhepática e a apresentação de tecnologias em desenvolvimento. A este respeito, foi transmitida uma con-

ferência sobre “Nano-Medicina” por Wolfgang Heckl, bem como uma sessão sobre “Hemostase Endoscópica com Nano-Spray” por Joseph Sung. A última palestra do dia foi da autoria de Wolfgang Schmitt abordando o “Tratamento Endoscópico do Cancro”. A sessão de sábado iniciou-se com a Dra. Anabela Pinto dissertando sobre as “Evidências Científicas do Rastreamento do Cancro Colorrectal”. Seguiu-se uma mesa-redonda sobre “Preparação para Colonoscopia” (Dr. Daniel Brito), “Colonoscopia por Cápsula” (Prof. Dr. Pedro Figueiredo) e “Encerramento de Fístulas e Perfurações” (Dra. Carla Rolando). O Prof. Dr. José Manuel Romãozinho finalizou esta participação portuguesa do Endo

Club Nord com o tema “Qualidade em Colonoscopia”, aplaudida vivamente pelos presentes. Esta foi a oportunidade da presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, Dra. Isabelle Cremers, prestar uma merecida homenagem ao conferencista, presidente cessante da Sociedade, concluída com a colocação do seu retrato na sala de reuniões da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Para o sucesso desta reunião científica contribuíram mais uma vez os Laboratórios Nycomed (o seu principal patrocinador), Abbott, Angelini, Dr. Falk Pharma, Ferring, Menarini, Norgine e a Endotécnica.

Jorge Esteves

Secretário Geral da SPED

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE