



## Prof. Diniz Freitas Saúde não pode basear-se em critérios economicistas



XXIV Congresso Nacional  
de Gastrenterologia e  
Endoscopia Digestiva

### Dr. Pedro Amaro

Diagnóstico, terapêutica  
e vigilância dos doentes  
com pólipos do cólon e recto

### Prof. Claudio Fiocchi

Dos genes à cura

### Cândida Cruz - APDI

Doentes pedem apoio

Sondagem europeia sobre cancro do cólon  
Portugueses são dos  
que mais sofrem

# Rastreio do cancro do cólon e recto Recomendações da SPED

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

## População de risco padrão

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

## População de risco aumentado

O risco individual de CCR é afectado pelo número de parentes com CCR ou adenomas, pelo grau de parentesco e pela idade desses familiares, pelo que propomos um programa de rastreio estratificado em função do risco familiar e consideramos dois subgrupos:

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

## População de alto risco

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



*Tino, mascote da Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon e recto*

## O ENDOnews errou

**Dr. António Caldas**  
Director do Serviço de Gastrenterologia  
do Hospital S. Teotónio de Viseu

Na edição anterior, o ENDOnews nomeou incorrectamente o Dr. António Francisco Pires E. Caldas, Director do Serviço de Gastrenterologia do Hospital S. Teotónio de Viseu. A todos os leitores e, muito em particular ao Dr. António Caldas, o ENDOnews apresenta sentidos pedidos de desculpa.

## Sumário

Editorial	5
<b>Prof. Nobre Leitão</b>	
<b>O que ELES dizem</b>	7
<b>Outras fotos</b>	7
<b>XXIV Congresso Nacional de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva</b>	8
<b>ENDOnews recomenda</b>	9
<b>Diagnóstico, terapêutica e vigilância dos doentes com pólipos do cólon e recto</b>	10
Dr. Rui Cernadas	
<b>Porque não evitar o que conhecemos?</b>	13
Casos Reais	
<b>Hemorragia digestiva por AINE</b>	15
Entrevista com o Prof. Diniz Freitas	
<b>Saúde não pode basear-se em critérios economicistas</b>	16
Cancro do Intestino é o que mais mata na Europa	
<b>Portugueses conhecem a doença mas são dos que mais morrem</b>	18
Entrevista com Cândida Cruz, presidente da APDI	
<b>Doentes pedem apoio</b>	21
Entrevista com o Prof. Claudio Fiocchi	
<b>Dos genes à cura</b>	22
<b>DRGE na web</b>	23
Endo Club Nord	
<b>Novos padrões de qualidade para a endoscopia</b>	25
Saúde XXI	
<b>Candidatura da SPED com parecer favorável</b>	27
<b>Casos endoscópicos</b>	28
Por iniciativa da IDCA e CRPF	
<b>Um "tour" educativo por 20 cidades americanas</b>	29
<b>Dieta mediterrânica</b>	30

## Ficha Técnica

### ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Nº7 • Outubro-Dezembro 2003

### Director

Prof. Dr. Carlos Nobre Leitão

### Coordenador Editorial

Dr. J. E. Pina Cabral

### Colaboradores

Dr. António Dias Pereira; Prof.ª Dr.ª Isabel Braizinha; Dr. José Manuel Soares; Dr. Leopoldo Matos; Prof.ª Dr.ª Luciana Couto; Dr. Rui Cernadas; Dr. Rui Nogueira

### 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

Heska Portuguesa - Indústrias Tipográficas, SA - Sintra

### Tiragem

13.500 exemplares

## Editorial

COMO TODOS SABEM, SOB A PRESIDÊNCIA da Dr<sup>a</sup> Paula Alexandrino, a SPED teve a excelente iniciativa de lançar uma campanha de prevenção do cancro do cólon e recto em 1998. Esta decisão teve fundamentos bem conhecidos de todos - a frequência crescente desta patologia e o reconhecimento que o rastreio é o instrumento mais adequado para determinar uma redução significativa da incidência e mortalidade induzidas por esta doença. Acresce ainda, que o rastreio do carcinoma do cólon e recto tem uma relação custo-benefício muito superior a qualquer dos rastreios hoje aceites - mama e colo do útero - e admite-se também a possibilidade de ser o único rastreio capaz de induzir uma poupança de meios financeiros para o financiador do sistema de saúde. Esta campanha teve como objectivos iniciais sensibilizar a população portuguesa e os nossos colegas para os benefícios do rastreio do carcinoma do cólon e recto. Tinha ainda um aspecto mais lato, de promoção da gastroenterologia e dos gastroenterologistas. Podemos afirmar hoje, que apesar das dificuldades, aqueles objectivos foram alcançados com uma eficácia significativa.

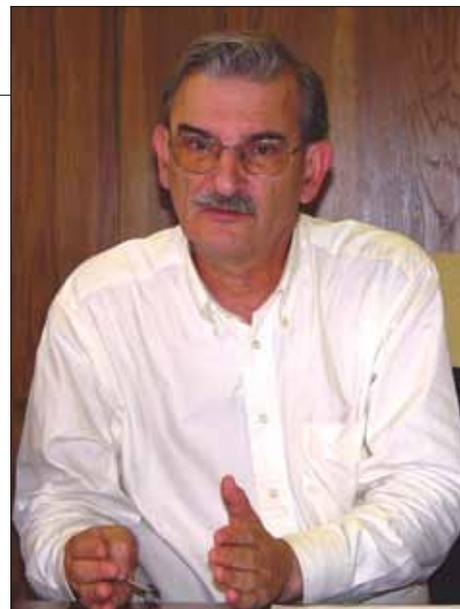
A população portuguesa tem um conhecimento desta doença e dos aspectos relacionados com o rastreio, superior à média europeia, como recentemente foi apresentado em Madrid durante a UEGW-2003 e este conhecimento é unicamente resultante do nosso trabalho, que foi depois amplificado por iniciativas de numerosos sócios, quer com acções concretas de rastreio, quer com iniciativas de divulgação junto dos nossos colegas especialistas de Medicina Geral e Familiar, que desde cedo apoiaram e nos incentivaram à continuação da nossa iniciativa. Por outro lado, todos sentimos na nossa prática diária, cada vez mais solicitações sobre o rastreio e, deste modo, a gastroenterologia e os gastroenterologistas ocuparam um espaço

maior, não só na comunidade, mas também junto dos nossos colegas de profissão. Estamos por isso mais motivados para continuar o nosso trabalho, pois sabemos bem que para incorporar novos procedimentos e novas atitudes se exige uma continuidade firme de acções ao longo do tempo.

Uma campanha como a do rastreio do carcinoma do cólon e recto, exige a definição de uma estratégia a médio e longo prazo, flexível de acordo com o que se vai conseguindo e para tal são necessários instrumentos de medida como a sondagem pública que acima referimos. Outras acções neste sentido estão em curso e oportunamente os seus resultados serão divulgados. O que não devemos ou podemos aceitar, sob pena de comprometer ou fragilizar a gastroenterologia, são gestos voluntaristas, sem projecto ou estratégia, que apenas prosseguem aspectos individuais e não institucionais. Nunca a SPED pode ter atitudes que a afastem dos seus sócios, ou de decisões ampla e abertamente debatidas nas suas reuniões. O contributo de todos é sempre indispensável.

Neste momento, paralelamente com a informação adequada ao público em geral sobre os benefícios do rastreio e a divulgação junto dos nossos colegas, dos fundamentos que sustentam as diferentes estratégias de rastreio, é necessária uma atitude de esclarecimento sobre as razões do não desenvolvimento do rastreio entre nós. Esta atitude é necessária, porque é justa, coloca as responsabilidades no seu devido lugar e defende todos os colegas, gastroenterologistas e médicos de Medicina Geral e Familiar das inúmeras questões que grande número de cidadãos continuamente nos colocam.

Os gastroenterologistas conhecem bem estas razões e em entrevista recente que demos ao Expresso, procurámos explicitá-las: um plano oncológico mal redigido e que não passa de



*Prof. C. Nobre Leitão*

um texto escrito num Diário da República, sem qualquer expressão em termos de acção e a defesa fundamentalista pelas autoridades de saúde, de uma metodologia que não está disponível em Portugal - o Hemocult II - e de outra, cuja acessibilidade pelos portugueses do SNS é quase nula - a colonoscopia. Esta verdade que eu então citei ao Expresso, foi desmentida na mesma entrevista pelo Gabinete do Sr. Ministro da Saúde. É óbvio que o que dissemos é verdade. Só esperamos que o referido Gabinete não venha a público reafirmar o contrário, sob palavra de honra.

Portugal tem uma frequência crescente de doentes e mortes por cancro do cólon e recto. É um problema sério e grave que exige uma postura diferente dos desmentidos que faltam à verdade, ou da propaganda do oásis em jornais diários. Sabemos que em cada ano surgem cerca de 5.000 novos doentes com carcinoma do cólon e recto, o que em 5 anos origina perto de 25.000 doentes, com repercussões muito negativas nos seus familiares próximos, que estimamos em perto de 100.000 cidadãos. É esta a dimensão da tragédia em relação à qual as autoridades de saúde nada fazem. Nós nunca permaneceremos indiferentes.

Esperamos que a quadra natalícia que vivemos, traga lucidez e dimensão humana às decisões necessárias e urgentes.

A todos os colegas e famílias desejamos um Santo Natal e um Feliz Ano Novo.

# O que ELES dizem



## Mota Amaral

Presidente da Assembleia da República

Em Portugal, a incidência do cancro do cólon é elevada.

Sabe-se, porém, que a detecção precoce da doença reduz significativamente a morbilidade e o risco de vida. Impõe-se um esforço geral para vencer esta doença e assim melhorarmos a qualidade de vida dos portugueses e das portuguesas.

São úteis (e cada vez mais justificadas) estratégias preventivas ao nível dos cuidados de saúde.

A campanha “PREVENIR É SABER VIVER” da SPED é uma boa oportunidade para lembrar muitos aspectos importantes da prevenção.



## Luciana Couto

Professora de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto



## António Caldas

Gastroenterologista do Hospital de S. Teotónio, Viseu

Atendendo à incidência e ao elevado número de mortes por neoplasia do cólon, o rastreio deveria fazer parte da política nacional de prevenção. Deveria haver uma preocupação de política de Saúde no sentido do rastreio total.

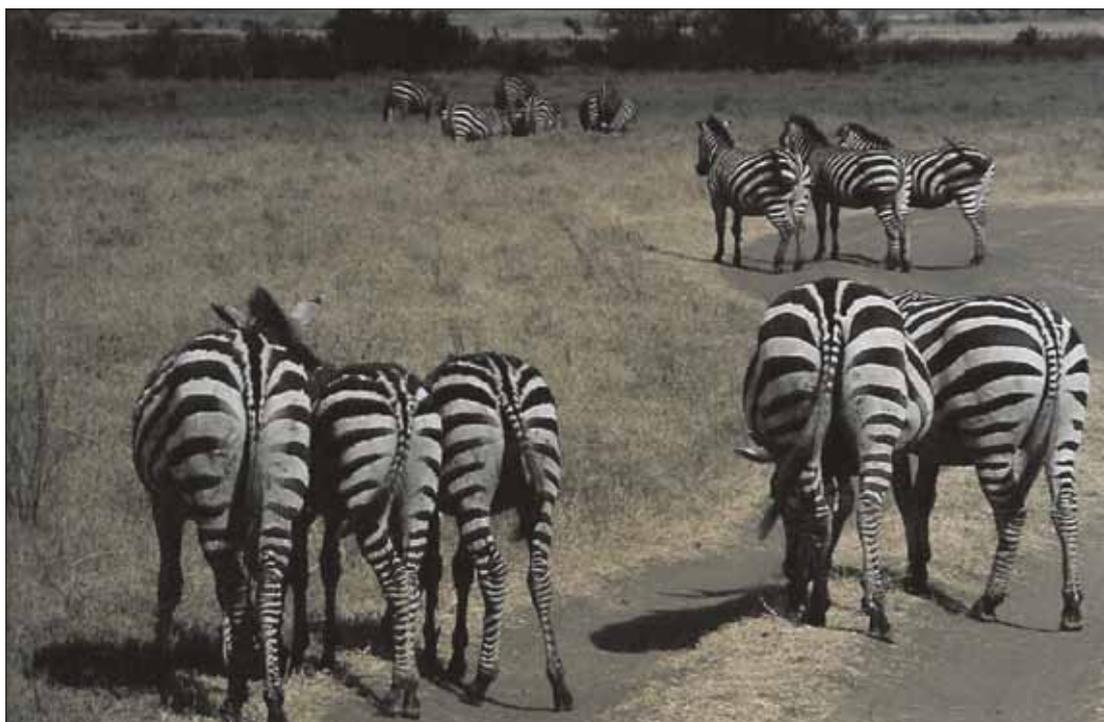
A procura de solução dos problemas de saúde deve, à luz do espírito original dos cuidados primários de saúde, ser orientada para uma resposta clínica curativa e preventiva. Actualmente, diria mesmo que implicando uma exigência de aplicação de “anticipatory care” (cuidado antecipado).



## Rui Cernadas

Clínico Geral

## Outras fotos



Este é um espaço para publicação da sua fotografia favorita. Envie-nos a sua imagem (em papel, slide ou suporte informático) para:

ENDOnews

Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier  
1500-369 Lisboa

E-mail: [endonews@vfbm.com](mailto:endonews@vfbm.com)

**Participe!**

**Famílias com risco: rastreio obrigatório!;** *por João Trindade*

# Figueira da Foz 2004

## XXIV Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva



O TEMPO CORRE TÃO DEPRESSA QUE NÃO É desproporcionado afirmar que o nosso próximo Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva está à porta. E se o tempo corre depressa, então não há tempo a perder. Assim sendo, é com muito prazer que anuncio que o XXIV Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva irá efectuar-se de 2 a 5 de Junho de 2004 na Figueira da Foz e que a Comissão Organizadora está, desde há algum tempo, a trabalhar na estrutura e no programa deste nosso tão importante evento científico.

No primeiro dia, 2 de Junho, terá lugar o Curso Pós-Graduado com o tema Métodos de Diagnóstico em Gastroenterologia: novas perspectivas. O objectivo essencial deste Curso é de exercitar um ponto da situação quanto ao que há de novo e/ou o que está em desenvolvimento no âmbito do diagnóstico das doenças do tracto gastro-intestinal, do fígado, do

pâncreas e das vias biliares. Para tal, entendemos que, por um lado, os avanços aliciantes da biologia molecular, da imunologia e da genética e, por outro, o desenvolvimento impressivo das técnicas de imagem, impõem um pressuposto e uma marca multidisciplinares para a consecução do Curso.

Temos esperança que - quer pela actualidade dos temas, quer pela competência dos convidados nacionais e estrangeiros - este Curso será um contributo importante para a aprendizagem, para a actualização e, em última análise, para a formação dos especialistas e dos internos da especialidade nesta vertente da Gastroenterologia tão cheia de dificuldades, mas também tão dinamicamente evolutiva, como é o acto de formular o diagnóstico. Nos dias seguintes desenrolar-se-á o programa científico geral do Congresso.

Diversos simpósios e conferências estão a ser elaborados tendo, nos respectivos temas,

entre outros, dois objectivos essenciais: por um lado, um intuito de desenvolver o que está em destaque ou o que se perspectiva de avanços e de progresso; por outro, um propósito avaliador crítico da aplicabilidade da matéria de alguns desses temas à realidade portuguesa. Para mais, dedicaremos um espaço generoso às comunicações orais e não serão esquecidas as sessões de vídeo e de instantâneos endoscópicos. Ainda neste Congresso reservaremos um espaço para casos clínicos seleccionados. Desta maneira, o figurino do evento segue o que tem sido tradicional. Pensamos que, nas circunstâncias actuais, não será prudente pôr em marcha alterações profundas na estrutura do evento. O que se pode é inovar ou enriquecer naquilo que é relativo ao programa científico, tornando-o apelativo e formativo para aqueles que nele participarão. É neste ponto de vista que dedicaremos os nossos esforços.

No entanto, como outros, entendemos que nos dias de hoje, há uma absoluta necessidade de um amplo debate no sentido de pôr em prática soluções que valorizem cada vez mais o nosso Congresso. Na verdade, o Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva é a reunião principal dos gastroenterologistas portugueses. Nele, de um modo abrangente e harmonioso, devem ser tratados temas que fazem parte integrante da nossa especialidade nos seus aspectos multifacetados, isto é, desde as técnicas endoscópicas até à patologia do tracto gastro-intestinal, do fígado, do pâncreas e das vias biliares. Mais a mais não há que descurar a realidade das íntimas conexões e interligações clínicas que a Gastroenterologia possui com outras especialidades ou disciplinas.

## Urgências em Coloproctologia

Editor: J. M. Romãozinho

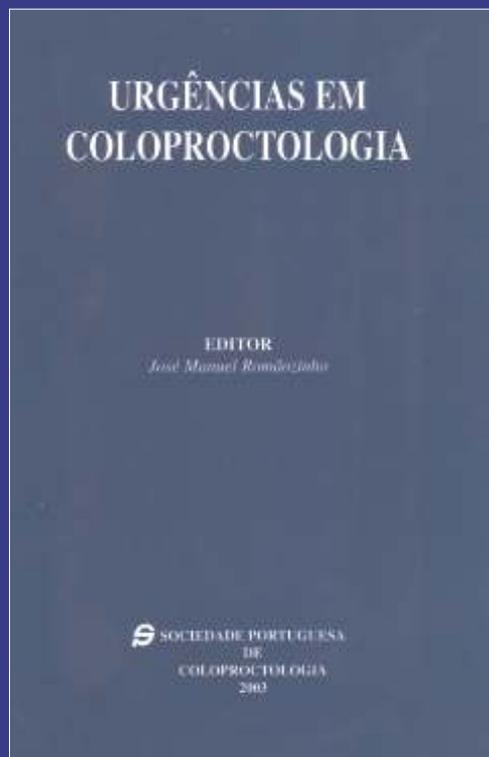
Sociedade Portuguesa de Coloproctologia

Estes propósitos de valorizar a reunião primeira dos gastroenterologistas portugueses devem, em nosso entender, estar sempre presentes. O problema, por muitos reconhecido, é o de que, no contexto actual, a multiplicidade de reuniões de diversa índole e a dispersão dos apoios respectivos criam alguns condicionamentos e limitações à organização do evento científico anual que reúne as diversas sensibilidades da nossa família gastroenterológica. É com este ângulo de visão que, em nosso entender, a Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (SPG) e a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) devem, em cooperação e em conjugação com os respectivos núcleos e associações, analisar numa perspectiva da realidade nacional (e sem a transposição automática de modelos estrangeiros) aquilo que do ponto de vista organizativo e científico mais interessa à formação dos seus sócios, directrizes científicas formativas estas que, aliás, estão bem explicitadas nos Estatutos da SPG e SPED.

Mas vamos deixar estes aspectos mais polémicos para uma altura mais apropriada.

Hoje, queria convidar os(as) Gastroenterologistas e, também, todos aqueles (clínicos ou não-clínicos) ligados a especialidades ou disciplinas com pontes de contacto com a Gastroenterologia, a estarem presentes na Figueira da Foz (2 a 5 Junho de 2004), cidade com uma envolvimento e características muito particulares. Contamos, ainda, que não se esqueça de enviar os seus trabalhos científicos (data limite: 29 de Março de 2004), facto que, sem dúvida, irá enriquecer e valorizar o nosso Congresso Nacional.

*Prof. Doutor Carlos Sofia  
Presidente do Congresso*



Esta obra, recentemente editada, é, nas palavras do Prof. J. M. Romãozinho (Editor e Presidente da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia), destinada fundamentalmente aos formandos nas áreas de gastroenterologia e da cirurgia geral e digestiva, bem como aos clínicos gerais. Trata-se de um conjunto organizado de textos com um carácter assumidamente didáctico, privilegiando a abordagem prática (mas também compreensiva) dos temas tratados. Colaboraram todos os membros da Direcção da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia e tem o patrocínio da "Dr. Falk Pharma Portugal".

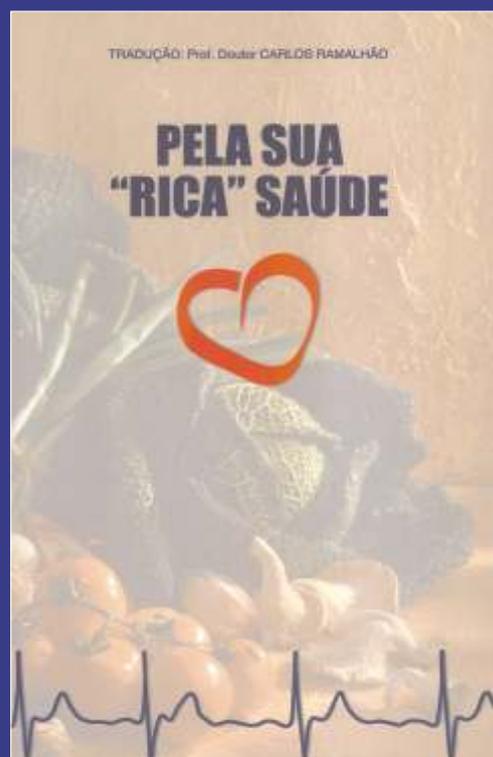
## Pela Sua "Rica" Saúde

Tradução: Carlos Ramalhão

Tradução da obra original "Your Good Health" de Bob Montgomery e Laurel Moris, esta obra traduzida pelo Prof. Carlos Ramalhão, aborda os principais estilos de vida saudável, alguns dos seus desvios e os modos pacíficos de os combater.

Refere o Prof. Cerqueira Gomes, no prefácio, que "a educação do doente e das populações, quer no aspecto preventivo quer no campo terapêutico, são um objectivo que merece cada vez maior atenção dos prestadores de cuidados médicos", sendo nesta linha que se enquadra o livro.

Publicado e distribuído com o apoio dos Laboratórios Bial.



# Endoscopia e pólipos do cólon I

## Diagnóstico, terapêutica e vigilância dos doentes com pólipos do cólon e recto

O CANCRO COLO-RECTAL (CCR) É UMA DAS neoplasias malignas de maior incidência no Mundo Ocidental. Em Portugal a mortalidade por CCR tem aumentado significativamente nas últimas décadas, tendo-se tornado inclusive a principal causa de morte por cancro segundo dados de 1999.

Embora fosse desejável a adopção de uma estratégia de prevenção primária que produzisse efeitos sobre os mecanismos iniciais da carcinogénese, os estudos intervencionais têm relevado resultados pouco consistentes pelo que, nesta matéria, as recomendações cingem-se actualmente a orientações gerais sobre a dieta e estilo de vida que, sendo seguramente importantes, enfrentam resistências que dificultam a sua adopção alargada e limitam o seu possível impacto na etiopatogenia da doença.

Uma outra abordagem do problema assenta no razoável conhecimento da história natural do CCR, nomeadamente no que concerne à existência de lesões pré-malignas com um longo período de evolução para carcinoma invasivo, permitindo uma janela de oportunidade para uma prevenção secundária centrada no diagnóstico e tratamento precoces das lesões pré-malignas do CCR. Para o efeito é da maior relevância que a endoscopia digestiva permita o acesso a estas lesões, iterativo se tal for necessário, mediante procedimentos relativamente pouco invasivos e com potencialidade simultaneamente diagnóstica e terapêutica. A maioria das lesões pré-malignas do CCR são facilmente identificáveis como formações proclivadas no lúmen digestivo denominadas pólipos. Os pólipos podem ser classificados em neoplásicos ou não-neoplásicos, sendo que apenas os neoplásicos - os adenomas - são relevantes, pois deles resulta a maioria dos CCR. A conjugação dos resultados de diversos estudos sugere que uma estratégia baseada no rastreio, diagnóstico e tratamento das lesões pré-malignas do CCR pode reduzir a mortalidade por CCR. Estes aspectos, bem como o acom-

panhamento posterior dos portadores destas lesões, serão o objecto deste texto. Os fundamentos e metodologias do rastreio populacional que conduz ao diagnóstico precoce, se bem que ocupando um papel nuclear nesta problemática, não serão aqui abordados.

Os pólipos condicionam sinais ou sintomas inespecíficos e que ocorrem de forma pouco frequente (ocasionalmente hemorragia digestiva baixa ou, raramente, sintomas de sub-oclusão intestinal), pelo que são habitualmente diagnosticados de forma incidental durante a investigação de queixas que não são por eles determinadas ou, em alternativa, no âmbito de rastreio do CCR em indivíduos assintomáticos. O diagnóstico dos pólipos do cólon e recto pode ser efectuado por métodos endoscópicos ou imagiológicos (clister opaco, tomografia computadorizada), tendo presente que os primeiros (sigmoidoscopia flexível, colonoscopia) são mais sensíveis e permitem a realização de um diagnóstico histopatológico.

A orientação de um doente com pólipos do cólon e recto deve centrar-se em quatro aspectos principais: a definição da natureza do pólipo, o seu tratamento, a decisão de proceder à exploração completa do cólon (realização de colonoscopia total) e a eventual instituição de um protocolo de seguimento após excisão das lesões existentes.



Adenoma viloso de grandes dimensões

A avaliação histopatológica destrinça pólipos adenomatosos (neoplásicos) de pólipos não-neoplásicos. O adenoma é, por definição, uma lesão displásica, cuja severidade deve ser graduada em displasia de baixo ou alto grau; deve ainda ser classificado consoante a importância relativa do componente viloso (adenoma tubular < 25%; adenoma tubuloviloso 25-75%; adenoma viloso > 75%). Outros aspectos relevantes a ter em consideração são o número, dimensão (pólipos pequenos < 1 cm; pólipos grandes > 2 cm), morfologia (pediculado, semi-pediculado ou sésseis) e localização dos pólipos. A probabilidade de desenvolvimento de CCR associada aos adenomas varia com as suas características anatomo-patológicas, considerando-se um adenoma de risco aquele que apresente um dos três aspectos seguintes: dimensões iguais ou superiores a 1 cm, um componente viloso relevante ou displasia de alto grau.

Esta caracterização histopatológica é possibilitada pela excisão endoscópica do pólipo, primeiramente com intuítos diagnósticos mas que é também simultaneamente terapêutica na maioria das situações. Se nos pólipos pequenos, em especial naqueles com < 5 mm, é frequente a excisão total ou parcial por pinça de biópsias, na maioria das lesões, em especial as de maiores dimensões, procede-se a polipectomia com ansa diatérmica. A ressecção endoscópica de pólipos de maiores dimensões, especialmente quando sésseis, pode ser tecnicamente mais difícil, por vezes fragmentada, aumentando assim o risco de uma excisão incompleta; por este motivo recomenda-se a revisão endoscópica a curto prazo (3 a 6 meses), excisando-se eventual lesão residual e repetindo-se este procedimento até à ressecção completa. Se tal não for alcançado, deve-se promover a sua exérese cirúrgica. A repetição precoce da colonoscopia está também indicada após excisão de pólipos múltiplos, de pólipos malignos ou quando a colonoscopia não tenha

sido completa ou tecnicamente adequada (por exemplo, por preparação intestinal deficiente prejudicando a observação). Designa-se pólipo maligno um adenoma com células cancerosas que penetram através da muscular da mucosa invadindo a submucosa. Considera-se que a ressecção endoscópica de um pólipo maligno foi potencialmente curativa quando estão reunidos os seguintes critérios: o pólipo ser ressecado completamente e sem fragmentação; tratar-se de um adenocarcinoma bem ou moderadamente diferenciado, não produtor de muco; ausência de permeação vascular ou invasão da margem de ressecção. Caso tal não aconteça, a indicação cirúrgica ser ponderada tendo em conta a idade, a co-morbilidade e os riscos inerentes à cirurgia face ao risco de morte por doença neoplásica residual ou metastática.

A eventual necessidade de efectuar colonoscopia total é uma questão que se coloca quando se diagnostica um pólipo e só se explorou um segmento distal do cólon, seja por se tratar apenas de uma sigmoidoscopia flexível de rastreio do CCR, seja por não ter sido possível atingir o pólo cecal. Esta questão é pertinente por se saber que indivíduos com adenomas no cólon distal têm uma incidência de adenomas síncronos proximais (eventualmente adenomas de risco) que varia de 30 a 50%.

Por último, um protocolo de seguimento pós-polipectomia justifica-se pelo facto destes indivíduos - com adenomas poderem ter lesões síncronas não diagnosticadas na avaliação inicial ("missed polyps") e ainda por serem propensos ao desenvolvimento posterior de lesões "de novo" (metacrónicas).

Tendo em conta os aspectos acima referidos, um conjunto de recomendações tem vindo a ser proposto, nomeadamente em Portugal pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva que adapta as emanadas pelo American College of Gastroenterology, com as quais é possível traçar uma abordagem pragmática e operacional dos pólipos do cólon e recto que seguidamente se esquematiza:

1. Pólipos não neoplásicos não carecem de colonoscopia total nem de vigilância pós-polipectomia.
2. Adenomas pequenos (< 1 cm), na ausência de características de risco (adenomas



Polipectomia endoscópica de pequeno pólipo do cólon transverso

tubulares com displasia de baixo grau):

- a. Se em número de 1 ou 2, provavelmente não justificam a realização de colonoscopia total com vista ao despiste de lesões associadas no cólon proximal. De igual modo, parecem não justificar um seguimento diferenciado relativamente ao proposto para a população de risco padrão (sigmoidoscopia flexível de 5 em 5 anos). Esta abordagem é especialmente válida para o idoso com co-morbilidade. Contudo, há quem defenda ainda assim a indicação de colonoscopia total e seguimento com colonoscopia de 5 em 5 anos. Esta abordagem mais interventiva preconiza-se seguramente em indivíduos com familiar de 1º grau com CCR e, eventualmente, no indivíduo jovem e saudável que deseje minimizar o seu risco individual de CCR.
  - b. Se em número igual ou maior a 3, a colonoscopia total está indicada face a uma incidência aumentada de adenomas de risco de localização proximal.
3. Adenomas de risco exigem sempre a realização de colonoscopia total.
  4. Doentes com adenomas múltiplos (igual ou maior a 3), adenomas de risco ou com um familiar de 1º grau com CCR, devem efectuar 1ª colonoscopia de vigilância aos 3 anos; se negativa, deverá ser repetida de 5 em 5 anos.
  5. Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos face à descoberta de novos pólipos devem ser adequados às características dos mesmos; a vigilância subsequente de-

ve igualmente ser ajustada em função dos parâmetros anteriormente expostos.

6. O abandono dos protocolos de vigilância deverá ser ponderado em função da idade, preconizando-se genericamente a idade limite de 75 anos que, no entanto, pode naturalmente ser ajustada ao estado geral e patologia associada do indivíduo.

Importa ressaltar que estas considerações e a abordagem proposta se cingem ao adenoma / CCR esporádico. As situações hereditárias (polipose adenomatosa familiar, síndrome de Lynch) carecem de uma abordagem distinta com especial ênfase na história familiar e preferencialmente dirigida por centros de referência. Não obstante, mesmo na ausência de história familiar, convém ter presente que portadores de adenomas com idade igual ou inferior a 40 anos podem apresentar uma mutação dos genes de reparação do ADN, nomeadamente se a avaliação da instabilidade de microsátélites no pólipo for positiva e de alto grau.

Os familiares de doentes com adenomas, sobretudo tratando-se de um adenoma de risco ou quando o diagnóstico é efectuado antes dos 60 anos, devem ser aconselhados a efectuar rastreio e vigilância com colonoscopia a iniciar-se 5 anos antes da menor idade de diagnóstico do adenoma na família ou cerca dos 40-45 anos de idade (conforme o que ocorrer mais cedo) sendo a periodicidade da vigilância posteriormente ajustada aos achados da colonoscopia.

*Dr. Pedro Amaro*

*Assistente de Gastrenterologia dos HUC*

# Porque não evitar o que conhecemos?

O FACTO DE SERMOS MÉDICOS, ACREDITO, deve obrigar-nos a uma postura e a um raciocínio perante a vida que, senão mais responsáveis, serão concerteza mais informadas e verdadeiras.

Isto vem a propósito da constatação do pedido de tantos doentes, alarmados e preocupados, com a eventual acção infecto-contagiosa de agentes patogénicos, sobretudo de natureza vírica, que os assustam e a todos ameaçam.

A ideia de não haver vacinas disponíveis, é dramática como se sabe com o VIH e a SIDA.

Com a gripe, por exemplo, o que sucedeu com a administração para a época 2003/2004, prova a falibilidade das melhores previsões...

Pensava nisto e, de mão na consciência, e caneta na outra, dei comigo a alinhar estas notas. Com efeito, porque não evitar o que conhecemos e que só depende da nossa atitude clínica?

Falo do problema do consumo vastíssimo dos anti-inflamatórios não esteróides (AINE) que, só em Portugal e à conta de prescrição médica, excede anualmente os 12 milhões de embalagens!

Estimando-se que de 20 a 25% desses consumidores possam sofrer de impacto variável de toxicidade digestiva, aí temos a dimensão da gravidade.

As complicações mais danosas, como a hemorragia ou a perfuração, podem ocorrer sem sintomatologia prévia, sendo a mortalidade associada considerável.

A via de administração do AINE não reduz a agressividade e a sua toxicidade está ligada à

acção inespecífica sobre a cascata do ácido araquidónico e, em especial, sobre a a ciclooxigenase-1, responsável pela produção de prostaglandinas de defesa e outras funções "fisiológicas".

Naturalmente há situações em que o risco ligado ao consumo de AINE cresce. São os casos da idade, do passado digestivo com antecedentes de úlcera péptica, as doenças associadas (em especial cardiovasculares, hepáticas e renais), a terapêutica anti-coagulante ou a mera presença de ácido acetilsalicílico (mesmo em baixas doses é um potente inibidor da COX-1) ou, finalmente, o tratamento com corticosteróides.

Os coxibes são inibidores selectivos da COX-2, quase diria concebidos para dar um passo no sentido do AINE ideal.

Demonstraram inequivocamente menor incidência de úlcera gástrica e duodenal e de sintomas dispépticos, beneficiando ainda duma ausência de efeitos sobre a plaqueta.

Em termos de segurança digestiva, alargaram sem dúvida o leque de doentes nos quais se pôde passar a usar AINE, devendo por conseguinte em todos os outros ser fármacos de preferência.

A sua eficácia é sobreponível, senão melhor em termos de índices de recuperação funcional, aos não selectivos e antigos anti-inflamatórios.

A questão coloca-se, em minha opinião, quando se discute profilaxia primária, nos doentes sem factores de risco identificados.

Mas que sentido faz agora essa profilaxia, seja feita com o misoprostol ou os inibidores da bomba de protões, em co-administração?



Dr. Rui Cernadas

Será que em farmacologia passou a ser melhor ou mais correcto usar mais fármacos, com maior risco de efeitos secundários e de interacções, e de repercussão na adesão dos doentes?

Pela segurança? Que segurança?

O Prof. Massano Cardoso apresentou dados sobre as admissões hospitalares por hemorragia digestiva alta, dos grandes hospitais portugueses, e concluiu que as percentagens de consumo de AINE, era para os dois sexos, elevadíssima: um pouco menos de 70% nos homens e mais de 75% nas mulheres.

Mas concluiu mais: 13% desses doentes, internados por hemorragia digestiva alta, faziam protectores gástricos em co-administração com os AINE.

Ou seja, a medida de "profilaxia" não foi tão segura, antes se assemelhando a um autêntico preditor de risco!

Acabo como comecei.

Porque não evitar o que conhecemos?

Mesmo sabendo que amanhã dispostemos de outras respostas. A seu tempo...

## Casos Reais

# Hemorragia digestiva por AINE

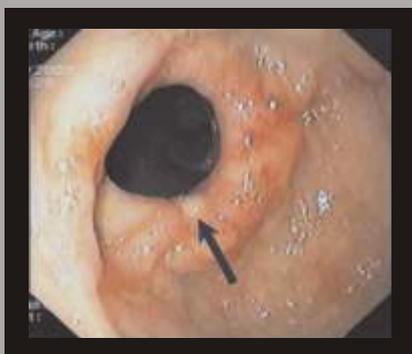


Fig. 1- Imagem endoscópica do antro gástrico, mostrando lesões erosivas e pequena úlcera no canal pilórico (seta)



Fig. 2 - Úlcera na face anterior do bolbo, com hemorragia activa moderada



Fig. 3 - Imagem da úlcera bulbar após terapêutica (sem hemorragia activa)

APG, 73 ANOS, DIABÉTICO E HIPERTENSO, recorreu ao Serviço de Urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra por melenas ocorridas após toma de anti-inflamatório não esteróide e ácido acetilsalicílico por infecção de tecidos moles.

À entrada na urgência apresentava hemoglobina de 6,3 gr/dl e instabilidade hemodinâmica com hipotensão arterial.

A endoscopia digestiva alta então realizada revelou a presença de úlceras e erosões gástricas (sem estigmas de hemorragia recente) e úlcera duodenal com hemorragia activa. Foi implementada terapêutica hemostática endoscópica, obtendo-se jugulação da hemorragia.

Foi internado na Unidade de Cuidados Inten-

sivos de Gastreenterologia. Fez transfusão de glóbulos vermelhos, num total de 4 unidades, e iniciou terapêutica endovenosa com inibidor da bomba de protões.

O controlo endoscópico realizado 3 dias após a admissão, detectou diversas lesões erosivas e ulcerativas gástricas (Fig. 1). Permitiu, ainda, observar recidiva hemorrágica de baixo débito com origem na úlcera bulbar (Fig. 2).

Foi repetida a terapêutica endoscópica, com injeção de adrenalina 1/10.000 e álcool absoluto. Obteve-se, de novo, hemostase imediata (Fig. 3).

Boa evolução clínica e laboratorial posterior, com alta hospitalar ao cabo de alguns dias.

*Drs. Manuela Ferreira,  
Carlos Gregório e Pina Cabral*

## Comentário

O CASO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA AGUDA, ACIMA RELATADO, SUSCITA OS seguintes comentários:

- 1) Internamento na Unidade de Cuidados Intensivos de Gastreenterologia (UCIGE) - em resultado da idade do doente (> 70 anos), mas também, e sobretudo, da severidade do episódio hemorrágico inicial (hipotensão, instabilidade hemodinâmica, Hb < 9 gr/dl), da presença de um estigma endoscópico major de hemorragia ulcerosa (sangramento activo) e da existência de patologia associada significativa (diabetes, hipertensão arterial);
- 2) Evolução da situação na UCIGE - diversa da geralmente associada às lesões agudas sangrantes por AINE (as quais apresentam habitualmente um excelente prognóstico, já que nelas é muito pouco frequente a ocorrência de fenómenos de recorrência da hemorragia), apontando a favor do "carácter crónico" da úlcera duodenal que esteve na origem do acidente hemorrágico;
- 3) Erradicação do *Helicobacter pylori* - iniciada precocemente (coincidindo com a retoma da alimentação oral), tendo em vista a cicatrização completa da úlcera duodenal sangrante e a prevenção de episódios hemorrágicos futuros;
- 4) Administração continuada de um inibidor da bomba de protões - se a toma de AINE persistir, no sentido de minimizar o surgimento ulterior de lesões agudas hemorrágicas do tracto digestivo proximal.

*Prof. José Manuel Romãozinho*

## Entrevista com o Prof. Diniz Freitas

# Saúde não pode basear-se em critérios economicistas



Os médicos de família constituem o suporte fundamental da política de saúde do nosso país mas é necessário que tenham, na retaguarda, unidades de apoio clínico altamente apetrechadas, com recursos à altura de poderem garantir aos seus doentes o melhor tratamento final possível, defende Diniz Freitas, Director do Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. O especialista manifesta, no entanto, a sua ansiedade relativamente ao problema da renovação dos quadros, tanto na Gastrenterologia como na Medicina Geral e Familiar, considerando que a entrada de não-especialistas nos centros de saúde constitui «um erro crasso». Uma das consequências mais imediatas seria o envio para as unidades mais diferenciadas de doentes que deveriam estar sob a tutela dos Cuidados de Saúde Primários.

NO ÂMBITO DAS TECNOLOGIAS DO DIAGNÓSTICO e da terapêutica, a endoscopia digestiva registou um avanço espectacular «que representa benefícios enormes» na perspectiva do tratamento dos doentes e em termos económicos, na medida em que estas técnicas, que podem ser realizadas inclusivamente em ambulatório, «se impõem a actos que eram não só mais dispendiosos como obrigavam a internamentos prolongados», afirma o Prof. Diniz Freitas, Director do Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Naturalmente que esse desenvolvimento pressupõe que os hospitais e sobretudo os centros de referência estejam bem apetrechados do ponto de vista técnico e de recursos humanos, o que implica, nomeadamente, a transferência, para esses centros de referência, de verbas que possam levar à aquisição de tecnologia actual. «Inicialmente, poderá pensar-se que esse investimento é dispendioso, mas a longo prazo significa uma mais-valia para os hospitais», defende Diniz Freitas que, relativamente aos recursos humanos, embora desde há vários anos tenha vindo a insistir no alargamento e renovação dos quadros hospitalares, nomeadamente dos HUC, estima que se chegou a sua situação crítica e extremamente sensível. «Espero bem que as entidades responsáveis olhem para o problema com grande cautela e prudência, fazendo uma planificação rigorosa dos recursos humanos a longo prazo».

Além disso, Diniz Freitas sublinha que na gestão destas unidades não podem prevalecer conceitos meramente economicistas. «Nos hospitais de vanguarda e sobretudo em especialidades como a Gastrenterologia, em que há uma componente clínica e, simultanea-

mente, uma vertente técnica extremamente valiosa, têm de ser criadas condições e facultados todos os pressupostos para manter esse acompanhamento tecnológico. «Os nossos colegas, e particularmente do Serviço de Gastrenterologia dos HUC, têm demonstrado à sociedade a excelência da sua preparação. Será, de facto, muito grave que sobretudo jovens especialistas, muito bem treinados e com uma sólida preparação científica, não tenham à sua disposição recursos técnicos para poderem avançar com estas novas tecnologias. Espero que, quer as entidades que superintendem os Hospitais da Universidade de Coimbra, quer os restantes hospitais a nível nacional, olhem para estes problemas com a maior abertura possível», de modo a que Portugal possa acompanhar «esta espantosa revolução que está a acontecer no âmbito da tecnologia endoscópica».

#### Em defesa da MGF

Estabelecendo um paralelismo entre as dificuldades da Gastroenterologia e a Medicina Geral e Familiar, nomeadamente ao nível da renovação dos quadros, Diniz Freitas afirma que «os problemas são gerais. Conheço muito bem o campo da Medicina Familiar e aprecio imenso o seu trabalho. É evidente que os problemas dos médicos de família também têm de ser resolvidos e têm de lhes ser dadas outras condições de trabalho. Constituem o suporte fundamental da política de saúde do nosso país mas é necessário que tenham, na retaguarda, unidades de apoio clínico altamente apetrechadas, com recursos à altura de poderem garantir aos seus doentes o melhor tratamento final possível».

Certo de que os médicos de família «compreendem a minha perspectiva e a minha an-

siedade relativamente à situação actual», o especialista considera que, para otimizar a ligação entre os Cuidados de Saúde Primários e Secundários, «é fundamental criar condições de base óptimas para que o médico de família possa trabalhar com motivação, com rigor científico, preparando-se sistematicamente ao longo de toda a sua vida. Julgo que todos os médicos de família têm esse desejo e esse anseio. Estando bem preparados cientificamente, os médicos de família sabem muito bem quando termina a fronteira da sua actuação e quando devem endereçar determinados casos clínicos a unidades mais especializadas. Cada um sabe qual é o seu campo de actuação; mas é preciso - repito - criar aos

É fundamental criar condições de base óptimas para que o médico de família possa trabalhar com motivação, com rigor científico, preparando-se sistematicamente ao longo de toda a sua vida. Julgo que todos os médicos de família têm esse desejo e esse anseio.

Estando bem preparados cientificamente, estes especialistas sabem muito bem quando termina a fronteira da sua actuação e quando devem endereçar determinados casos clínicos a unidades mais especializadas.

médicos de família condições ideais para poderem, de facto, dentro do seu campo de acção, actuarem devidamente».

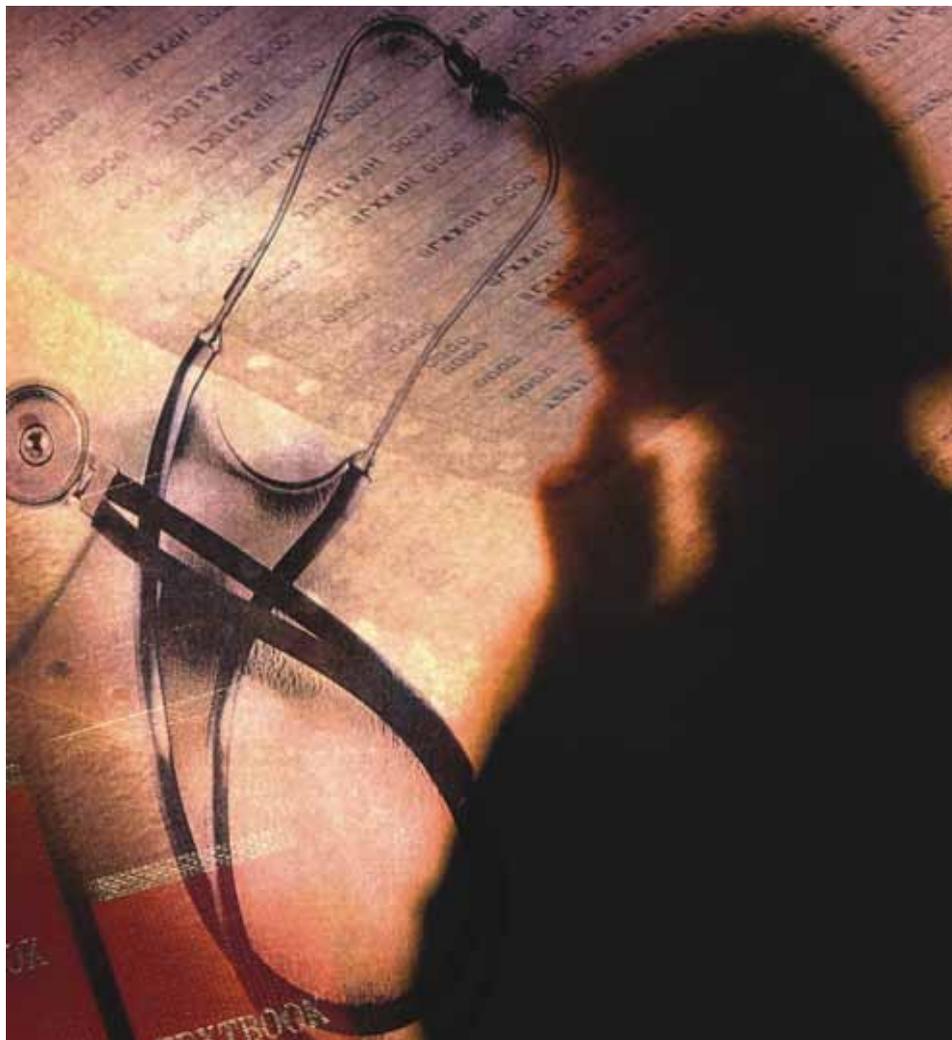
Sem essas condições «os Cuidados de Saúde Primários (CSP) começam a fazer o envio para estas unidades mais diferenciadas de doentes que, de facto, poderiam estar sob a sua tutela. Isso significa que nós, muitas vezes, vemo-nos afogados com doentes que chamamos de “rotina” e que nos são enviados mais precocemente daquilo que deveriam, porque o médico de família também não tem à sua disposição os recursos técnicos que propiciem uma melhor elaboração dos casos clínicos com que se confrontam». Esse factor leva, necessariamente, à desmotivação dos profissionais dos CSP, na medida em que vêem que os seus anseios de constituírem idealmente um suporte fundamental para a política de saúde do nosso país não estão a ser devidamente acautelados».

Nesse âmbito, a entrada de não-especialistas para os centros de saúde seria «um erro crasso». O médico de família «possui uma preparação especializada que obteve ao longo de muitos anos com muito labor e perseverança. Essa situação não pode ser degradada» sob pena de um retrocesso enorme na qualidade de prestação dos cuidados. «Eu não sou médico de família, sou especialista de Gastrenterologia, mas compreendo perfeitamente as iniciativas que os médicos de família têm tomado e inclusivamente as preocupações que os acompanham porque realmente eles verificam que não tem havido, por parte da tutela, o cuidado em preservar a identidade e o estatuto que têm no campo científico que, aparentemente, pode ser posto em causa com medidas avulsas».

Adelaide Oliveira

## Cancro do Intestino é o que mais mata na Europa Portugueses conhecem a doença mas são dos que mais morrem

Um estudo efectuado em 21 países europeus acaba de revelar que os europeus em geral estão pouco sensibilizados para o tumor do cancro do cólon e recto e respectivas formas de prevenção. Isto apesar deste ser o tumor com maior incidência, tendo ultrapassado já o cancro do pulmão: 304.687 novos casos de cancro do cólon diagnosticados em 2000 e 301.090 novos casos de cancro do pulmão.



SURPREENDENTEMENTE, PORTUGAL OCUPA uma posição de destaque no conhecimento desta doença. Por outro lado, é o país com maior aumento de novos casos de tumor no

intestino: 5.000 novos casos/ano e 3.176 mortes em 2001.

Um estudo realizado em 21 países europeus, no início do ano de 2003, por iniciativa da UEGF (United European Gastroenterology Federation), com o objectivo de avaliar o grau de conhecimento do tumor do cancro do cólon e recto, factores de risco e métodos de rastreio, conclui que este é o tumor que mais europeus mata e que os cidadãos não estão devidamente esclarecidos sobre as formas de prevenção. Entre os 21 países onde decorreu o estudo, Portugal está bem posicionado ao nível do conheci-

mento sobre a doença (51% dos portugueses inquiridos neste estudo sabem que o cancro do intestino é a forma de cancro mais comum na Europa). Lamentavelmente, ocupa um dos lugares cimeiros em termos de mortalidade.

### **Portugueses sabem que os exames de rastreio reduzem a mortalidade**

Em cada país, a amostra incluiu 1.000 adultos com idade superior a 18 anos (excepto na Islândia, onde foram inquiridas 489 pessoas). Homens e mulheres com idades equivalentes, responderam a 13 questões, se-

**Queremos a sua opinião!  
Comente. Critique.  
Questione.**

Escreva-nos para:

ENDOnews  
Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier  
1500-369 Lisboa  
ou  
[endonews@netcabo.pt](mailto:endonews@netcabo.pt)

gundo o método de entrevista cara a cara ou por telefone. Os países que responderam a mais questões correctamente (acima de 10 respostas correctas) foram: Portugal (25% da população inquirida), Polónia (21%) e Alemanha (21%). A par da Bélgica, Luxemburgo e Reino Unido, Portugal também tem grande interesse em ter acesso fácil aos métodos de rastreio. Oitenta e cinco por cento dos inquiridos concordam que exames de rastreio reduzem significativamente a mortalidade.

### Portugueses ignoram factores de risco

Os resultados revelaram que cerca de 40% dos europeus inquiridos desconhecia o grau de incidência desta doença, contrariamente ao desconhecimento sobre a incidência do tumor do pulmão (29%). Apenas 32% da população inquirida sabe que há idêntico risco de contrair a doença, quer para homens quer para mulheres; somente 57% dos inquiridos sabem que o avanço da idade implica maior risco de contrair a doença: Outra questão que preocupa os especialistas: apenas 54% da população europeia está consciente de que este tumor pode ter causas familiares. Em Portugal, apenas 26% dos inquiridos sabiam que o risco de contrair o tumor é idêntico para homens e mulheres; 59% tinham conhecimento que o risco aumenta a partir dos 50 anos de idade. Já no que diz respeito à influência da história familiar no desenvolvimento da doença, Portugal posiciona-se acima da média europeia (62% de respostas correctas).

### Dieta e exercício são formas de prevenção

Apesar de 70% da população europeia inquirida estar ciente de que a dieta pode influenciar o desenvolvimento da doença, já no que respeita à influência do exercício físico, apenas 30% tem conhecimento deste factor. Em Portugal, 8 em cada 10 pessoas sabiam que uma dieta rica em vegetais, fru-



ta e fibra contribui para prevenir a doença, mas apenas 4 em cada 10 pessoas tinham conhecimento de que o exercício físico também pode preveni-la.

Também é baixo o grau de conhecimento sobre os métodos de rastreio: apenas cerca de 51% da população europeia inquirida tinha conhecimento dos métodos de rastreio disponíveis. Portugal é o segundo país, depois da Islândia, que revela conhecer os métodos de rastreio (cerca de 70% de respostas correctas). Preocupante é também o baixo grau de conhecimento de que este é o tumor com maior taxa de sucesso em termos de tratamento, uma vez que o seu desenvolvimento é lento. Apenas 40% dos europeus estão conscientes disto. Cerca de

49% dos portugueses responderam correctamente a esta questão.

### Factores culturais: portugueses são dos mais inibidos

Quanto a factores culturais que influenciem a discussão sobre os temas do recto e intestino, existem grandes diferenças de país para país: enquanto que em Espanha (49%) e na Islândia (39%) as pessoas não se sentem inibidas em falar sobre estes temas, já em Portugal (80%), na Polónia (81%), no Reino Unido (84%) ou na Finlândia (91%) esta inibição é considerada uma barreira ao maior conhecimento sobre a doença e formas de prevenção.

### Medidas: educar e rastrear

Este estudo demonstra que ainda há muito a fazer em termos de informação à população sobre a doença e formas de prevenção. De acordo com as conclusões do estudo, apesar desta doença cancerígena ser a mais comum na globalidade dos 21 países, apenas 1/6 dos europeus está consciente da doença, dos respectivos riscos e formas de prevenção. Os especialistas concluíram que são essenciais as campanhas de educação como a que a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva desenvolve em Portugal desde 2000, e que os governos têm de promover, em larga escala, a prevenção do cancro do cólon e do recto. Isso mesmo já fazem os governos da Alemanha, Polónia e França, por exemplo. 50% dos europeus inquiridos manifestaram interesse em realizar o exame de rastreio, desde que gratuito, posicionando-se Portugal uma vez mais acima da média, com 61% de respostas afirmativas.



**PREVENIR É SABER VIVER**  
Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

## Entrevista com Cândida Cruz, presidente da APDI

### Doentes pedem apoio



A Associação Portuguesa da Doença Inflamatória Intestinal (APDI) foi chamada a participar no Congresso Nacional de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva realizado este ano. “A organização de um dia destinado aos doentes durante o Congresso Nacional de Gastrenterologia e de Endoscopia Digestiva foi de extrema importância”, considera Cândida Cruz, presidente da Associação “Quando ouvem falar em congressos, os doentes pensam que esses eventos estarão, provavelmente, para além da sua compreensão. Traze-los cá, dedicar-lhes uma tarde, para além de inovador, é extremamente positivo porque constitui uma oportunidade para esclarecer dúvidas e contactar outros médicos e outros doentes sobre os seus problemas, que provocam muitas angústias e uma grande solidão”.

A ASSOCIAÇÃO PRETENDE NÃO SÓ APOIAR e aproximar os pacientes como prestar-lhes maior informação sobre a doença e divulgá-la junto do público em geral, para quem é ainda praticamente desconhecida. Na realidade, «as pessoas só começam a ter contacto com ela quando alguém muito próximo é diagnosticado com doença de Crohn ou colite ulcerosa».

Não obstante, o número de doentes com doença de Crohn não pára de crescer em Portugal. A par com a colite ulcerosa, com um número de doentes mais estável, ambas as doenças têm uma alta morbilidade e, por isso mesmo, uma importante repercussão económica devido às hospitalizações frequentes, incapacidade para o trabalho e necessidade de cuidados de saúde continuados.

Cândida Cruz, ela própria afectada por uma doença que truncou a sua vida profissional, quando se encontrava no auge da carreira, estima que neste momento existam entre 20 a 30 mil doentes. No entanto, a Associação

tem pouco mais de mil sócios, daí a necessidade da ajuda dos médicos para chegar aos doentes, muitos dos quais nem saberão que a Associação existe. «É necessário fazer pressão sobre o Ministério da Saúde no sentido de obter a comparticipação a 100% dos medicamentos e isenção das taxas moderadoras e de exames; e junto do Ministério do Trabalho e da Segurança Social, para que crie uma discriminação positiva em relação ao vínculo de profissionalidade». Este impede que alguém, após uma baixa prolongada, recorra a ela novamente sem que tenha trabalhado, pelo menos, quatro meses. «Numa doença tão imprevisível como a nossa isso faz com que, por vezes, as pessoas estejam um ou dois anos sem trabalhar com medo de terem uma recaída e de não poderem cumprir esse vínculo. Obtivemos a garantia de que o ministro Bação Félix iria analisar no novo regime de doença, ainda em estudo, a possibilidade de fazer uma discriminação positiva no caso destes doentes. No Ministério da Saúde referiram

que vão fazer o enquadramento de todas as doenças crónicas e ver de que forma poderão aumentar o seu apoio».

Dependendo da fase da doença, os custos podem chegar a 250/300 euros por mês. Cândida Cruz refere ainda a inexistência no nosso país de medicamentos como o budesonido. «Tive de atravessar a fronteira e ir buscá-lo a uma farmácia espanhola, sem comparticipação, claro. Isto fica excessivamente caro». Além disso, a doença inflamatória intestinal tem uma origem genética, o que significa que pode chegar a atingir vários membros do mesmo agregado, o que ainda complica mais a situação familiar. «Já alertámos e fizemos ver ao Ministério da Saúde que um doente, se for devidamente tratado, tem muito menos necessidade de internamentos e de cirurgias. O custo, para o Estado, seria muito menor se comparticipasse os medicamentos em vez de ter doentes que não se tratam porque não têm dinheiro».

Adelaide Oliveira

O desenvolvimento da genética e de ciências como a genómica e a proteómica vão revolucionar, no futuro, o tratamento das doenças gastrointestinais, assegura o investigador Claudio Fiocchi, da Crohn's & Colitis Foundation of America. Entretanto, o rastreio de doenças como o cancro do cólon é fundamental. Nos Estados Unidos, este tipo de rastreio já entrou na rotina dos cuidados médicos. Comparando o custo do rastreio entre ambos os países - 700 dólares, no mínimo, contra 85 euros - o especialista espanta-se, mostrando a sua estranheza pelo facto do governo português ainda não ter dado esse passo em frente.



## Prof. Claudio Fiocchi Dos genes à cura

### ENDOnews - De que modo a investigação genética irá revolucionar o diagnóstico e o tratamento das doenças gastrointestinais?

**Claudio Fiocchi** - Não há garantia que o recurso a terapias genéticas signifique a cura para patologias como, por exemplo, a doença de Crohn ou a Síndrome do Intestino Irritável, mas vai permitir um diagnóstico molecular, ou seja, em vez de fazermos um diagnóstico baseado nos sintomas, vai-nos permitir definir e relacionar os tipos e subtipos de cada doença com um determinado genótipo. Assim, através do conhecimento do genótipo vamos poder prever as doenças mais prováveis de um determinado paciente de uma forma muito precisa.

Por sua vez, a associação entre a genómica, a proteómica farmacogenética e farmacogenómica vai permitir prever a resposta de cada indivíduo aos medicamentos, a eficácia do tratamento e os seus efeitos secundários. O futuro oferece, assim, um diagnóstico e uma terapia muito mais precisa e eficaz, aquilo que denominamos "target therapy".

### Outra das áreas de investigação desenvolvidas pela Fundação que representa incide na definição da flora intestinal. Quais os resultados que espera obter com essa investigação?

Definir a flora intestinal é, infelizmente, muito complicado porque é constituída por mui-

tas bactérias diferentes. No entanto, o emprego de técnicas moleculares vai permitir classificá-las sem ter que recorrer às culturas de bactérias, como na microbiologia clássica. Vamos poder associar certos tipos ou subtipos de doenças à presença de determinadas bactérias ou aquilo a que chamamos "bandas moleculares". Desse modo, poderemos estabelecer, de forma mais precisa, uma associação entre determinado tipo de bactérias e doenças concretas, ou seja, se existe uma relação de causa-efeito. Uma vez identificadas, poderemos eliminá-las de uma maneira muito mais específica do que actualmente, em que o emprego de antibióticos aniquila a quase totalidade desses mi-

croorganismos. Mas o mais interessante será modular o seu comportamento, eventualmente introduzindo bactérias benéficas, que estão presentes no intestino embora em quantidades muito pequenas. Na actualidade, há já estudos que demonstram que quando aumentamos a concentração dessas bactérias “positivas”, a influência das “negativas” desaparece.

#### Que outras áreas de investigação estão neste momento a ser desenvolvidas?

Na actualidade, trabalhamos também ao nível das moléculas causadoras de inflamação. Em simultâneo, a indústria farmacêutica está a desenvolver novas terapias tendo como alvo cada uma dessas moléculas. Trata-se de um trabalho complexo, na medida em que teremos de testar cada um delas. É que o facto de serem pró-inflamatórias não significa que todas sejam, necessariamente, negativas para o organismo humano; pode acontecer que isso aconteça apenas numa entre dez. Mais uma vez, estamos em presença de uma terapia dirigida: assim como poderemos eliminar bactérias específicas, vamos tentar neutralizar moléculas específicas.

#### Como analisa a elevada incidência de doenças gastrointestinais em Portugal, como a colite ou a doença de Crohn?

Infelizmente, as doenças intestinais estão a aumentar nas sociedades industrializadas, particularmente a doença de Crohn. Os médicos de família, principalmente em Portugal, terão de pensar mais frequentemente na possibilidade de um doente que aparece com dores abdominais ou diarreia ter colite ou doença de Crohn do que o faziam há 10, 20 ou 30 anos atrás. Se suspeitar do diagnóstico, é fundamental referenciar o doente para o especialista. Quanto mais cedo este receber atenção especializada melhor.

#### Neste tipo de doentes existe

#### maior risco de cancro?

Existe, mas numa percentagem muito pequena de grupos de pacientes. Na verdade, o risco de cancro na doença inflamatória intestinal é um factor individual. A grande maioria dos pacientes não precisa de se preocupar com essa possibilidade. Apenas aqueles que têm uma inflamação total do cólon e durante muito tempo, correm mais riscos.

#### Qual a sua perspectiva sobre o rastreio do cancro de cólon?

A frequência do cancro de cólon é muito elevada na nossa sociedade e continua a aumentar, devido às mudanças na dieta e no ambiente. Não conhecemos as causas com exactidão, mas fazer uma colonoscopia completa depois dos 50 anos é fundamental. Nos Estados Unidos, a Medicaid e a Medicare já incluíram a colonoscopia entre os exames considerados de rotina.

#### Em Portugal, o governo, até agora, não tomou qualquer iniciativa nesse sentido.

Mas vai chegar lá, certamente. Os benefícios do rastreio do cancro do cólon em comparação com o tratamento de uma doença, muitas vezes incurável, são enormes.

#### De acordo com um estudo realizado em Portugal, o rastreio custará 85 euros.

85 euros?! Mas isso é de graça!

#### Quanto é que custa nos Estados Unidos?

O preço varia muito de região para região. A colonoscopia completa oscila entre um custo mínimo de 700/800 dólares e 2000 dólares. Nos Estados Unidos já não utilizamos a sigmoidoscopia porque esta técnica apenas nos permite examinar uma parte do cólon. E se bem que seja nessa área onde se regista uma maior incidência de cancro, hoje em dia consideramos que só a colonoscopia é aceitável.

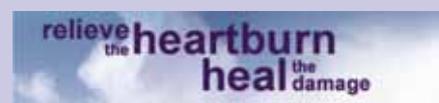
Adelaide Oliveira

## DRGE na web



<http://www.aboutgerd.org>

Site proporcionado pela International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders, uma organização não lucrativa fundada em 1991, nos EUA, com intuítos educacionais e de investigação.



<http://www.purplepill.com/digestive/30.yds.asp>

Página com esclarecimentos diversos sobre a doença do refluxo gastro-esofágico, num site americano da autoria da AstraZeneca.



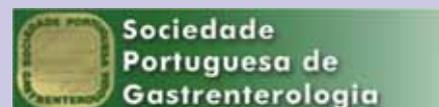
<http://www.heartburnhelp.com>

Informações diversas acerca da doença do refluxo gastro-esofágico, incluindo a terapêutica cirúrgica. Site criado pela Ethicon Endo-Surgery, Inc.



<http://www.laclassification.com>

Site exclusivamente dedicado à classificação endoscópica de Los Angeles da esofagite, com definições, esquemas e imagens endoscópicas exemplificativas.



<http://www.spg.pt/docspdfs/Desd.Gastroesofagico.4.pdf>

Folheto informativo da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (em formato pdf) sobre a doença do refluxo gastro-esofágico.

## Endo Club Nord

# Novos padrões de qualidade para a endoscopia



NO PASSADO MÊS DE OUTUBRO, HAMBURGO acolheu a 11ª edição do Endo Club Nord, um dos mais importantes congressos europeus para a formação na área da endoscopia digestiva. Fórum científico com projecção mundial, o Endo Club Nord atrai cerca de 1.500 participantes todos os anos, oferecendo educação contínua para médicos, enfermeiros e estudantes de todo o mundo através da transmissão em directo de exames endoscópicos, de cursos, prelecções e painéis de discussão com especialistas internacionais. Este ano, com o apoio da Agência Espacial Europeia, foi possível transmitir a realização de endoscopias, em directo e via satélite, para vários países da Europa, a partir de um dos principais centros especializados nesta área, em Hamburgo. Para além desta “novidade”, o presidente do congresso, Nib Soehendra professor na Universidade Hamburg-Eppendorf fez questão de salientar o trabalho do Endo Club Nord no estabelecimento de novos padrões de qualidade, tendo em conta, não só os procedimentos e técnicas demonstradas durante o congresso, mas também a formação médica contínua no seu conjunto.

### “Ambiente de aprendizagem perfeito”

Frank Ulrich Montgomery, presidente da Associação Alemã dos Médicos, descreveu o con-

gresso como “um extraordinário exemplo de um ambiente de aprendizagem perfeito, uma vez que combina demonstrações práticas com discussões teóricas sobre o estado de arte”.

Na opinião deste médico, a formação contínua apresenta-se como uma parte fundamental dos programas de gestão de qualidade e a aprendizagem baseada na prática, induzida pelos problemas dos doentes, já provou ser o método de treino mais eficaz. “No campo da medicina, a educação contínua é indispensável, dado o célere desenvolvimento do conhecimento científico e a introdução de novos métodos terapêuticos e de diagnóstico”, defende. Para além disso, lembra ainda que o número de doentes a querer estar informado acerca do nível de formação do seu médico - antes de se submeter a qualquer tratamento - também tem vindo a aumentar gradualmente.

### Cartão de “apresentação” do médico

Para o director clínico do Centro de Doenças Digestivas de Charleston (Carolina do Sul,



EUA), Peter Cotton, os doentes têm direito a conhecer o médico que os vai tratar. O presidente honorário do 11º Endo Club Nord argumentou esta sua opinião com base no exemplo dos “cartões de apresentação” dos médicos norte-americanos, que fornecem toda a informação necessária sobre o clínico, permitindo ao doente fazer uma escolha informada do médico que lhe irá realizar uma endoscopia.

Estes cartões incluem dados relativos à experiência profissional, número de doentes tratados, taxas de sucesso e de insucesso, bem como níveis de satisfação dos doentes. Mas, segundo Peter Cotton, para além de se implementarem este tipo de “ferramentas”, é extremamente importante apostar numa formação de alta qualidade dirigida aos internos. E esta é especialmente necessária no que concerne a realização de procedimentos preventivos como a colonoscopia, conhecidos pela sua importância na diminuição das taxas de prevalência de cancro do cólon e onde a procura de especialistas qualificados a exercer excede significativamente a oferta.

### Implementação de NOC internacionais

Mas as mais-valias do congresso não se ficam pelas questões referidas. Friedrich Hagenmueller, médico no Hospital Geral Altona, em Hamburgo, sublinhou o papel fulcral que “eventos interactivos” com a elevada qualidade do Endo Club Nord podem desempenhar na implementação prática de normas de orientação clínica (NOC) e padrões de qualidade internacionais. Segundo Hagenmueller, esta questão diz particularmente respeito à área da colonoscopia, que as companhias de seguros alemãs incluíram, há um ano atrás, nos seus catálogos de procedimentos no diagnóstico e que impõe um “especial desafio para os médicos que realizam este exame”.

## Saúde XXI

# Candidatura da SPED com parecer favorável

FOI CONCEDIDO PARECER FAVORÁVEL à candidatura que a SPED - Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva tinha feito ao programa Saúde XXI e esta notícia deve constituir para todos os sócios motivo de satisfação.

Representa o reconhecimento e a credibilidade das nossas acções pelas Autoridades de Saúde do nosso País e é seguramente para todos um importante estímulo, no sentido de uma melhor e maior colaboração com os corpos sociais da SPED na procura da realização dos nossos objectivos.

Todos conhecem o trabalho necessário para que uma candidatura desta natureza possa ter sucesso e por isso nos acompanham numa palavra de reconhecimento e apreço, a todos os que colaboraram na execução do projecto e dessa forma contribuíram para a sua aprovação. Esta aprovação dá também uma maior credibilidade à nossa Sociedade e abre novos caminhos nunca percorridos. Iniciado o desenvolvimento do projecto na Direcção presidida pelo nosso estimado amigo Dr. Hermano Gouveia, verificou-se a



sua aprovação no presente mandato. É um trabalho de continuidade que, pelo esforço de sucessivas Direcções, se observa há vários anos na Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e a presente aprovação vai proporcionar mais alguns meios para podermos prosseguir um caminho que consideramos correcto, numa estratégia iniciada pela Dr.ª Paula Alexandrino e a que todos temos sabido dar continuidade.

Vamos pois prosseguir com a determinação de sempre para o objectivo que nos propusemos a introdução do rastreio do cancro do cólon e recto entre nós, realidade exigida pela friezta dos números, que têm determinado uma incidência crescente de mortalidade e sofrimento por aquela doença maligna.

É possível inverter esta tendência e basta apenas vontade política para que tal aconteça. Na sua ausência, a inevitabilidade de um maior número de mortos e de doentes tem, por omissão, uma forte ajuda no nosso País.

*Prof. C. Nobre Leitão*

# Saúde XXI financia Campanha de Prevenção do Cancro do Intestino

A UNIDADE DE GESTÃO DO PROGRAMA Operacional Saúde - Saúde XXI - deu parecer favorável à aprovação do pedido da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva para co-financiar a Campanha de Prevenção do Cancro do Intestino. Este apoio será decisivo para, até 2005, serem desenvolvidas acções de formação dos profissionais de saúde e sensibilização da população em geral, tendo em vista a prevenção da doença e a inversão dos números de morta-

lidade que já atingem as 3176 mortes por ano. Este apoio insere-se no Eixo Prioritário I do Programa, "Promover a Saúde e Prevenir a Doença".

O Programa Saúde XXI dedica uma particular atenção a medidas indutoras da promoção, da protecção e da segurança em saúde, apoia a modernização dos serviços de saúde na perspectiva da melhoria da qualidade e do aumento da eficiência dos cuidados prestados, privilegia o desenvolvi-



mento dos sistemas de informação, fundamentais tanto para a gestão do sistema como para o conhecimento do estado de saúde dos portugueses, e integra um regime de incentivos para a dinamização da actuação dos sectores social e privado em áreas carenciadas.

## Casos endoscópicos

# Lesão de Dieulafoy gástrica

## Evolução após tratamento endoscópico

JF, 67 ANOS, SEXO MASCULINO, FOI INTER-nado de urgência por hemorragia digestiva alta aguda, traduzida por hematemeses e me-lenas. Sem história recente de toma de AINE. Sem antecedentes patológicos relevantes.

A endoscopia digestiva alta realizada na admis-são revelou volumoso vaso visível na grande curvatura do corpo gástrico, sem hemorragia activa. A lesão vascular apresentava-se circun-dada por mucosa de aparência normal, estabe-lecendo-se o diagnóstico de lesão de Dieulafoy.

Foi realizada terapêutica endoscópica com a colocação de elástico, recorrendo-se a siste-ma de ligadura elástica para varizes (Fig. 1). O tratamento decorreu sem incidentes.

No controlo endoscópico realizado passadas 48 horas era evidente a obliteração da estru-tura vascular (Fig. 2).

Na endoscopia realizada ao cabo de uma se-mana apenas era observável um pequeno tufo de fibrina aderente ao local onde se si-tuara a lesão (Fig. 3).

Um mês depois apenas se detectou uma discreta cicatriz, sem quaisquer vestígios endoscópicos ou eco-endoscópicos da le-são de Dieulafoy.

A evolução foi marcada pela inexistência de sinais clínicos ou laboratoriais de recidiva hemorrágica.

*J.E. Pina Cabral, C. Lérias, F. Portela, D. Freitas  
Serviço de Gastreenterologia - Hospitais da  
Universidade de Coimbra*



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

## Descoberta ligação directa entre inflamação crónica e cancro do cólon

INVESTIGADORES DO A.B. HANCOCK JR. MEMORIAL RESEARCH Center, em Vanderbilt, identificaram um tipo de lesão do ADN provocado pela inflamação crónica como potencial factor de risco de cancro colo-rectal.

Os resultados, publicados recentemente na edição online do site da Proceedings of the National Academy of Science ([www.pnas.org](http://www.pnas.org)), veio trazer novas luzes ao papel da inflamação no desenvolvimento de neoplasias e sugere a utilidade da medição deste tipo de lesão do ADN na avaliação e na gestão do risco de cancro colo-rectal num dado paciente.

“Uma série de estudos implicou já a inflamação crónica no desenvolvimento de tumores, não se sabendo, contudo, como é que isso ocorre exactamente” afirmou o Prof. Doutor Lawrence J. Marnett, director do Hancock Research Center e do Vanderbilt Institute of Chemical Biology. “Esses estudos apontam para uma ligação directa entre o stress oxidativo, tal como o observado na inflamação crónica, e as mutações genéticas responsáveis pela doença humana”, explicou o especialista.

O trabalho, agora apresentado, sustenta-se em anos de investigação levada a cabo no centro de investigação A.B. Hancock Jr., sobre o modo como a sobre-produção da enzima causadora da inflamação, a cicloxigenase-2 (COX2), contribui para o desenvolvimento de cancro e, por outro lado, como é que fármacos como a aspirina podem ajudar a tratar ou a evitar os tumores.

Segundo Marnett, “quando o organismo sofre um stress oxidativo, produzem-se moléculas chamadas radicais livres, passíveis de lesionarem as células a membrana celular e o ADN.”

Os investigadores examinaram um tipo de lesão do ADN causado pela malondialdeído (MDA), um produto da COX-2. A questão que pretendiam ver respondida era se a lesão do ADN estacionaria com a lesão da célula ou se resultaria em anomalias ou mutações genéticas, futuramente duplicadas em linhas celulares. Construíram uma molécula de ADN incorporando a lesão provocada pela MDA e inseriram-na nas células hepáticas de um mamífero. Após a divisão celular, o ADN foi recuperado a partir de novas células e examinado quanto a mutações. Com efeito, os investigadores observaram que a lesão do ADN resultou num tipo específico de alteração genética chamado mutação “frame shift”. Estas mutações apagam uma pequena porção do ADN, eliminando eficazmente a estrutura de leitura através do qual as instruções genéticas são interpretadas e resultando numa proteína que não faz o que é suposto fazer.

É interessante observar que este tipo de mutação é comum numa forma hereditária de cancro do cólon - o cancro do cólon hereditário não associado a polipose (HPNCC). Este estudo sugere ainda que estas mutações, resultantes de inflamação e stress oxidativo, podem também contribuir para o cancro colo-rectal esporádico.

Participaram também nesta pesquisa os investigadores Laurie A. Van-derVeen, Muhammed F. Hashim e Yu Shyr, representando o Hancock Research Center, o VICB, o Vanderbilt-Ingram Cancer Center, o Van-derbilt Center for Molecular Toxicology e os departamentos de Bioquímica e de Medicina Preventiva da Vanderbilt School of Medicine, Van-derbilt University Medical Center.



## Por iniciativa da IDCA e CRPF Um “tour” educativo por 20 cidades americanas

promoção do rastreio do cancro do cólon e recto nos EUA.

Uma campanha original, denominada “Colossal Colon Tour” percorreu recentemente (de Fevereiro a Novembro de 2003) vinte cidades dos EUA com o intuito de sensibilizar a população para a prevenção, detecção precoce e rastreio do cancro do cólon e recto.

A principal atracção do *tour* é o “colossal colon”, uma estrutura de grandes dimensões, simulando o cólon humano. Os visitantes progridem ao longo da estrutura, deparando-se com nove estações educacionais interactivas. São-lhes mostrados exemplo de tecido normal, mucosa lesionada, pólipos e cancros em diferentes estádios de evolução.

O “Colossal colon” foi criado a partir de gravações de colonoscopias reais, por Molly McMaster, um jovem de 26 anos que sobreviveu a um cancro.

A recentemente fundada International Digestive Cancer Alliance pretende ser uma estrutura supranacional de coordenação, criada com o intuito de potenciar recursos, aumentar a sensibilização para este problema e apoiar as iniciativas de combate aos cancros digestivos.

A IDCA foi fundada por diversas organizações científicas: Organisation Mondiale de Gastro-Entérologie; Organisation Mondiale d'Endoscopie Digestive; United European Gastroenterology Federation; European Society of Gastrointestinal Endoscopy; Cancer Research and Prevention Foundation of America, e Union International Contre le Câncer. Tem, actualmente, estreitas relações de trabalho com a Organização Mundial de Saúde.

Nas palavras dos seus Presidentes, Sidney Winawer e Mainhard Classen, “a missão da IDCA é promover o rastreio, a detecção pre-

coce e a prevenção primária dos cancros digestivos por todo o mundo, numa aliança internacional com as diferentes organizações que partilham estes objectivos”.

## Rússia Um alvo para a International Digestive Câncer Alliance

A Associação de Gastreenterologia Russa solicitou a colaboração da International Digestive Câncer Alliance para o desenvolvimento duma campanha de sensibilização da população russa para a elevada prevalência do cancro colo-rectal naquele país e o elevado potencial da prevenção.

O cancro colo-rectal é a forma mais comum de cancro digestivo na Federação Russa um país com 1,8 vezes o tamanho dos EUA, com uma enorme área de 17 075 200 km<sup>2</sup> e uma população de cerca de 150 milhões de pessoas.

A campanha será apresentada em Moscovo, em Junho de 2004. A European Society of Gastrointestinal Endoscopy e a European Association for Gastroenterology and Endoscopy promoverão, na altura, um curso de pós-graduação em endoscopia. O projecto pretende abranger todos os gastreenterologistas da Federação Russa e de países vizinhos, em particular da Ásia Central.

Por forma a aumentar o impacto desta campanha junto da população, as iniciativas contarão com o apoio e a presença de proeminentes personalidades da vida pública russa.



O “colossal colon”

NUM ESFORÇO CONJUNTO DA CANCER RESEARCH AND PREVENTION FOUNDATION (CRPF) E DA INTERNATIONAL DIGESTIVE CANCER ALLIANCE (IDCA) FOI DESENVOLVIDA UMA NOVA ACÇÃO DE



## Dieta Mediterrânica

### Giroles Salteados com Frango do Campo e Salsa em Folha (10 Pax)

#### Ingredientes:

*Para o Frango:* Frango do Campo - 2,5 Kg • Sumo de Limão - 1 dl

• Alho - 60 gr • Salsa - 80 gr • Vinho Branco - 1,5 dl

• Mostarda Dijon - q.b. • Sal Marinho - q.b. • Pimenta de Moinho - q.b.

*Para a Guarnição:* Cogumelos (giroles) - 2 Kg • Chouriço de

Carne - 600 gr • Azeite Virgem Extra - q.b. • Alho - 50 gr • Sal

Marinho - q.b. • Pimenta de Moinho - q.b.

*Para a Emulsão:* Azeite Virgem Extra - 0,5 dl • Alho - 3 dentes • Cebola - 200

gr • Alho Francês - 150 gr • Vinho Branco - 2 dl • Giroles - 200 gr

#### Confecção:

*Para o Frango:* Corte o frango em pedaços, marine com alguma antecedência com vinho branco, sal marinho, pimenta de moinho, ramo de salsa, alho laminado e um fio de azeite. Core o frango em azeite, junte um pouco de mostarda dijon e refresque com sumo de limão. Rectifique de temperos e aromatize de salsa em folha.

*Para a Guarnição:* Fatie o chouriço em rodela e seque-o no forno para que fique crocante. Prepare os cogumelos, lascando-os com as mãos. Sangre os cogumelos, levando-os ao forno a 160°, de seguida, salteie em azeite e alho. Tempere de sal marinho e pimenta preta.

*Para a Emulsão:* Faça um puxado em azeite com alho laminado, cebola e alho francês em cubos. Junte os cogumelos, molhe com vinho branco, deixe que ferva e leve o preparado ao copo misturador. Emulsione e adicione ao cozinhado.

#### Empratamento:

Junte os cogumelos salteados ao frango e sirva aromatizando com salsa fresca.

pelo chefe Vítor Sobral in [www.casadoazeite.pt](http://www.casadoazeite.pt)



## Tabaco aumenta risco de cancro colo-rectal

O risco de desenvolver cancro colo-rectal aumenta claramente com o consumo de tabaco e a existência de um familiar já atingido por esta doença deve ser assumido como um sinal de alarme, indica um estudo recentemente publicado.

Uma equipa de cientistas norte-americanos examinou 3.121 doentes com mais de 50 anos (96,8 por cento de homens) sem sintomas de cancro. Ao despistarem uma neoplasia avançada em 329 deles, concluíram que o risco de cancro colo-rectal aumenta 85 por cento nos fumadores. O factor de risco na formação de tumores é também 66 por cento maior em quem tenha um familiar próximo atingido pela doença. Os investigadores defendem ainda que o elevado consumo de álcool aumenta marginalmente (mais 2 por cento) o risco deste tipo de cancro.

Pelo contrário, o consumo de fibras de cereais e a ingestão de vitamina D parecem diminuir os riscos de cancro colo-rectal em 5 e 6 por cento, respectivamente, enquanto a tomada de um anti-inflamatório não esteróide diminui esse risco em 34 por cento. Os investigadores referem outros factores marginais de redução do risco, como actividade física e o consumo de cocktails vitamínicos, de cálcio e de gorduras derivadas da carne vermelha.

“Será prudente recomendar às pessoas que deixem de fumar, reduzam o seu consumo de álcool e façam exercício regularmente, no quadro de medidas gerais de prevenção”, dizem os autores do estudo, agora publicado no “Journal of the American Medical Association”. O cancro colo-rectal é a segunda causa de morte por cancro, logo a seguir ao cancro pulmão, na América do Norte, lembra a equipa de investigadores do Centro Médico do Departamento dos Antigos Combatentes de Portland, Oregon (EUA), dirigida por David Lieberman. Em Portugal, o cancro do cólon e do recto é o que mais mata, sendo responsável por quase três mil mortes por ano, segundo dados da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED).

# Agenda

## **4ª Reunião do Grupo de Saúde Familiar da APMCG**

8 de Janeiro de 2004

Local: Sede da APMCG, em Lisboa

Organização: Teresa Laginha/APMCG

Contactos: 96 4642852 ou 21 7615250

## **2ª Reunião Ibérica sobre Cápsula Endoscópica**

10 Janeiro 2004

Organização: Prof. M. Mascarenhas Saraiva

Contactos: Serviço de Gastrenterologia

Hospital Geral de Santo António - Porto

## **6º Congresso Português de Diabetes**

18 a 20 de Março de 2004

Local: Exponor, Leça da Palmeira

Organização: Sociedade Portuguesa de Diabetologia

Contactos: Kit - Congressos e incentivos: Tel. 21 7220010

E-mail: llouro@kit.pt

## **III Encontro Luso-Brasileiro de Bioética - Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades**

2 e 3 de Abril de 2004

Local: Anfiteatros da Universidade dos Açores, Ponta Delgada

Organização: Centro de Estudos de Bioética/Pólo dos Açores

Contactos: Proconfar S.A. Tel. 296 305100

E-mail: proconfar@proconfar.pt

## **3º Curso de Endoscopia Digestiva da SPED**

Lisboa, 22 e 23 de Abril de 2004

Tel. 217995530

Contactos: Avª António José de Almeida 5F-8º

1000 Lisboa

## **V Conferência de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários Psicologia, Promoção da Saúde e Prevenção**

19 e 20 de Maio de 2004

Organização: Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Contactos: Tel. 21 8811700

E-mail: info@ispa.pt

## **XXIV Congresso Nacional de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva**

Figueira da Foz, 2 a 5 de Junho de 2004

Organização: SPG, SPED

Presidente: Prof. Carlos Sofia

Tel. 239701517

## **Digestive Disease Week 2004**

16-19 Maio 2004

Contactos: www.ddw.org

## **Xii United European Gastroenterology Week**

25-30 Setembro 2004

Contactos: www.uegw.com

## **Conferência Europeia da WONCA Quality in Practice**

1 a 4 Junho de 2004

Local: Amesterdão, Holanda

Organização: Wonca Europe/ Colégio Holandês de Clínica Geral

Contactos: Tel. 31 30 2881700

E-mail: wonca@nhg-nl.org



Qualidade de vida  
num abrir