

# ENDO news

Nº4 • Janeiro-Março 2003

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Director: C. Nobre Leitão • Preço: 1,00€ (IVA incluído)



Fernando Pádua  
“Ainda há  
muito a fazer  
na área da  
medicina  
preventiva”

## O cancro do cólon na web



[www.sped.pt/perguntas.php](http://www.sped.pt/perguntas.php)

Esclarecimentos disponíveis no site da SPED



[www.ccalliance.org](http://www.ccalliance.org)

Organização não governamental dos EUA, constituída por sobreviventes da doença, pessoas afectadas e com predisposição genética.



[www.canceranswers.com/em2](http://www.canceranswers.com/em2)

Respostas a perguntas frequentes sobre o cancro do cólon e recto.



[www.cancer.org/eprise/main/docroot/CRI/CRI\\_2x?sitearea=LRN&dt=10](http://www.cancer.org/eprise/main/docroot/CRI/CRI_2x?sitearea=LRN&dt=10)

Informações datalhadas no site da American Cancer Society



[http://www.acg.gi.org/acgdev/patientinfo/frame\\_coloncancer.html](http://www.acg.gi.org/acgdev/patientinfo/frame_coloncancer.html)

Dados e esclarecimentos disponibilizados pelo Colégio Americano de Gastrenterologia.

## DRGE na web



[www.sped.pt](http://www.sped.pt)

Dossier especial do site do Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva com informação útil sobre esta doença, incluindo imagens endoscópicas.



[www.gerd.com](http://www.gerd.com)

Site destinado a profissionais de saúde e público em geral, com informação variada acerca da DRGE. Patrocinado pela AstraZeneca.



[www.gesa.org.au/patient/publications/heartburn/index.htm](http://www.gesa.org.au/patient/publications/heartburn/index.htm)

Informação para os doentes e profissionais de saúde disponível em ficheiros pdf.



[www.acg.gi.org/acgdev/patientinfo/frame\\_gerd.html](http://www.acg.gi.org/acgdev/patientinfo/frame_gerd.html)

Dados e esclarecimentos disponibilizados pelo Colégio Americano de Gastrenterologia.



[www.heartburnalliance.org](http://www.heartburnalliance.org)

A National Heartburn Alliance é uma organização não governamental americana que pretende participar na formação e informação do público em geral sobre a DRGE.

## Sumário

<b>Editorial</b>	<b>5</b>
Leopoldo Matos	
<b>O que ELES dizem</b>	<b>7</b>
<b>Outras fotos</b>	<b>7</b>
20º Encontro Nacional de Clínica Geral	
<b>SPED marcou presença</b>	<b>8</b>
Bombardier - o exemplo de uma empresa	
<b>O rastreio do cancro do cólon em Medicina do Trabalho</b>	<b>9</b>
<b>Inibidores da ciclo-oxigenase 2</b>	<b>11</b>
<b>Aspirina e AINE podem proteger contra esofágico</b>	<b>11</b>
Rastreio do cancro do cólon	
<b>Os utentes perguntam e a SPED responde</b>	<b>12</b>
Conceitos actuais	
<b>DRGE endoscopicamente negativa</b>	<b>14</b>
Entrevista ao Prof. Fernando Pádua	
<b>"Ainda há muito a fazer" na área da medicina preventiva</b>	<b>16</b>
<b>ENDOcartoon</b>	<b>21</b>
Casos endoscópicos	
<b>Endoscopia de magnificação na avaliação dos tumores vilosos</b>	<b>22</b>
<b>ENDOcruzadas</b>	<b>22</b>
<b>Agenda</b>	<b>23</b>

## Ficha Técnica

### ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica Nº4 • Janeiro-Março 2003

### 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@netcabo.pt

### Pré-impressão e Impressão

Focom XXI - Centro Gráfico, Lda.  
Rio Maior

### Tiragem

13.500 exemplares

## Editorial

NO PRIMEIRO NÚMERO DESTA NOVA ANO é sempre desejável uma reflexão sobre o passado. Face às solicitações recebidas vamos aumentar a dimensão e também a nossa distribuição, o que implica um maior esforço da nossa parte, com o objectivo de procurar corresponder e transformar o ENDOnews numa revista agradável para todos os nossos leitores.

“Prevenir é saber viver” é a expressão de um conceito que a a Direcção da SPED - Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, tem procurado desenvolver nos últimos anos. Entendemos ser necessário e urgente fazer o rastreio do cancro do cólon e recto na nossa comunidade e esta necessidade deve, sinergicamente, estimular a procura de outras atitudes preventivas, estratégia que nos parece importante implementar na área da saúde.

Temos procurado explicitar os fundamentos para a prática do rastreio e optámos por uma das metodologias disponíveis, porque entendemos que esta é uma metodologia simples, exequível e susceptível, em função da sua eficácia, de modificar o actual registo de morbilidade e mortalidade devidos ao carcinoma do cólon e recto.

Lançámos este desafio baseados no conhecimento científico disponível, desafio que é partilhado pela generalidade dos países europeus.

Conhecemos a mortalidade por cancro do cólon e recto e constatámos a sua subida continuada nas últimas décadas.

Sabemos que em 1999, últimos dados disponíveis, a mortalidade por cancro do cólon e recto foi a primeira causa de morte por cancro em Portugal: 8 portugueses morreram por

dia, naquele ano, por cancro do cólon e recto. Conhecemos os recursos humanos existentes e devido ao trabalho efectuado pelo Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, sabemos a sua distribuição no país e a sua actividade.

Sabemos que é possível o rastreio aproveitando os recursos disponíveis.

Conhecemos os resultados preliminares de estudos de rastreio efectuados entre nós que são estimulantes e encorajadores do seu desenvolvimento.

Sabemos da avaliação catamnética e vigilância de doentes com adenomas do cólon, que esta atitude é, não só possível, mas desejável, uma vez que constitui a atitude preventiva mais eficaz em Medicina, com uma redução da incidência de carcinoma do cólon e recto que se estima em cerca de 90%.

Conhecemos, em estudo piloto por nós desenvolvido, a relação custo-efectividade de uma atitude de rastreio entre nós.

Sabemos que muitos colegas gastroenterologistas, em diferentes pontos do país, têm efectuado muito mais observações de rastreio nos últimos meses que anteriormente.

Conhecemos o interesse que jovens dos anos iniciais de escolaridade, mostraram por iniciativas que desenvolvemos em escolas, quando abordámos a estratégia do desenvolvimento de atitudes preventivas.

Sabemos que a população está muito mais alertada para a necessidade do rastreio do cancro do cólon e recto e também que o número de pessoas que o têm efectuado, embora em pequeno número, aumentou bastante nos últimos meses.

Conhecemos cada vez mais colegas de outras especialidades, clínicos gerais,



*C. Nobre Leitão*

internistas, cirurgiões e outros, interessados na implementação do rastreio do cancro do cólon e recto.

Sabemos do sucesso da comemoração do dia de prevenção do cancro do intestino em 2001 e 2002, com distribuição de milhares de folhetos explicativos por todo o país e diálogo directo com largas camadas da população.

Conhecemos os muitos amigos que conosco têm estado empenhadamente, nas diferentes actividades que o desenvolvimento da campanha motivou - gente de todos os meios da comunicação social, da cultura, da actividade empresarial, da ciência, do desporto, da política, da arte, das letras e do espectáculo.

Sabemos que tudo isto tem sido feito pelo conjunto dos Gastroenterologistas portugueses com interesse pela Endoscopia Digestiva, ou seja, a SPED - Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva que, isoladamente, tem de forma determinada, procurado divulgar esta iniciativa e desenvolver o rastreio do cancro do intestino.

Conhecemos quem vai continuar com mais empenho e com mais determinação estas iniciativas.

Sabemos quem nada tem feito sobre este assunto.

# O que ELES dizem



**Bagão Félix**

Mínistro da Solidariedade e da Segurança Social

Comparativamente a outras atitudes de rastreio (em termos de análise custo-benefício), o rastreio do cancro do cólon é claramente mais compensador que o rastreio do cancro do colo do útero e semelhante ao rastreio do cancro da mama.

Defendo 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.



**José Manuel Soares**

Gastrenterologista do Serviço de Gastrenterologia Hospital de Santo António - Porto Vogal da Direcção da SPED



**Mário Laginha**

Músico

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.

Mesmo hoje não existe qualquer escassez de recursos humanos para o desenvolvimento da campanha de prevenção do cancro do cólon. Nunca a nossa Sociedade poderia propor uma prática que não fosse realizável com qualidade e em tempo útil pelos gastrenterologistas portugueses.



**Prof. C. Nobre Leitão**

Vice-Presidente da SPED Director do Serviço de Gastrenterologia do IPO - Lisboa

## Outras fotos



Sem título, por Joana Mendes, de Elvas

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](mailto:endonews@netcabo.pt)

**Participe!**

## 20º Encontro Nacional de Clínica Geral SPED marcou presença



Prof. Nobre Leitão



Prof. Isabel Braizinha

NO 20º ENCONTRO NACIONAL DE CLÍNICA Geral, que decorreu em Vilamoura de 12 a 15 de Março de 2003, a SPED, em colaboração com a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, planificou uma mesa-redonda sobre o tema "Rastreamento do cancro do cólon e recto". Esta mesa foi moderada por Nobre Leitão e Tânia Silva e teve como intervenientes os colegas Isabel Braizinha, Anabela Pinto, Joaquim Palma e o Professor de Economia Miguel Gouveia.

Uma assistência numerosa e interveniente começou por assistir à intervenção de Isabel Braizinha sobre a sua experiência de quatro anos de colaboração com o Serviço de Gastroenterologia do IPOFG (Centro de Lisboa), que terminou salientando a responsabilidade preferencial dos cuidados de saúde primários no rastreio, em função da privilegiada relação de proximidade e confiança que o clínico geral mantém com os seus doentes. Anabela Pinto, gastroenterologista do IPOFG (Lisboa),

com larga experiência no rastreio, apresentou resultados do rastreio que tem desenvolvido nos últimos anos, do qual salientamos para um número elevado de cidadãos com risco padrão para carcinoma do cólon e recto; uma incidência de 8% para adenomas e de 2,1% para lesões de risco - adenomas de dimensões superiores ou iguais a 1 centímetro, ou com componente viloso, ou com displasia de alto grau - e de 0,6% de carcinomas (9 adenocarcinomas em 1519 indivíduos rastreados, dos quais 6 foram tratados endoscopicamente). Estes dados referem-se à primeira fibroscopia de rastreio. Cinco anos mais tarde realizou-se segunda fibroscopia e, da população elegível para segundo rastreio, obteve-se uma adesão de 78,6%. Na segunda fibroscopia de rastreio, 6,1% dos rastreados tinham adenomas e 1,8% apresentavam lesões de risco, o que parece validar a periodicidade de 5 anos para o rastreio no nosso país, proposta aceite por diferentes sociedades científicas noutros países. Salientou a excelente colaboração que tem tido de vários colegas que trabalham em distintos centros de saúde da área de influência do IPOFG (Lisboa), sem a qual muito mais difícil teria sido a execução do estudo apresentado. O professor Miguel Gouveia, da Universidade Católica de Lisboa, apresentou os resultados de uma análise de custo-efectividade efectuado ao rastreio desenvolvido pelo grupo da Dr<sup>a</sup> Anabela Pinto. Desnecessário se torna salientar a importância de tais estudos que devem ser uma base objectiva que ajuda de forma indispensável a decisão de estimular o desenvolvimento do rastreio. Desta análise, a primeira apresentada entre nós salientamos que custo da identificação de uma pessoa com uma lesão alvocarcinoma ou adenoma de risco - foi de

2.726 euros para um programa de rastreio com uma única fibroscopia e de 2.890 euros para a identificação de cada rastreado com uma lesão alvo para um programa de rastreio com duas fibroscopias separadas por um intervalo de 5 anos. Queremos salientar que o custo considerado de uma fibroscopia, o elemento mais dispendioso do rastreio, foi de 57 euros.

Joaquim Palma abordou o tema "Barreiras e dificuldades no rastreio do cancro colo-rectal". Tema muito importante e actual, foi detalhadamente exposto pelo nosso colega, que sucessivamente fez uma revisão dos aspectos ligados aos médicos, utentes e serviços de saúde, relacionados com o tema. No debate que se seguiu às apresentações, aspectos relacionados com a última intervenção foram naturalmente motivo de bastantes questões, conhecido como é de todos o limitado acesso que o SNS - Serviço "Nacionali-



zado" de Saúde permite aos contribuintes para aquele Serviço. Ficou claro que existem entre nós recursos humanos e tecnológicos suficientes para o desenvolvimento do rastreio, mas também existem em grande quantidade barreiras que o Serviço Nacional de Saúde coloca no acesso ao rastreio. Muito resumidamente, queremos dar notícia desta

mesa-redonda que muito nos honrou planificar e moderar, manifestar a nossa disponibilidade para acções futuras com a APMCG e recordar o que no final da mesa redonda comentei - é tempo de fazer rastreio e não de procurar explicações para o não fazer, ou pior ainda, cultivar um silêncio sobre o tema.

*Nobre Leitão*

## Bombardier - o exemplo de uma empresa O rastreio do cancro do cólon em Medicina do Trabalho

POR INICIATIVA DO DEPARTAMENTO MÉDICO da empresa de metalomecânica Bombardier (ex-Sorefame), desde há vários meses que ali decorre um programa de rastreio do cancro do cólon, dirigido aos trabalhadores que preenchem os critérios de risco intermédio para este cancro idade igual ou superior a 50 anos e assintomáticos, e identificando os trabalhadores com critérios de risco elevado.

O programa foi delineado com o apoio da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Di-

gestiva, contando para a sua efectivação com a colaboração do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Egas Moniz, em Lisboa.

O rastreio engloba, para além de exames complementares de diagnóstico, o preenchimento do inquérito clínico-epidemiológico que permite a caracterização dos indivíduos no que concerne ao risco de cancro do cólon.

Até ao momento, foram já rastreados 360 trabalhadores da empresa. A implementação



deste programa de rastreio no universo de trabalhadores de uma empresa e a adesão da população-alvo constituem um exemplo das iniciativas que podem ser desenvolvidas em Medicina do Trabalho.

## Inibidores da ciclo-oxigenase 2

A CICLO-OXIGENASE (COX) É UMA ENZIMA que catalisa as reacções necessárias para a formação de mediadores lipídicos (prostaglandinas e leucotrienos) a partir do ácido araquidónico e existe sob duas isoformas: a COX1 é uma enzima constitutiva, expressa ubiquitariamente na maior parte dos tecidos; a COX2 é uma enzima indutível, expressa apenas em resposta a estímulos (ex: citocinas pró-inflamatórias, factores de crescimento, promotores tumorais). A COX1 está envolvida na regulação da microcirculação tecidual, nomeadamente a nível da mucosa gastrintestinal. A COX2 é a principal forma envolvida na resposta inflamatória e na cancerígenese. Diversos trabalhos demonstraram níveis aumentados de COX2 quer em situações de inflamação tecidual crónica, quer em lesões malignas e pré-malignas. Estudos experi-

mentais demonstraram adicionalmente que esta isoforma da COX é directamente mutagénica e tumorigénica.

Os anti-inflamatórios não esteróides (AINE) são inibidores não selectivos das duas isoformas. Pensa-se que a inibição da COX1 é a principal responsável pelos efeitos adversos gastrintestinais associados aos AINE. O desenvolvimento de inibidores selectivos da COX2 (COX2i), como o celecoxib e o rofecoxib, constitui um avanço no sentido de reduzir a toxicidade associada aos AINE, mantendo a sua eficácia terapêutica e quimioprolíptica. De facto, existem já estudos demonstrando que estes fármacos apresentam a mesma potência anti-inflamatória dos AINE tradicionais combinada com uma menor frequência de efeitos adversos gastrintestinais.

Sabe-se desde há longa data que a Aspirina

apresenta, em estudos epidemiológicos, um efeito protector contra o desenvolvimento de cancro do cólon e recto e que o Sulindac tem a capacidade de provocar a regressão de adenomas em portadores de Polipose Adenomatosa Familiar do Cólon (PAFC). Estes efeitos serão presumivelmente mediados pela inibição da COX2. De facto, em modelos animais de PAFC, a inibição selectiva da COX2 levou à supressão dos pólipos adenomatosos. Está actualmente em curso um estudo europeu multicêntrico, no qual Portugal se encontra incluído (ensaio PRESAP), visando avaliar a eficácia de um COX2i no desenvolvimento de pólipos adenomatosos do cólon e recto.

Outro campo de aplicação em desenvolvimento para os COX2i é o esófago de Barrett. Este é uma condição pré-maligna que surge como consequência do refluxo gastro-

## Aspirina e AINE podem proteger contra cancro esofágico

A UTILIZAÇÃO DA ASPIRINA OU DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO esteróides (AINE) foi associada com uma redução do risco de cancro esofágico. A conclusão resulta duma meta-análise publicada recentemente na revista *Gastroenterology* por um grupo de autores americanos (*Gastroenterology* 2003;124:47-56).

Segundo Douglas Corley (um dos autores, citado pela Reuters Health Information) “os estudos actuais da associação entre aspirina/AINE e carcinomas esofágicos incluem poucos doentes e a combinação estatística destes estudos proporciona uma forma mais poderosa de avaliar estas questões”.

Foram revistos 9 estudos englobando um total de 1813 casos de cancro esofágico e avaliada a associação com a toma de Aspirina ou AINE. A exposição a estes medicamentos reduziu o risco de desenvolver cancro em 43%, sendo esta redução mais evidente nos casos de toma frequente (46%) que nos casos de utilização intermitente (18%). A redução do risco manifestou-se de forma idêntica para o adenocarcinoma (redução de 33%) e para o carcinoma escamoso (42%). A análise dos sub-grupos indicou que a redução do risco foi mais acentuada para os casos de toma de Aspirina (50%) que nos casos de toma de AINE (25%).

“Os resultados destes estudos não são suficientemente conclusivos

para se recomendar a utilização da Aspirina ou dos AINE em doentes de alto risco para o cancro esofágico” afirmou o autor. Este conceito é reforçado por Michael Thun, num editorial publicado na mesma revista, que sublinha ainda não estarem concluídos os ensaios (já iniciados) com o celecoxibe em doentes com displasia do epitélio escamoso ou epitélio de Barrett. Reconhece-se, todavia, a importância dos estudos nesta área e o carácter inovador dos dados fornecidos pela meta-análise.



## Rastreio do cancro do cólon Os utentes perguntam e a SPED responde



### Como posso fazer o rastreio do cancro do intestino?

Se deseja fazer o rastreio do cancro do cólon, deverá dirigir-se ao seu médico de família, da empresa onde trabalha ou qualquer outro médico que habitualmente o acompanhe.

Ele saberá orientá-lo para realizar o exame conveniente. Os exames endoscópicos para rastreio do cancro do cólon (sigmoidoscopia ou colonoscopia) são métodos também utilizados para estudar o intestino noutras situações que não o rastreio, pelo que o seu médico assistente conhecerá certamente locais próximos da sua residência onde poderá recorrer.

Estes exames são realizados pelos gastroenterologistas, médicos especializados nas doenças do aparelho digestivo. Dada a sua relativa simplicidade, estas técnicas podem ser realizadas em consultórios privados ou na

generalidade dos hospitais e clínicas onde haja gastroenterologistas a exercer a sua actividade profissional.

Existem em Portugal mais de 360 médicos gastroenterologistas. Em muitos pontos do nosso país poderá encontrar gastroenterologistas convencionados com o Serviço Nacional de Saúde ou com outros sub-sistemas de saúde e seguros de saúde. Uma parte significativa da rede hospitalar pública conta também com serviços ou unidades de gastroenterologia.

Em Mirandela foi já criada um centro-piloto exclusivamente dedicado ao rastreio do cancro do cólon. Em algumas empresas ou Centros de Saúde estão já a ser implementados protocolos de rastreio em colaboração com Serviços hospitalares de Gastroenterologia.

-esofágico crónico e constitui o único precursor conhecido do adenocarcinoma do esófago. Não existe até à data nenhuma medida terapêutica com eficácia comprovada em reverter esta metaplasia ou em reduzir o risco de um portador dela desenvolver cancro. Estão publicados estudos preliminares usando linhas celulares de adenocarcinoma do esófago demonstrando que os COX2i têm acção antitumoral. Com base nestes resultados encorajadores, está em curso um estudo multicêntrico americano coordenado pela John Hopkins Medical Institution comparando quimioprofilaxia com um COX2in versus placebo em indivíduos com esófago de Barrett e displasia.

A utilização de fármacos como quimioprolácticos, em indivíduos saudáveis, exige um perfil de segurança adequado. Os inibidores selectivos da COX2 constituem actualmente uma opção prometedora e sob investigação intensa, aguardando-se os resultados dos estudos já referidos em lesões pré-malignas do cólon e recto e do esófago.

#### Leitura aconselhada:

1. FitzGerald GA, Patrono C. The coxibs, selective inhibitors of ciclo-oxygenase-2. *N Engl J Med* 2001; 345: 433-442
2. Lynch PM. COX-2 inhibition in clinical cancer prevention. *Oncology* 2001; 15(suppl 5): 21-26
3. Ebehart CE, Coffey RJ, Radhika A, et al. Up-regulation of cyclo-oxygenase-2 gene expression in human colorectal adenomas and adenocarcinomas. *Gastroenterology* 1994; 107: 1183-1188
4. Oshima M, Dinchuk JE, Kargaman SL, et al. Suppression of intestinal polyposis in Apc delta716 knockout mice by inhibition of cyclooxygenase 2 (COX-2). *Cell* 1996; 87: 803-809
5. Wilson KT, Fu S, Ramanujam KS, et al. Increased expression of inducible nitric oxide synthase and cyclooxygenase-2 in Barrett's esophagus and associated adenocarcinoma. *Cancer Res* 1998; 58: 2929-2934
6. Souza RF, Shewmake K, Beer DG, et al. Selective inhibition of cyclo-oxygenase-2 suppresses growth and induces apoptosis in human esophageal adenocarcinoma cells. *Cancer Res* 2000; 60: 5767-5772



## Conceitos actuais DRGE endoscopicamente negativa

O espectro da doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE) engloba diversas formas de apresentação clínica. Segundo um recente “workshop” internacional, o termo DRGE deve aplicar-se a todos os indivíduos que estão expostos ao risco de complicações do refluxo gastro-esofágico ou que padecem de prejuízo significativo da sua qualidade de vida em virtude de sintomas relacionados com o refluxo

SURGE, ASSIM, O CONCEITO DE DRGE endoscopicamente negativa (DREN), termo que deve ser aplicado aos doentes que satisfazem a definição de DRGE mas que não apresentam nem epitélio de Barrett nem lesões de esofagite erosiva ou ulcerada. Termos como “dispepsia tipo refluxo” ou refluxo funcional” devem ser evitados, pois apenas contribuem para confundir uma clara e correcta interpretação clínica da situação. Na prática quotidiana, o diagnóstico da DREN exige, essencialmente: em primeiro lugar, uma avaliação clínica que detectando a presença de sintomas típicos de refluxo gastro-esofágico permita o estabelecimento dum diagnóstico de DRGE, e; em segundo

lugar, a realização de endoscopia digestiva alta para exclusão das lesões da mucosa esofágica acima referidas.

### Prevalência

A prevalência da DRGE nas populações dos países ocidentalizados têm vindo a aumentar progressivamente.

Estima-se que - em enfermos dos cuidados de saúde primários - cerca de 30-40% dos doentes com azia têm esofagite erosiva, enquanto que 65-70% apresentam DREN.

Comparando com os doentes com esofagite, os enfermos com DREN tendem a ser mais novos, do sexo feminino, magros e sem hérnia do hiato associada. No entanto, a

sobreposição entre os dois grupos é tão grande que tais características não permitem prever com acuidade os achados endoscópicos em cada caso concreto.

### História natural

Estudos recentes indicam que os doentes com DREN não têm uma doença de menor severidade clínica que os enfermos com DRGE e esofagite.

Na DREN, a recidiva de sintomas após tratamento atinge taxas de 50-70%, requerendo terapêutica de manutenção com uma frequência similar à dos doentes com esofagite.

Os factores predizentes mais importantes da eventual recidiva sintomática a curto prazo parecem ser a duração dos sintomas e a duração do tratamento necessária para fazer desaparecer as queixas.

O impacto dos sintomas na qualidade de vida do doente é significativo, provavelmente tão severo como nos doentes com esofagite de refluxo.

Um conceito importante para a prática clínica é que a generalidade dos doentes com DREN não evolui para quadros de esofagite, sendo assim reduzida a probabilidade de vir a apresentar situações clínicas mais graves (hemorragia, disfagia por estenose, epitélio de Barrett e carcinoma).



### Patogénese

A patogénese da DREN é multifactorial, podendo eventualmente divergir, em parte, da patogénese da esofagite de refluxo. Especula-se que deficientes mecanismos de defesa da mucosa e uma hipersensibilidade ao refluxo possam, neste contexto, constituir factores patogénicos mais importantes.

A severidade do refluxo ácido deverá ser menor que nos doentes com esofagite, pois sabe-se que a severidade da esofagite se co-relaciona com o grau de exposição ácida da mucosa esofágica.

Os estudos epidemiológicos não demonstram que a infecção pela *Helicobacter pylori* represente um papel patogénico relevante.

### Diagnóstico

Como atrás se referiu, o diagnóstico pode basear-se apenas na identificação clínica de sintomas típicos como a azia.

Em doentes com sintomatologia extra-esofágica (asma, tosse irritativa, dor torácica) pode ser útil a realização de pH-metria de 24 horas ou a realização de um teste diagnóstico com inibidor da bomba de prótons (o teste consiste na administração de uma dose alta de inibidor da bomba de prótons durante 1-2 semanas, sendo positivo se determinar remissão ou melhoria importante dos sintomas).

A endoscopia digestiva alta constitui um exame obrigatório para, excluindo-se lesões da mucosa esofágica, se estabelecer o diagnóstico definitivo de DREN.

### Tratamento

O tratamento da DREN obedece aos

## Factores de risco para esofagite de refluxo

DETERMINAR QUAIS OS POTENCIAIS FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS AO desenvolvimento de esofagite erosiva em doentes com refluxo gastro-esofágico, foi o objectivo dum estudo apresentado por J. Labenz et al. na recente 10th United European Gastroenterology Week (Gut 2002; 51(suppl III):A226). Pretendia-se, assim, averiguar quais as diferenças entre os doentes com doença de refluxo endoscopicamente negativa (DRNE) e aqueles que desenvolvem esofagite.

O estudo baseou-se no ProGERD, um ensaio prospectivo, multicêntrico e aberto que incluiu 6509 doentes com DRNE ou esofagite. Todos apresentavam a azia como sintoma predominante e na endoscopia não apresentavam complicações da DRGE (úlceras, estenose, epitélio de Barrett). O estudo estatístico baseou-se na análise univariada, sendo os factores prognósticos significantes submetidos a análise multivariada com regressão passo-a-passo. Os autores concluíram que o sexo masculino, a obesidade, a ingestão de álcool e o tabagismo são factores de risco para o desenvolvimento de esofagite de refluxo. Pelo contrário, um elevado nível de educação e a infecção pela *Helicobacter pylori* serão factores protectores.



princípios gerais de abordagem terapêutica da DRGE.

O seu objectivo, na fase aguda, é a remissão das queixas e, na fase crónica, a prevenção das recidivas sintomáticas.

Ao que parece, a resposta ao tratamento de fase aguda com inibidores da bomba de prótons não é melhor em doentes com DREN que nos casos de esofagite, sendo necessárias doses iguais ou até superiores.

A terapêutica de manutenção poderá basear-

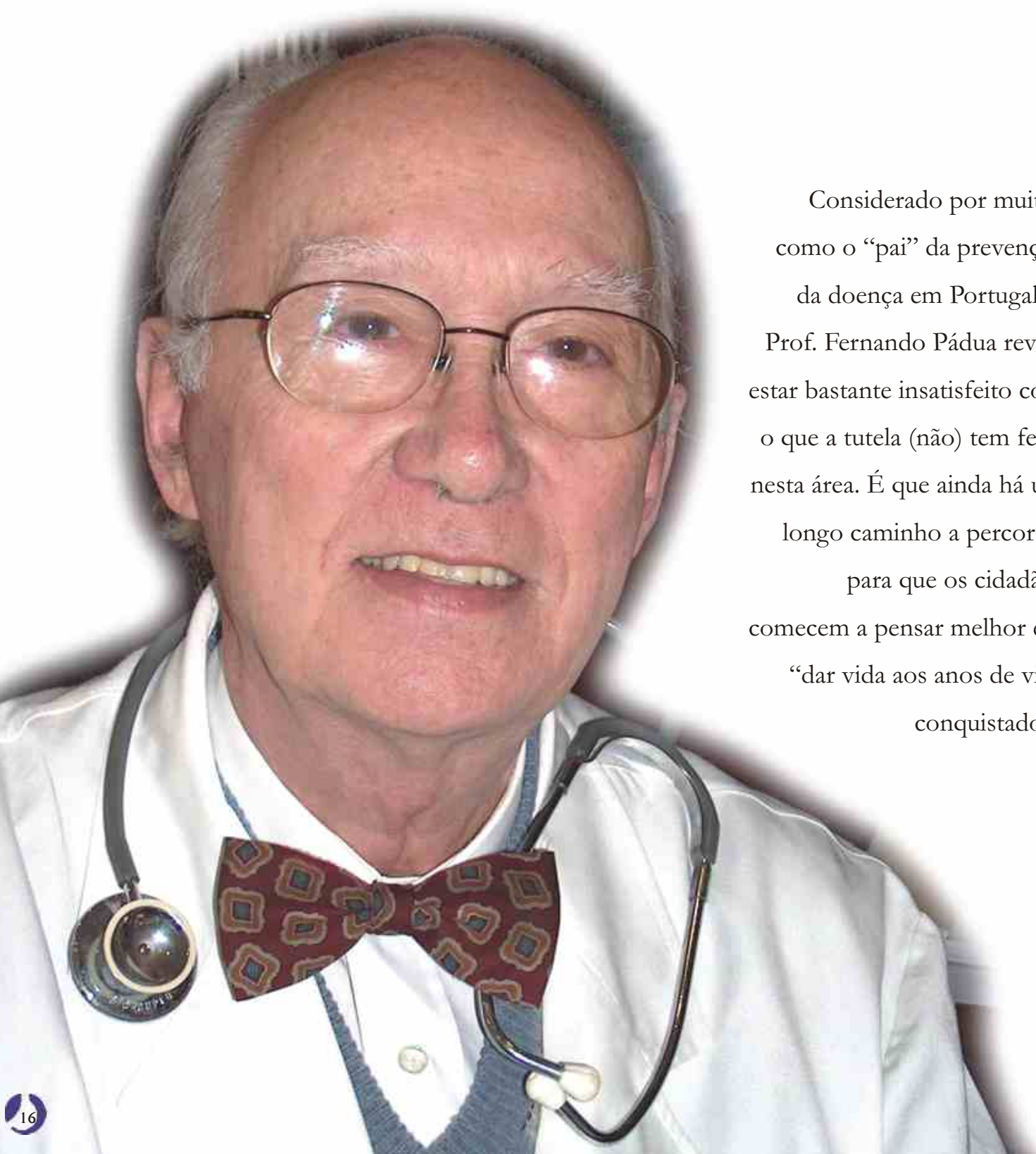
-se num regime "on-demand" dirigida apenas ao alívio sintomático, uma vez que o risco de evoluir para esofagite é pequeno e, conseqüentemente, a prevenção das complicações da esofagite não representa um problema importante nestes doentes.

São escassos os estudos sobre a terapêutica cirúrgica neste sub-grupo de doentes com refluxo gastro-esofágico, devendo ser uma alternativa a encarar com reserva.

J. E. Pina Cabral

Prof. Fernando Pádua

# “Ainda há muito a fazer” na área da medicina preventiva



Considerado por muitos como o “pai” da prevenção da doença em Portugal, o Prof. Fernando Pádua revela estar bastante insatisfeito com o que a tutela (não) tem feito nesta área. É que ainda há um longo caminho a percorrer para que os cidadãos comecem a pensar melhor em “dar vida aos anos de vida conquistados”

### Como é que se interessou pela componente preventiva da Medicina?

Depois de me ter licenciado, ganhei uma bolsa de estudo em Harvard, onde tive a sorte imensa de trabalhar com Paul D. White, considerado como o melhor cardiologista que a América teve no século XX. Foi ele que nos alertou para a necessidade de nos abirmos à comunidade, dizendo que “a doença ou morte antes dos 80 anos é culpa do homem e não de Deus ou da Natureza” e “a saúde é por demais importante para estar só na mão dos médicos, cada qual tem que aprender a tomar conta da sua saúde”.

Isto impressionou-me profundamente e cada vez comprovo mais que a nossa profissão deve dar saúde às pessoas. Quando os indivíduos vêm até nós numa fase tardia, tratamos as suas doenças mas a nossa missão principal deve traduzir-se em evitar que adoçam. No caso da Cardiologia, foi fundamental defender que é por ter peso a mais, por não fazer exercício físico, por fumar, por não medir a sua tensão e por não ter cuidado com a sua saúde que as pessoas ficam doentes. E é preciso que o saibam antes de adoecer.

Outra ideia defendida por Paul D. White foi a de que os bons médicos têm que utilizar os meios de comunicação social para falar com as pessoas porque estas querem saber Medicina. Se os bons médicos não o fizerem, fazem os maus. Por isso, quando regresssei a Portugal tentei implementar uma estratégia de ligação com os doentes.

### Qual é o balanço que faz da actividade preventiva proporcionada pelas unidades de saúde?

Ainda há muito a fazer, em particular pelas entidades oficiais. Os sucessivos Ministérios da Saúde ainda não conseguiram voltar-se

para a prevenção, dando prioridade absoluta à doença e à emergência, realidades que podem ser evitáveis com actividades preventivas. Já recomendei a três ministros e o Dr. Luís Filipe Pereira disse-me inclusivamente que lhe agradava a ideia de passar no intervalo do jornal da noite uma mensagem de saúde com a duração de um minuto. No final do ano serão seis horas de prevenção e se for bem preparada em termos visuais e complementada por um comentário pedagógico efectuado por um especialista na área, a acção terá um impacto muito significativo.

### Quais foram as principais dificuldades que sentiu quando, nos anos 50, quis introduzir os hábitos de prevenção em Portugal?

O que aconteceu é que nessa altura a classe médica entendia que um clínico que prestasse declarações a um jornal estava a fazer propaganda de si próprio. Isso era muito mais

conjunto com a comunicação social.

Há umas décadas atrás a classe médica pensava que o clínico só tinha que tratar e não que revelar aos doentes os segredos da sua profissão. O médico tinha que medir a tensão arterial e não transmitir esses valores ao paciente porque isso só iria enervá-lo. Por isso, defendia-se que não se devia levar para a praça pública este tipo de problemas. A própria Ordem dos Médicos desconfiava das actividades preventivas. Essa situação só se veio a alterar em finais da década de 70, quando a Ordem dos Médicos propôs o meu nome para um prémio internacional da UNESCO, atribuído a uma pessoa que depois de uma carreira científica se dedicasse à melhoria das condições de vida da população, estando em contacto directo com ela.

### E como foi possível começar a inverter aquele estado de coisas?

No início dos anos 70 já tinha o meu nome

Os sucessivos Ministérios da Saúde ainda não conseguiram voltar-se para a prevenção, dando prioridade absoluta à doença e à emergência, realidades que podem ser evitáveis com actividades preventivas. Já recomendei a três ministros e o Dr. Luís Filipe Pereira disse-me inclusivamente que lhe agradava a ideia de passar no intervalo do jornal da noite uma mensagem de saúde com a duração de um minuto

condenado dentro da elite académica e como eu queria fazer carreira nessa área, decidi que deveria estar quieto e calado porque verifiquei que a grande maioria dos colegas estava contra mim. Actualmente, vejo sempre com muita pena o facto de só 20 anos depois ter encontrado coragem para trabalhar em

feito, pelo que não poderiam dizer que me estava a promover. Era professor catedrático, presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia e tinha seis meses de lista de espera no meu consultório privado. Por isso, juntamente com alguns colegas, decidi apostar finalmente nas iniciativas de prevenção.

### Qual foi a primeira acção que desenvolveu?

Recordo-me que o primeiro estudo que fizemos foi no Jardim Cinema, que já não existe. O grupo incluía também alguns estudantes de Medicina, entre os quais o Prof. Pereira Miguel, actual director-geral da Saúde. No intervalo do filme exibimos um slide com uma caveira onde se sugeria que as pessoas fossem medir a sua tensão arterial. Verificámos com surpresa que uma em cada três tinha tensão alta e pensámos que era pelo susto e que era necessário fazer mais estudos para confrontar com os resultados alcançados naquela primeira actividade. Foi daí que começou a nossa invasão da comunidade mas onde quer que fôssemos verificávamos que 30 a 40% dos indivíduos tinha hipertensão.

Ao nível da comunicação social, foi em 1972 que iniciámos uma coluna num jornal vespertino denominada por “Você que me lê” onde se recomendava a adopção de hábitos saudáveis como o controlo do peso e da tensão arterial. Esta rubrica teve um grande sucesso

e a partir daí organizei também programas na televisão, (programa sobre “O Seu Motor” com um sucesso muito maior!).

### Mas quando é que sentiu que houve uma mudança de atitude por parte dos cidadãos e dos próprios profissionais de saúde?

Penso que isso aconteceu no final dos anos 70, quando estiveram cá William Kannel, Geoffrey Rose e Thomas Strasser, todos médicos conceituados sendo que o último representava naquela data a Organização Mundial da Saúde. No final da visita estes especialistas escreveram um pequeno livro sobre as necessidades de prevenção cardiovascular em Portugal e a televisão ofereceu-nos um programa de uma hora para que falassem destas questões. Como só havia uma estação televisiva, o País parou para ouvir três sumidades mundiais a discutir o problema português que tinham estudado, em língua portuguesa porque eu e o Prof. Pereira Miguel íamos traduzindo de imediato. Essa foi a grande viragem porque todas as pessoas tiveram

consciência de que a prevenção era um assunto importante e porquê. Foi assim que fundámos em 1979 a Fundação Portuguesa de Cardiologia e em 1987, o Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva. Mais tarde fui convidado a coordenar em Portugal o Programa CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) da OMS. Mais recentemente foi criada a Fundação Portuguesa Prof. Fernando Pádua para manter estas orientações de prevenção da doença mas também para dar ênfase à promoção de uma cultura de saúde e de lazer.

### Quais são as principais diferenças entre passar a mensagem há 30 anos atrás e fazê-lo nos nossos dias?

Uma diferença fundamental é que na década de 70 as pessoas estavam sequiosas de saber e havia um canal único de televisão. Actualmente, muito se escreve, mas quatro quintos da população não lê, temos muita iliteracia e a televisão que atrai são programas como o Big Brother e similares.

Luísa Neves



Há umas décadas atrás a classe médica pensava que o clínico só tinha que tratar e não que revelar aos doentes os segredos da sua profissão. O médico tinha que medir a tensão arterial e não transmitir esses valores ao paciente porque isso só iria enervá-lo. Por isso, defendia-se que não se devia levar para a praça pública este tipo de problemas.

## Luís Afonso colabora no ENDOnews



NESTE NÚMERO, O ENDONEWS CONTA com a colaboração solidária de Luís Afonso, através do cartoon que produziu especialmente para esta publicação, tendo em vista a campanha de sensibilização para a prevenção do cancro do cólon que a SPED está a desenvolver.

Licenciado em Geografia, Luís Afonso leccionou no ensino secundário, trabalhou para autarquias e em projectos de desenvolvimento local/regional até 1995.

A partir desse ano dedicou-se exclusivamente aos cartoons, actividade que havia iniciado 10 anos antes quando estudava em Lisboa. Começou em "O diário/fim-de-semana", passando por vários jornais e revistas até chegar a "A Bola", em 1990, "Grande Reportagem", em 1991, e "Público", em 1993, nos quais permanece. É autor de livros como "Bartoon" (1996), "Seleção" (1996), "Bartoon 2" (1998) e "Bartoon 3" (2000), todos editados pela Contexto. Em Abril de 2003 será lançada pelas publicações D. Quixote uma edição comemorativa dos 10 anos de Bartoon.

Natural de Aljustrel, agora com 37 anos, casado e com 3 filhos, Luís Afonso continua a viver no Alentejo, residindo em Serpa onde inaugurou recentemente uma livraria.

## ENDOcartoon



## A SPED foi à escola

A SPED, COM A PRESENÇA DO DR. LEOPOLDO MATOS, e a colaboração do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Setúbal (Dr.ª Ana Paula Oliveira), levou a cabo uma aula sobre o tema "Alimentação e Cancro Digestivo" na Escola Secundária de Sines.

A aula dirigiu-se às 3 turmas do 8º ano, numa iniciativa organizada pelo Dr. Hélder Fernandes e que contou com o apoio do Conselho Directivo da escola. Estiveram presentes 12 professores e 80 alunos com

idades entre os 12 e os 14 anos, os quais participaram activamente.

A SPED entende ser da maior importância transmitir conceitos alimentares correctos às camadas mais jovens da população portuguesa, estimulando hábitos saudáveis e esclarecendo sobre a importância da dieta relativamente às patologias do foro digestivo.

A nossa Sociedade mantém, dentro das possibilidades, total abertura para a realização de iniciativas similares em escolas que manifestem esta vontade.



# Casos endoscópicos

## Endoscopia de magnificação na avaliação dos tumores vilosos na avaliação dos tumores vilosos

HOMEM DE 52 ANOS, SUBMETIDO A RESSEÇÃO ENDOANAL DE TUMOR VILOSO DO RECTO DISTAL, EM QUE A PEÇA DEMONSTROU ÁREAS COM CARCINOMA INVASIVO.

AOS 6 MESES FAZ COLONOSCOPIA DE CONTROLO QUE MOSTRA A RECIDIVA DA LESÃO JUSTA-

PECTÍNEA (Foto 1).

FAZ CROMOENDOSCOPIA COM INDIGO CARMIM E CRESIL VIOLETA SEGUIDA DE MAGNIFICAÇÃO DEFININDO-SE UM PADRÃO TIPO IV (Foto 2) (CLASSIFICAÇÃO DE KUDO) E EM ALTA MAGNIFICAÇÃO OBSERVOU-SE VASCULARIZAÇÃO DA

LESÃO POLIPOIDE (Foto 3).

REALIZOU-SE POLIPECTOMIA FRAGMENTADA DA LESÃO RESIDUAL.

José Soares, Luís Lopes,  
Germano Villas-Boas, Carlos Pinho  
Serviço de Gastrenterologia  
Hospital Geral de Santo António, Porto

### 3º Prémio do Concurso de Fotografia Endoscópica da SPED Edição 2002

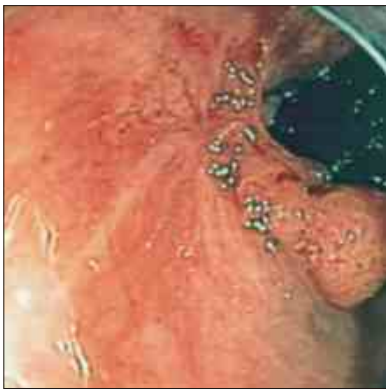


Foto 1

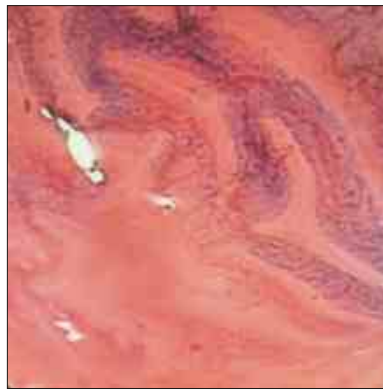


Foto 2

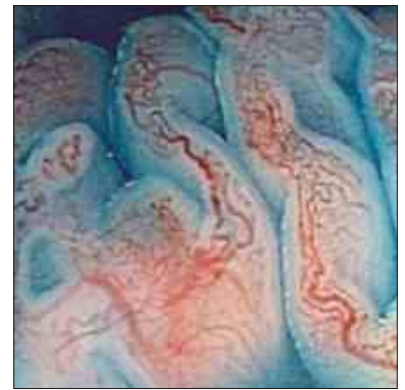


Foto 3

www.sped.pt

## ENDOCruzadas

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

### Horizontais

1. O nosso título. 2. Tombadas; Havia um de Colombo. 3. Por baixo do cobertor. 4. Princípio de esófago; Transpirar. 5. A memória aleatória dos computadores; Mistura. 6. Ácido aminolevulínico; As vogais desordenadas. 7. Nota musical; Extra-terrestre; Bata. 8. Deslocação de cá para lá; r em grego; o contrário de vir. 9. Ecoa (invert.); Obstar. 10. Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia; Cadeia de montanhas.

### Verticais

1. Ultrasonografia. 2. Sódio; Com asas. 3. Situação embaraçosa; Aspirina truncada. 4. Poemas em estrofes semelhantes pelo número e medida dos verbos. 5. 10-9m. 6. Tecla para abandonar as aplicações no computador; pronome pessoal; Observações (abrev.). 7. Os constituintes do esqueleto; Olha. 8. Resultado de problema; Caminhar para lá. 9. Tornar mais leve. 10. Faleça; Engana-se.

Horizontal: 1. Endonews; 2. Cadeiras; 3. Ovos; 4. Escal; 5. Suan; 6. R.M. Mesclia; 7. Faleça; 8. Engana-se. Vertical: 1. Ecografia; 2. Ne; 3. Dilema; 4. Asp; 5. Nandme-; 6. Esc; 7. Ossos; 8. Solução; 9. Aliviar; 10. Morra; Erra.

# Agenda

## **2º Curso de Endoscopia Digestiva - IV Reunião Nacional da SPED**

Coimbra, 3 e 4 de Abril de 2003

Tel: 217939434

## **6ªs Jornadas de Doenças Infecciosas na Clínica Geral**

Lisboa, 3 e 4 de Abril de 2003-03-19

Tel: 217951153

## **XII Jornadas de Administração Hospitalar**

### **“A empresarialização do Hospital Público Português”**

Lisboa, 10 e 11 de Abril de 2003

Tel: 217512120

## **IV Jornadas de Pneumologia em Medicina Familiar**

Lisboa, 8 e 9 de Maio de 2003-03-19

Tel: 217951153

## **II Jornadas de Farmacovigilância do Centro**

Coimbra, 9 e 10 de Maio de 2003

Tel: 239851830

## **XIV Jornadas de MGF do Distrito de Santarém**

Santarém, 30 e 31 de Maio de 2003

Tel: 249313838

## **XXIII Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva**

Porto, 4 a 7 de Junho de 2003

## **IV Congresso Nacional de Queimados**

Carvoeiro, 5 a 7 de Junho de 2003

Tel: 239400669

## **I Congresso Internacional de Acupuntura Médica da Sociedade Portuguesa Médica de Acupuntura**

Porto, 6 e 7 de Junho de 2003

Tel: 229408284

## **I Jornadas de Medicina Familiar de Setúbal**

Sesimbra, 6 a 8 de Junho

Tlm: 936513051

## **WONCA Europe 2003 9th Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine**

Eslovénia, 18 a 21 de Junho de 2003

## **I Jornadas de Cardiologia em Medicina Familiar dos Açores e Continente**


Lisboa, 20 e 21 de Junho

Tel: 217951153

## **IX Jornadas de Medicina Gastroenterológica a Sul do Douro Encontro de Gastroenterologia e Clínica Geral**

Espinho, 26 e 27 de Setembro de 2003

Tel: 227842875



Qualidade de vida  
num abrir