



## Mensagem

O cancro do cólon constitui uma das principais causas de morte por tumor maligno em Portugal e o número de casos registados em cada ano continua a aumentar. Esta realidade não pode deixar de constituir uma fonte de preocupação para este Ministério, exigindo medidas concertadas com as instituições e os profissionais de Saúde.

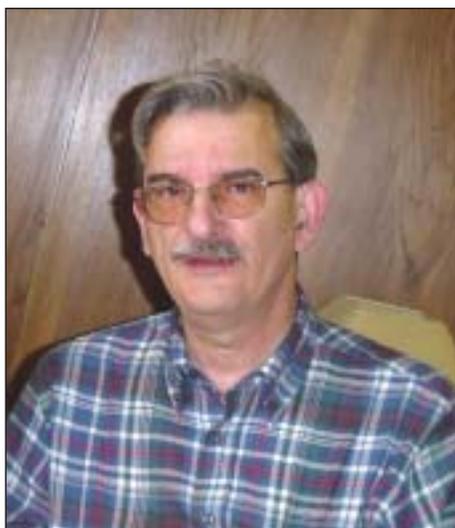
A prevenção permite reduzir a incidência e a mortalidade desta forma de cancro, pelo que é indispensável proceder ao seu rastreio na prática clínica.

Esta terá de ser a prioridade de todos no combate a esta doença.



*Luís Filipe Pereira*  
Ministro da Saúde

## Editorial



*C. Nobre Leitão*

O *ENDONEWS*, PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DA Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva SPED, dirige-se não apenas aos gastroenterologistas, mas também aos especialistas de medicina geral e familiar, medicina interna e cirurgia, colegas com quem tantas vezes partilhamos orientações no diagnóstico e terapêutica de muitos doentes. Todos estes cole-

gas são decisivos no desenvolvimento da campanha de prevenção do cancro do cólon e recto que a SPED decidiu iniciar e que pretende sensibilizar médicos, restantes profissionais de saúde e a generalidade da população portuguesa, para os benefícios do rastreio do cancro do cólon e recto.

Nas palavras dos Presidentes da SPED, Hermano Gouveia, e da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Luís Pisco, no primeiro número do *Endonews*, podemos encontrar a orientação desta publicação - divulgação das actividades e iniciativas da SPED, reconhecendo a exigência do tempo presente, quanto à troca de informações e experiências, o que responsabiliza as publicações que pretendem divulgar conteúdos científicos, ou somente acontecimentos relevantes para a nossa profissão.

A Endoscopia Digestiva, ciência, técnica e arte, como recentemente Diniz de Freitas escrevia, teve um desenvolvimento extraordiná-

rio nos últimos 30 anos e é hoje indissociável do gastroenterologista. Aplicada em rastreio, permitiu uma redução da incidência e da mortalidade por carcinoma do cólon e recto nas populações regularmente rastreadas. Entre nós, a sensibilização progressiva das populações, irá evidenciar algumas dificuldades do nosso sistema, que estamos certos não se referem a uma capacidade instalada deficiente, mas respeitarão sobretudo a uma muito reduzida acessibilidade dos cidadãos que apenas dispõem do SNS para a promoção da saúde. A acessibilidade é para nós um problema extremamente importante e grave, que vai exigir a curto prazo soluções, mas a que voltaremos com mais detalhe no futuro próximo.

Permite-me salientar neste número, o reconhecimento da excelência do I Curso de Endoscopia Digestiva realizado este ano no Porto. Os que tivemos o privilégio de poder

continua na página 2

# Editorial

continuação da 1ª página

estar presentes, constatámos a elevada qualidade da generalidade das apresentações, práticas ou teóricas, mas o maior e melhor testemunho, foi o preenchimento pleno da sala onde decorriam os trabalhos durante todo o Curso. Era unânime que nunca tantas presenças se tinham visto antes, por um período de tempo tão prolongado. Parabéns à Endoscopia Digestiva Portuguesa.

Será difícil reproduzir em palavras ou em imagens, o que aconteceu em Mirandela, por iniciativa de Venâncio Mendes, no passado dia 9 do corrente mês. A inauguração de um Centro de Rastreio do Cancro do Cólon, em instalações da Misericórdia local, fruto de uma parceria que associou a Misericórdia, a Administração Regional de Saúde, a Câmara Municipal, o Hospital, a Liga dos Amigos do Hospital, reflectiu o entu-

siasmo das partes envolvidas e traduziu-se na presença de centenas de Mirandelenses no Auditório da Câmara, para assistirem e viverem todo o formalismo da constituição da parceria. O Presidente da Assembleia Geral e a Direcção da SPED estiveram presentes com alegria e algum orgulho, ao verem concretizado projectos que nasceram em função das iniciativas que com muito esforço têm desenvolvido nos últimos anos. Foi simplesmente notável.

Em Faro está para breve o aparecimento de uma solução que embora diferente da criada em Mirandela, tem o mesmo objectivo: levar às populações o rastreio do cancro do cólon e recto. Com a mesma determinação e entusiasmo, estaremos ao lado dos protagonistas, para os aplaudir, estimular e agradecer em nome da Endoscopia Digestiva.

## Papa João Paulo II Patrono da campanha global contra o cancro do aparelho digestivo

EM AUDIÊNCIA ESPECIAL CONCEDIDA ÀS delegações de organizações nacionais de 48 países, incluindo a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, sua Santidade o Papa João Paulo II confirmou o seu apoio à campanha global contra o cancro do aparelho digestivo, uma iniciativa conjunta da Organização Mundial de Gastrenterologia, Organização Mundial de Endoscopia Digestiva e Federação Europeia Unida de Gastrenterologia.

Refira-se que de acordo com as estimativas mais recentes, este ano ocorrerão cerca de 3 milhões de novos casos de cancro do aparelho digestivo, dos quais resultarão cerca de 2,2 milhões de mortes. Neste contexto, o cancro do cólon, que é o que apresenta maior

incidência em todo o mundo, tem merecido um especial destaque nas iniciativas levadas a cabo pelas muitas instituições envolvidas na campanha global. Entre as mensagens que importa fixar, salienta-se a que defende que o rastreio deste tumor deve incluir todos os indivíduos com idade superior a 50 anos.



*Anthony Axon, Presidente da Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva na audiência com João Paulo II*

## Sumário

Papa João Paulo II <b>Patrono da campanha global contra o cancro do aparelho digestivo</b>	<b>2</b>
III Reunião de Endoscopia Digestiva <b>Tecnologia abre caminho a novas áreas de intervenção</b>	<b>4</b>
Carneiro de Moura <b>Desenvolvimento da gastrenterologia impõe subespecialização</b>	<b>6</b>
Carlos Pinho <b>Objectivos foram plenamente conseguidos</b>	<b>9</b>
José Soares <b>Futuro da gastrenterologia passa pela cirurgia endoscópica</b>	<b>11</b>
<b>Azia... "é fogo que arde sem se ver..."</b>	<b>12</b>
O meu doente tem azia <b>Porquê solicitar endoscopia</b>	<b>14</b>
<b>Prémio de Fotografia Endoscópica</b>	<b>15</b>
Rastreio do Cancro do Cólon e Recto <b>Recomendações da SPED</b>	<b>15</b>
<b>Hereditariedade e carcinoma do cólon e recto: Importância de uma consulta de risco familiar</b>	<b>16</b>
Horácio Guerreiro <b>Campanha de rastreio nos Centros de Saúde do Algarve</b>	<b>19</b>
<b>Mirandela já tem centro de rastreio do cancro do cólon</b>	<b>20</b>

## Ficha Técnica

### ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica Nº1 • Junho-Agosto 2002

### Director

Prof. Dr. Carlos Nobre Leitão

### Coordenação Editorial

Dr. Leopoldo Matos

### Depósito Legal

179043/02

### Registo ICS

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

### Produção e Imagem

VFBM Comunicação, Lda.

### Propriedade e Redacção

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

### Impressão

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

### Tiragem

8.000 exemplares

## III Reunião Nacional de Endoscopia Digestiva Tecnologia abre caminho a novas áreas de intervenção

A demonstração das técnicas de diagnóstico e de terapêutica, ao vivo, desde o Hospital Geral de Santo António para a sala de conferências do Edifício da Alfândega do Porto, permitiu aos cerca de 450 participantes no I Curso de Endoscopia Digestiva verificar em directo os impressionantes avanços registados nesta área. A eco-endoscopia, a endoscopia de magnificação, a cápsula endoscópica e a mucossectomia endoscópica, surgem como algumas das novas armas ao nível do diagnóstico e terapêutica das doenças digestivas

A III REUNIÃO NACIONAL DE ENDOSCOPIA Digestiva foi este ano marcada pela realização do primeiro curso de Endoscopia Digestiva, entre 10 e 12 de Abril, no Edifício da Alfândega, no Porto, que reuniu cerca de 450 participantes.

No curso, organizado pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e pelo Hospital Geral de Santo António, foram demonstradas as novas tecnologias com significativo impacto clínico, ao mesmo tempo que se dis-

cutiam novas formas de equacionar a abordagem dos doentes.

O evento, que contou com um elevado número de especialistas nacionais e estrangeiros, destacou-se ainda pelo seu carácter eminentemente prático, com demonstrações ao vivo, transmitidas do Hospital para a sala de conferências, assim como várias apresentações em vídeo, com painéis de peritos que realizaram uma abordagem global dos diversos temas apresentados.

### **Maior capacidade ao nível do diagnóstico e terapêutica**

De entre as muitas novidades apresentadas no Porto destaca-se a eco-endoscopia, um método de observação directa das diferentes camadas da parede do tubo digestivo e estruturas adjacentes. O eco-endoscópio, ao associar a endoscopia e a ecografia, revela uma elevada qualidade diagnóstica que proporciona informações impossíveis de obter através de outros métodos imagiológicos.

Ao nível da precisão da imagem foram ainda apresentados novos métodos que permitem ampliar a imagem de forma significativa. De facto, a endoscopia de magnificação permite uma ampliação até 100 vezes, sendo, frequentemente, associada à Cromoscopia, uma técnica que permite detectar melhor pequenas alterações.

De acordo com os especialistas, estes métodos facilitam a decisão clínica já que, após o diagnóstico de um tumor do aparelho digestivo são necessários, em geral, outros exames, para obter uma definição tão correcta quanto possível da extensão da doença. Este estadiamento clínico é considerado como um passo indispensável na decisão da estratégia terapêutica a adoptar.

*Hospital de Santo António, no Porto*



### **Cápsula endoscópica ultrapassa métodos invasivos**

De entre as novidades apresentadas no encontro do Porto, os novos métodos de avaliação endoscópica do intestino delgado constituem outra das fronteiras que as novas tecnologias conseguiram ultrapassar com êxito assinalável.

Refira-se que os enteroscópios já permitiam a visualização de áreas mais distais do tubo, possibilitando atingir uma parte importante do intestino delgado. Contudo, de acordo com os especialistas, trata-se de um exame mais difícil do que uma endoscopia de rotina, possui um nível de eficácia limitado e apresenta riscos mais importantes. Em alternativa, surgiu a enteroscopia per-operatória, que permite a observação pormenorizada e completa do intestino delgado mas obriga a uma laparotomia, a qual apresenta uma morbilidade significativa.

A cápsula endoscópica (tele-enteroscopia ambulatória) veio revolucionar este campo, surgindo como um método não invasivo, seguro, sem necessidade de internamento hospitalar, que fornece imagens de alta qualidade, ao mesmo tempo que permite um diagnóstico seguro e atempado do envolvimento do intestino delgado em diversas doenças.

A apresentação de imagens dos procedimentos utilizados no Hospital Geral de Santo António permitiu aos participantes verificar todas as potencialidades da cápsula endoscópica ao nível do diagnóstico. Neste aspecto, os especialistas sublinham que a endoscopia alcançou, não só metas mais longínquas -com a cápsula endoscópica -, como mais profundas - através da eco-endoscopia - e com maior nitidez - por intermédio da cromoscopia e magnificação.

Por outro lado, no campo terapêutico, já é possível a ressecção endoscópica de alguns tipos de tumores, através da muco-



*Mesa de abertura do 1º Curso de Endoscopia Digestiva, que ocorreu durante a III Reunião Nacional de Endoscopia Digestiva*



*Em cima: Sala de Registo dos Instantâneos Endoscópios que controlou a emissão em directo do Hospital de Santo António para a Alfândega do Porto. Em baixo, à direita: cápsula endoscópica*

sectomia endoscópica, e a contribuição para o tratamento de doenças com elevados níveis de prevalência, como são a obesidade e a doença do refluxo gastro-esofágico.

#### **Novas áreas de intervenção**

Para além do tratamento da doença de refluxo gastro-esofágico, que afecta cerca de 10% da população portuguesa - através da sutura endoscópica ou injeção de polímeros - as novas técnicas de endoscopia digestiva permitem também uma intervenção no campo da obesidade, cuja prevalência, em Portugal, ultrapassa os 15%. A colocação de um balão intragástrico por via endoscópica é uma nova alternativa para o tratamento de uma doença que exige, hoje, uma abordagem multidisciplinar.

Os avanços tecnológicos registados nesta



área, não só ao nível da capacidade de diagnóstico, como também da terapêutica, com sistemas de intervenção cada vez menos invasivos, conjugam a interacção das técnicas endoscópicas e cirúrgicas e implicam um trabalho integrado no seio de equipas multidisciplinares que ultrapassa os limites clássicos da especialidade.

## Carneiro de Moura Desenvolvimento da gastroenterologia impõe subespecialização



Numa breve análise do percurso da gastroenterologia nos últimos anos, o Professor Carneiro de Moura, Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, afirma que as novas ferramentas disponíveis na área da Endoscopia constituem um dos avanços mais significativos da especialidade. Por outro lado, o desenvolvimento de outras áreas da Medicina, como a genética, a imunologia e a biologia molecular, permitiu aos profissionais entrarem em terrenos mais vastos que conduzem, não só à necessidade de subespecialização em determinadas áreas, como a um trabalho multidisciplinar

### **Quais são, na sua opinião, as diferenças mais marcantes entre a gastroenterologia de hoje e de há vinte e cinco anos atrás?**

As diferenças são impressionantes. Na altura, o gastroenterologista abrangia facilmente toda a especialidade, dispondo de poucos meios de diagnóstico. Fazia-se uma endoscopia alta com os gastroscópios rígidos - um aparelho extremamente incómodo, que apenas permitia um número muito limitado de diagnósticos - e a proctologia com rectossigmoidoscópio.

A explosão da endoscopia constitui um dos avanços indiscutíveis da gastroenterologia. Permitiu-nos, não só avançar no campo do diagnóstico, como também no da terapêutica, obviando intervenções cirúrgicas, anestésias e internamentos prolongados.

Por outro lado, alargou extraordinariamente o espectro de todas as nossas capacidades de intervenção, tornando possível, através da endoscopia, pequenos gestos terapêuticos de elevada complexidade.

Simultaneamente, o desenvolvimento da genética, da imunologia e da biologia molecular, permitiram-nos avançar consideravelmente no terreno da patologia gástrica, do cólon, da carcinogénese e do estudo de todas as doenças hepáticas. Em particular, com os avanços registados ao nível da genética, temos hoje a possibilidade de diagnosticar certas doenças metabólicas do fígado, como a hemocromatose e a doença de Wilson, e os cancros do tubo digestivo, como o carcinoma do estômago, do cólon ou alguns cancros do pâncreas.

Esta interdisciplinaridade permitiu-nos en-

trar em terrenos como o da nutrição, da oncologia gastroenterológica - que se assume hoje quase como uma subespecialidade da gastroenterologia - ou no das doenças hepáticas, em relação às quais existe já uma proposta do Colégio da especialidade da Ordem dos Médicos, no sentido de se considerar uma subespecialidade da hepatologia.

Hoje, o gastroenterologista é um profissional altamente especializado, cujo trabalho terá de desenvolver-se no seio de equipas multidisciplinares.

**Tem, por conseguinte, a perspectiva de que é necessário integrar núcleos de outras especialidades como uma solução para o desenvolvimento equilibrado da gastroenterologia?**

Sem dúvida. Precisamos dos oncologistas,

dos nutricionistas, dos radiologistas, dos anestesistas... e também dos cirurgiões, que sempre trabalharam muito próximo da gastroenterologia.

**Existe, assim, a necessidade de repensar a própria estrutura hospitalar, com o objectivo de potencializar essa interdisciplinaridade?**

Considero que isso é inevitável. Actualmente, os centros mais avançados de gastroenterologia estão localizados em hospitais que dispõem de todas essas especialidades. É indispensável uma boa imagiologia, anestesia e anatomia patológica. Para além disso, existe também uma interdisciplinaridade com disciplinas como a genética, a imunologia ou a física.

No que se refere à necessidade de repensar as estruturas, o médico de família, que é essencial, irá sê-lo cada vez mais. Ao nível dos hospitais, terão de existir estruturas de primeira linha, segunda linha e hospitais terciários que disponham de todas as especialidades.

Por outro lado, se a proposta do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos for para a frente, vai ser necessário reconhecer as unidades de hepatologia.

**A primeira abordagem passa obrigatoriamente pelo médico de família?**

Na gastroenterologia, apesar de todos estes grandes avanços que se têm registado, há um sector muito importante de doenças para as quais ainda não encontramos explicação e que classificamos de patologias funcionais, nas quais a história clínica e o contacto com o doente é extremamente importante. Esses aspectos devem ser preservados, quer ao nível do especialista, quer do clínico geral. O papel do médico de família é muito complicado mas, simultaneamente, muito importante. Tem que es-

tar bem preparado e bem informado - e por isso temos todo o interesse em que participem nas nossas reuniões - para discernir as situações que estão dentro da sua capacidade de resolução das que tem de referenciar. Nesse sentido, a aproximação entre o clínico geral e o especialista tem de ser cada vez maior.

**Considera útil o desenvolvimento de acções coordenadas entre a Associação de Médicos de Clínica Geral e as Sociedades Portuguesas de Gastroenterologia e de Endoscopia Digestiva, com vista à realização de cursos de formação nesta área dirigidos aos médicos de família?**

Penso que sim. Da nossa parte existe toda a disponibilidade nesse sentido, resta saber se temos capacidade para tal, dada a grande dimensão da APMCG.

**Na sua perspectiva, seria importante adoptar, de forma generalizada, o rastreio do cancro do cólon em Portugal?**

Seria uma medida importante e plenamente justificada, já que as estatísticas mostram que o cancro digestivo e o do cólon têm uma

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

**Considera que o impacto do Curso de Endoscopia Digestiva, nomeadamente ao nível da comunicação social, poderá contribuir para a alteração de comportamentos por parte da população em relação à problemática da prevenção do cancro do cólon?**

Considero que é necessária uma aproximação ainda maior ao público em geral. Este tipo de cursos são importantes, mas são sobretudo para os especialistas. A transmissão, através da televisão, de imagens de técnicas complicadas chama certamente a atenção do público, mas talvez não seja a melhor forma de fomentar essa aproximação.

No próximo congresso de Vilamoura estamos a considerar a possibilidade de colocar "linhas verdes" de atendimento, através das quais o público se poderá dirigir aos especialistas directamente.



O papel do médico de família é muito complicado mas, simultaneamente, muito importante. Tem que estar bem preparado e bem informado - e por isso temos todo o interesse em

que participem nas nossas reuniões - para discernir as situações que estão dentro da sua capacidade de resolução das que tem de referenciar. Nesse sentido, a aproximação entre o clínico geral e o especialista tem de ser cada vez maior

## Carlos Pinho Objectivos foram plenamente conseguidos



Carlos Pinho atribui o êxito do primeiro curso de Endoscopia Digestiva não só à sua dinâmica e interactividade como ao programa científico e ao nível dos especialistas que nele participaram, quer nacionais, quer estrangeiros. Na sua opinião, o objectivo de proporcionar aos profissionais de saúde, em geral, e aos gastroenterologistas em particular, uma visão sobre as novas técnicas e sistemas utilizados nesta área, foi plenamente conseguido

A REALIZAÇÃO DE UM CURSO NO ÂMBITO DA Reunião Nacional da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva constituiu uma inovação no nosso país, que permitiu aos cerca de 450 participantes visionarem a aplicação das diferentes técnicas disponíveis a nível mundial, em directo, através de um dispositivo de televisão que, durante dois dias, manteve a ligação entre o auditório do centro de congressos da Alfândega do Porto e o Serviço de Endoscopia Digestiva de Hospital de Santo António.

Carlos Pinho, presidente da comissão organizadora, atribui o êxito deste evento não só à sua dinâmica e interactividade como ao programa científico, o número e o nível dos especialistas presentes, quer nacionais quer estrangeiros. O objectivo de proporcionar aos profissionais de saúde, em geral, e aos gastroenterologistas em particular, uma visão sobre as novas técnicas e sistemas utilizados nesta área, foi plenamente conseguido. Apesar de não terem surgido novidades a nível internacional, muitas das técnicas apresen-

tadas durante a realização do curso ainda se praticam em poucas unidades de saúde portuguesas, pelo que a sua divulgação constituiu, na opinião de Carlos Pinho, uma mais-valia importante em termos da formação médica contínua numa área particularmente dinâmica, que se situa actualmente numa posição de charneira em relação a outra grande área, a cirurgia.

Os avanços tecnológicos permitem não só “ver melhor e maior” como “ver mais” pelo que, cada vez com mais frequência, se questiona a utilização de terapêutica endoscópica versus a terapêutica cirúrgica.

“A endoscopia de magnificação permite-nos obter ampliações até 100 vezes mais do que com os aparelhos tradicionais, nomeadamente em certos sectores particularmente difíceis do tubo digestivo como é o caso do intestino delgado e onde, com o recurso à cápsula endoscópica, conseguimos ir muito mais além do que se poderia imaginar há apenas uns anos atrás”. Esta última técnica, utilizada no nosso país há cerca de um ano em

dois hospitais, reflecte “um progresso particularmente importante, prevendo-se que, nos próximos meses, venham a surgir algumas novidades significativas”.

A eco-endoscopia, o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico, através de sutura endoscópica ou injeção de polímeros, ou a utilização de balões intragástricos por via endoscópica como alternativa no tratamento da obesidade, “são outras das técnicas que, estando agora no início, despertam o interesse da generalidade dos especialistas”.

Mas o grande problema e preocupação continua a ser o cancro do cólon que, segundo dados de 1999, provocou a morte de 2828 portugueses. Com esse objectivo, Carlos Pinho defende uma maior sensibilização dos médicos, da população em geral e das estruturas de saúde para a necessidade de rastreios, tanto mais que diversos estudos científicos constataram que, nesta área, a relação custo / benefício é inclusivamente superior ao que se regista noutras patologias malignas.

## José Soares

# Futuro da gastroenterologia passa pela cirurgia endoscópica



As novas técnicas de endoscopia digestiva estão a criar grandes expectativas. José Soares afirma que estas são plenamente justificadas, na medida em que grande parte das situações que são hoje tratadas de forma convencional, poderão ser resolvidas, no futuro, através de cirurgia endoscópica, realizada por equipas multidisciplinares

O MODELO DE FORMAÇÃO UTILIZADO NO PRIMEIRO curso de Endoscopia Digestiva é, na opinião de José Soares, membro da comissão organizadora, o mais adequado nesta área, onde importa analisar não só os aspectos inerentes à execução dos novos métodos como «discutir, apreciar as dificuldades e perspectivar, num futuro próximo, a sua validade».

Apesar de técnicas recentes como a cirurgia endoscópica, a tele-enteroscopia ambulatória ou a cromoscopia, serem utilizadas no Hospital Geral de Santo António, para muitas das pessoas que assistiram ao curso, este constituiu a primeira oportunidade de contactarem com essas técnicas, relativamente às quais existe actualmente uma grande expectativa. Plenamente justificada, considera José Soares, na medida em que grande parte das situações que, hoje em dia, são tratadas de forma convencional, poderão ser resolvidas, no futuro, através da cirurgia endoscópica.

“Muitas das intervenções são claramente actos cirúrgicos que para se disseminarem à totalidade dos serviços de gastroenterologia, importa, o quanto antes, resolver alguns problemas, nomeadamente “ao nível dos recursos humanos”. Essa é, na sua opinião, a grande limitação ao desenvolvimento das novas técnicas no Hospital Geral de Santo António porque, “se é um facto que temos de inovar, testar as novas técnicas e avançar no sentido da modernização e da investigação, por outro lado também temos de dar apoio à rotina clínica diária, que é muito pesada tendo em conta o actual quadro médico e de enfermagem do Serviço de Gastroenterologia do hospital”.

No que se refere ao relacionamento da gastroenterologia com outras especialidades médicas, José Soares defende que, actualmente, “faz pouco sentido que existam serviços de cirurgia e serviços de gastroenterologia completamente isolados entre si, na medida em que ambas as especialidades tratam doenças do aparelho digestivo”. O especialista preconiza, pelo contrário, a existência de departamentos de doenças do aparelho digestivo que integrem cirurgiões, gastroenterologistas e imagiologistas, à semelhança do que ocorre noutros países da Europa.

## Azia... “é fogo que arde sem se ver...”



desenvolvimento de cancro do esófago, risco tanto maior quanto mais intensos e frequentes são os episódios de azia e, sobretudo, se eles ocorrem durante a noite. A constatação deste facto foi determinante para a decisão tomada pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

(SPED), em acordo com a Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva (ESGE) de iniciar uma campanha de sensibilização e informação do público sobre as condições de saúde associadas à existência de azia.

Na realidade, uma maior intensidade e frequência das queixas de azia e o seu aparecimento nocturno determina, muitas vezes, inflamação da mucosa esofágica e úlceras esofágicas. E à medida que os anos correm e as queixas persistem, é maior a probabilidade de ocorrência de cancro do esófago.

### Devemos procurar tratamento

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOSCopia Digestiva aconselha o tratamento adequado destes sintomas, o que é hoje fácil, uma vez que dispomos de medicamentos eficazes para aquele objectivo. Todas as pessoas com queixas frequentes de azia devem consultar o seu médico assistente, ou gastroenterologista, no sentido de obterem os melhores conselhos para a sua saúde.

PARA FACILITAR A COMPREENSÃO, VAMOS CONSIDERAR AZIA COMO uma sensação de ardor/dor no epigastro, que pode irradiar ao longo da face anterior do esterno.

Sabemos que uma percentagem muito elevada da população portuguesa sofre de azia, ocasional ou continuamente e, com frequência, tem azia durante a noite.

A azia nocturna perturba o sono, causa grande incómodo e afecta, frequentemente, a capacidade para o exercício da profissão no dia seguinte. Mas não é apenas a incomodidade ou a repercussão negativa no desempenho laboral que torna a azia nocturna preocupante.

É hoje indiscutível uma associação muito significativa entre a azia e probabilidade de

### Que podemos fazer?

DURANTE A NOITE, QUANDO DEITADOS, É MAIS FÁCIL QUE O CONTEÚDO DO ESTÔMAGO possa refluir para o esófago e aí permanecer por longos períodos. Esta é a razão do aparecimento de azia nocturna que pode ocasionar acessos de tosse durante o sono e determinar ainda uma sensação de engasgamento.

Talvez seja possível reduzirmos as crises de azia nocturna se não comermos nada nas 3 ou 4 horas antes de deitar e se elevarmos ligeiramente a cabeceira da cama durante a noite. Também pode contribuir para minorar a frequência e intensidade da azia uma redução de peso, do consumo de tabaco, álcool e café. O recurso a refeições menos volumosas, com pouca gordura e poucas bebidas gasosas, pode também diminuir a frequência ou intensidade das queixas.

*C. Nobre Leitão*

## O meu doente tem azia Porquê solicitar endoscopia?

NOS PAÍSES OCIDENTALIZADOS, A DOENÇA do refluxo gastro-esofágico (DRGE) têm vindo a aumentar progressivamente a sua incidência na população geral.

Na verdade, é hoje em dia muito frequente que, quer o gastroenterologista, quer o clínico geral, sejam confrontados com doentes queixando-se de sintomas relacionados com o refluxo gastro-esofágico.

A azia é não só o sintoma mais frequente da DRGE como o mais típico desta entidade patológica. Com efeito, a identificação clínica deste sintoma permite ao médico estabelecer um diagnóstico seguro de DRGE, sem recurso a métodos complementares de diagnóstico. Para que serve, então, a endoscopia digestiva alta?

A primeira razão pela qual os enfermos com azia devem realizar endoscopia digestiva alta prende-se com a existência de dois grandes sub-grupos de doentes com DRGE; por um lado, os enfermos com esofagite e, eventualmente, alguma das suas complicações (por exemplo, o epitélio de Barrett); por outro os doentes sem lesões estruturais da mucosa esofágica endoscopicamente detectáveis (a denominada doença de refluxo endoscopicamente negativa - DREN).

Estima-se que, nos Cuidados de Saúde Primários, cerca de 30-40% dos doentes com azia têm esofagite erosiva, enquanto que 65-70% apresentam doença de refluxo endoscopicamente negativa.

Não é possível destringir clinicamente estes sub-grupos de doentes. É conhecida a frequente discrepância entre a severidade da sintomatologia, por um lado, e a existência (ou não) de esofagite e sua gravidade, por outro. Por vezes, doentes com esofagite severa e complicada apresentam sintomatologia fruste enquanto doentes sem esofagite padecem de azia extremamente gravosa para a sua actividade diária e qualidade de vida. Conhecer em qual destes sub-grupos se inclui um determinado doente é da maior importância em termos prognósticos, uma vez que se aceita 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).

Uma segunda razão, igualmente relevante, decorre da capacidade exclusiva da endoscopia digestiva alta de graduar com rigor a esofagite erosiva e detectar as suas complicações relevando, neste contexto, a identificação do epitélio de Barrett, uma lesão discreta da mucosa esofágica, dificilmente detectável por outros meios de diagnóstico.

Por último, importa salientar as implicações terapêuticas decorrentes do estadiamento endoscópico da doença.

Como é sabido, existem diversos graus de agressividade na terapêutica farmacológica de fase aguda. Por outro lado, o carácter cró-

No enfermo com azia, a endoscopia não é necessária para o diagnóstico da DRGE, mas é fundamental para estadiar a doença e planear a terapêutica



*Esofagite com epitélio de Barrett (setas)*

nico e recidivante da doença obriga, em muitos casos, à implementação de ciclos prolongados ou recorrentes de tratamento. Ora, quer no tratamento da fase aguda, quer no tratamento de manutenção, o conhecimento pelo clínico das características endoscópicas do seu doente particular é de importância vital para uma abordagem terapêutica ajustada ao seu caso concreto.

Num doente com DREN por exemplo, é adequado programar-se uma terapêutica "on-demand" dirigida, apenas, ao alívio sintomático. Todavia, um enfermo com epitélio de Barrett deverá provavelmente ser submetido a tratamento constante com um inibidor da bomba de prótons, independentemente da relevância das suas queixas.

Em suma, podemos afirmar que a endoscopia digestiva alta representa um método de diagnóstico de 1ª opção da abordagem clínica da DRGE. No doente com azia, e/ou outros sintomas típicos de refluxo gastro-esofágico, a endoscopia não é necessária para o diagnóstico da DRGE, mas é fundamental para estadiar a doença e planear a terapêutica.

*J. E. Pina Cabral*

## Definições

### **Doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE)**

Esta designação deve aplicar-se a todos os indivíduos que estão expostos ao risco de complicações do refluxo gastro-esofágico ou que padecem de sintomas relacionados com o refluxo clinicamente relevantes e interferindo com o seu bem-estar (qualidade de vida).

### **Doença de refluxo endoscopicamente negativa (DREN)**

Este termo deve ser reservado para os doentes que satisfazem a definição de DRGE mas que não apresentam nem epitélio de Barrett nem lesões de esofagite erosiva ou ulcerada.

## Prémio de Fotografia Endoscópica 2002



PELO OITAVO ANO CONSECUTIVO A SPED atribuiu o Prémio de Fotografia Endoscópica, iniciativa que conta com o apoio da AstraZeneca.

Este ano, o trabalho vencedor é da autoria de

José Ramada, Luís Lopes, José Soares e Carlos Pinho, do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Geral de Santo António, no Porto e tem por título "Úlcera Solitária do Recto".

O segundo trabalho premiado, com o título

"Isquémia Gástrica", veio da Unidade de Gastrenterologia do Hospital Distrital de Santarém e tem como autores R. Maldonado, L. Glória e R. Vidal.

O terceiro prémio foi também para o Serviço de Gastrenterologia do Hospital Geral de Santo António, para a equipa constituída por José Soares, Luís Lopes, Germano Villas-Boas e Carlos Pinho. O tema escolhido: "Endoscopia de Magnificação na Avaliação dos Tumores Vilosos".

Fizeram parte do júri desta edição do Prémio, Ana Valente, António Banhudo, Armando Ribeiro, Bento Charrua e Zaida Luz.

Os trabalhos premiados e o regulamento do Prémio de Fotografia Endoscópica estão disponíveis para consulta no site da SPED.

## Rastreio do Cancro do Cólon e Recto Recomendações da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

A GRANDE FREQUÊNCIA DO CARCINOMA DO cólon e recto (CCR) na população e a sua peculiar biologia, caracterizada por uma progressão lenta e uma fase benigna precursora longa, dominada pelo adenoma de remoção fácil

por colonoscopia, torna o CCR um candidato ideal para o sucesso de uma ampla prática de prevenção. A SPED propõe a toda a comunidade médica um conjunto simples de regras para o rastreio e vigilância das populações.



Tendo em consideração a idade e a história pessoal e familiar de cada indivíduo, vamos estratificar a população em grupos com riscos diferentes para CCR e para os quais propomos diferentes abordagens no rastreio do CCR.

### População de risco padrão

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

### População de risco aumentado

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

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

### População de alto risco

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

## Hereditariedade e carcinoma do cólon e recto: Importância de uma consulta de risco familiar



NOS PAÍSES OCIDENTAIS, A INCIDÊNCIA do carcinoma do cólon e recto (CCR) tem vindo a aumentar, representando uma das principais causas de morte.

Na génese do CCR intervêm factores ambientais e genéticos, sendo óbvio o papel destes últimos nas síndromas hereditárias. Na maioria dos casos, não existe história familiar de CCR, mas em cerca de 20-25% há uma agregação familiar de CCR e 3-5% correspondem a síndromas hereditárias.

A prevenção do CCR, através da realização de programas de rastreio, representa uma medida eficaz para diminuir a sua incidência e mortalidade.

A presença de história familiar condiciona a necessidade de uma abordagem em consulta especializada para que se possa efectuar, o mais correctamente possível, a estratificação do risco e se actue em conformidade com o mesmo.

No Serviço de Gastrenterologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa existe uma Consulta de Risco Familiar de Carcinoma do Cólon e Recto, cujo funcionamento é assegurado por uma equipa constituída por três médicos, uma enfermeira e um secretá-

rio. Esta Consulta inclui ainda o grupo de Gastrenterologia do C.I.P.M. - Centro de Investigação em Patobiologia Molecular, que tem a seu cargo a responsabilidade do diagnóstico genético das síndromas hereditárias.

Presentemente estão registadas cerca de 900 famílias com risco aumentado de CCR, das quais 153 têm síndromas hereditárias (na maioria, síndrome de Lynch ou polipose adenomatosa familiar do cólon).

A Consulta realiza-se em três turnos semanais, sendo em cada um avaliadas 2-3 novas famílias e 2 já registadas.

No caso de uma família que é referenciada pela primeira vez, elabora-se a história familiar, elemento simples, mas extremamente útil para a suspeita de uma base hereditária.

A confirmação dos diagnósticos de cancro constitui um passo de grande importância, pelas implicações que advêm da estratificação do risco e aplicação dos respectivos programas de rastreio. Esse objectivo pode atingir-se através de relatórios médicos fornecidos pelos elementos da família, pedidos de informação clínica para outras entidades prestadoras de cuidados de saúde,

ou através do registo em certidões de óbito. Completada esta avaliação, o risco de desenvolvimento de CCR pode ser estimado e as suas implicações discutidas com o proband. As dúvidas devem ser esclarecidas de forma clara e objectiva, tentando minimizar o componente de ansiedade que tão frequentemente se encontra presente nas pessoas que recorrem a esta Consulta.

A estratificação do risco permite definir o tipo de exame de rastreio a ser aplicado (sigmoidoscopia flexível ou colonoscopia) e a periodicidade da sua realização. O consentimento do proband possibilita-nos convidar familiares em risco a virem à nossa Consulta, de forma a serem informados da situação familiar e integrados em programas de rastreio adequados. O estabelecimento de uma boa relação entre o proband e a equipa da Consulta é fundamental para o sucesso da mesma, principalmente para mobilização dos familiares em risco.

As famílias com risco elevado, representando casos prováveis, ou com critérios para síndromas hereditárias, implicam uma abordagem mais complexa. O diagnóstico genético de síndrome de Lynch ou polipose adenomatosa



familiar é efectuado pelo grupo de gastroenterologia do C.I.P.M., que regularmente tem reuniões de trabalho com os restantes elementos da Consulta de Risco Familiar.

A detecção da alteração genética responsável pela doença, possibilita identificar os elementos que dela são portadores e os que a não herdaram. Aos primeiros são aplicadas orientações de rastreio, vigilância ou tratamento, tendo como objectivo principal a prevenção do cancro. Aos segundos, é fornecida a informação de que não herdaram a doença e devem seguir as recomendações para a população sem risco aumentado de CCR.

A abordagem destas famílias representa um processo laborioso, traduzido pelas várias etapas a seguir e as diversas formas com que os familiares lidam com a situação familiar. Com efeito, a maioria dos casos é representada por pessoas que não se sentem doentes e, por vezes, apresentam reacções que é necessário gerir da forma mais apropriada. A tranquilização através de uma informação adequada resulta geralmente em aceitação/interesse na abordagem a ser seguida e o sentimento gratificante de que podemos ser úteis numa área tão importante

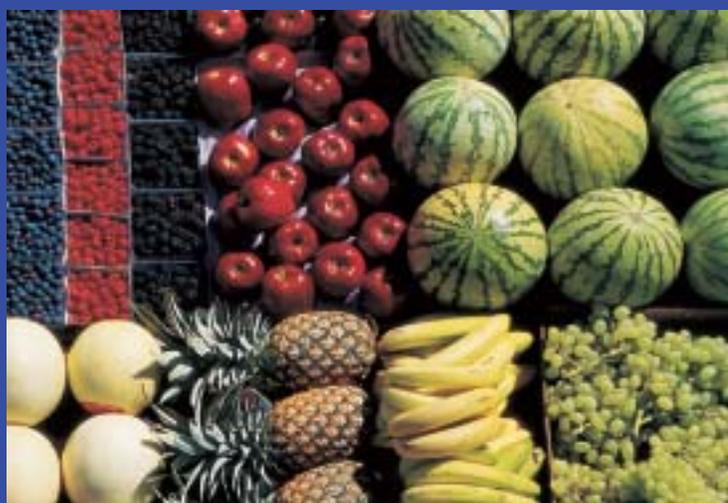
## Saber mais sobre.... O cancro do cólon e recto

O CANCRO DO CÓLON É UMA DOENÇA DE etiologia desconhecida, mas muito frequente entre nós, com mais de 90% de todos casos diagnosticados após os 50 anos de idade e com incidência e mortalidade ligeiramente superior no sexo masculino.

Ainda que se desconheça a etiologia do cancro do cólon, sabe-se que determinados factores estão associados a um maior ou menor risco do seu desenvolvimento. É o caso do peso excessivo e da falta de exercício físico, consequência de alterações de hábitos de vida induzidas pelo desenvolvimento económico, que têm sido associados a um maior risco de cancro do cólon. Visando contrariar esta tendência das sociedades modernas, a SPED tem aconselhado o combate à obesidade e ao sedentarismo, fomentando a prática de exercício físico através do aproveitamento, pela população, de períodos específicos do dia-a-dia, quer aumentando os períodos de marcha aproveitando os períodos do almoço, quer abandonando o transporte público ou privado em locais mais afastados do trabalho.

Em relação aos comportamentos alimentares, a tónica vai para um maior consumo de vegetais frescos ou cozinhados, que a evidência mostra estar associado a um menor risco de cancro do cólon. Neste campo, refira-se que diversos estudos sugerem, como ideal, o consumo de 400g por dia de fruta ou vegetais. Daí o slogan utilizado pela SPED: “cinco doses de fruta ou vegetais por dia”.

O consumo de cereais integrais e de lípidos poli-insaturados (azeite, peixe) correlacionam-se, também, com um menor risco de cancro do cólon. Deste modo, nas suas recomendações, a SPED tem promovido o consumo de peixe, fruta, vegetais, cereais integrais, lacticínios e azeite, predominantes na dieta mediterrânica, contrariando, assim, a tendência actual de recurso aos “fast-food”.



como é a prevenção do CCR.

A Consulta de Risco Familiar traduz a Medicina de Translação, ao integrar os conhecimentos e desenvolvimentos actuais da ciência básica, na avaliação e decisão clínicas.

É ainda um dos melhores exemplos da Medicina Predictiva, prática médica que esperamos mais amplificada no futuro próximo.

*Pedro Lage*

*Assistente Hospitalar de Gastroenterologia*

## Horácio Guerreiro

# Campanha de rastreio nos Centros de Saúde do Algarve



A primeira fase da campanha de rastreio do cancro do cólon no Algarve já arrancou, com a distribuição, junto dos médicos de família, de um boletim sobre esta problemática. Dentro em breve serão instaladas unidades de endoscopia em todos os centros de saúde, apoiadas por profissionais do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Distrital de Faro, numa acção dirigida, prioritariamente, aos utentes com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos

NA SEQUÊNCIA DA CAMPANHA DE SENSIBILIZAÇÃO da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva para a necessidade de rastreio do cancro do cólon, o Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Faro vai realizar um rastreio à população algarvia. Para tanto, vai ser colocada uma unidade de endoscopia em cada um dos Centros de Saúde da região, durante o período que durar a iniciativa, que será acompanhada por uma campanha de sensibilização através das órgãos de comunicação regionais. Na impossibilidade de abranger todos os indivíduos com idade compreendida entre os 50 e os 75 anos, a acção será dirigida, numa primeira fase, aos utentes com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos.

De acordo com Horácio Guerreiro, director do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Faro, esta decisão sustenta-se em dados estatísticos, de acordo com os quais a média etária dos indivíduos com cancro do cólon é de 68 anos, com um desvio padrão de 13 anos, o que significa que a maioria dos casos malignos ocorrerão depois dos 55 anos. Já no

que se refere ao desenvolvimento de pólipos, a média etária situa-se em torno dos 62 anos de idade. Assim, garante o especialista, será possível abranger os principais grupos de risco através deste rastreio.

### Colaboração dos médicos de família

Na primeira fase da campanha foi distribuído, junto dos médicos de família do Algarve, o primeiro número do boletim editado pelo Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Faro, dedicado à patologia do cólon, que inclui um artigo do prof. Nobre Leitão, sobre o rastreio do cancro do cólon. No que respeita à instalação das unidades de endoscopia nos Centros de Saúde, Horácio Guerreiro informa que ela está prevista para breve.

A dinâmica da campanha dependerá, essencialmente, do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Distrital de Faro. Não obstante, Horácio Guerreiro sublinha que, para o seu desenvolvimento, “contamos com a colaboração, não só dos médicos de família, como de todos os funcionários dos centros de saúde”.

De acordo com o especialista, existe actualmente uma grande facilidade de comunicação e uma estreita ligação entre o Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Faro e os Cuidados de Saúde Primários. “Temos dois períodos de consulta por semana que são inteiramente abertos, dando acesso imediato aos doentes referenciados pelos médicos de família. No caso de existir, por parte do clínico geral, uma suspeita radiológica ou um diagnóstico endoscópico, o doente é visto de imediato, sem necessidade de marcação prévia da consulta, o que se traduz num nível de acessibilidade total” Refira-se que no Hospital de Faro, cuja área de influência abrange cerca de dois terços da população algarvia, são removidos, anualmente, cerca de 300 pólipos e diagnosticados, em média, 90 casos de cancro do cólon.

Horácio Guerreiro considera que a campanha da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva obteve resultados muito positivos ao nível da sensibilização da população. Agora, defende, “é necessário partir para o terreno e implementar sistemas de rastreio exequíveis”.

# Mirandela já tem centro de rastreio do cancro do colón

- Tem mais de 50 anos?
- Sente-se bem?
- Não tem sintomas?

Três boas razões para fazer rastreio do cancro do cólon!

É COM ESTE SLOGAN QUE A SOCIEDADE PORTUGUESA de Endoscopia Digestiva (SPED) tem vindo a sensibilizar população e a classe médica para a importância do rastreio do cancro do cólon, primeira causa de morte por tumor maligno no nosso país.

E porque das palavras importa passar aos actos, a cidade de Mirandela pôs mãos à obra e tem já a funcionar, desde o passado dia 10 de Maio, o primeiro centro de rastreio do cancro do cólon de Trás-os-Montes, um espaço dirigido a todos os que, por iniciativa própria ou recomendação médica, desejem realizar um exame de rastreio ao seu intestino.

Na cerimónia de inauguração, presidida pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Adão Silva, foi ainda assinado um protocolo de colaboração entre as entidades promotoras desta estrutura - Liga dos Amigos do Hospital de Mirandela, Hospital de Mirandela, Câmara Municipal de Mirandela e Santa Casa da Misericórdia de Mirandela - e a Administração Regional de Saúde da Região Norte, no sentido de se assegurarem exames gratuitos aos utentes do Serviço Nacional de Saúde.





A nova unidade funciona nas instalações do "Hospitel" da Santa Casa da Misericórdia de Mirandela, estrutura que acolhe, desde 2001, utentes daquela instituição que necessitam de cuidados permanentes.

De acordo com os responsáveis pela iniciativa, pretende-se que este centro de rastreio venha a servir a população-alvo padrão do rastreio proposto no âmbito da Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon: indivíduos assintomáticos com idade igual ou superior a 50 anos, assim como todos os indivíduos com risco aumentado de virem a desenvolver este tipo de tumor onde se incluem pessoas com história familiar de pólipos ou cancro do intestino.

#### Sucesso logo no 1º dia

Só no primeiro dia de funcionamento, o centro de rastreio de Mirandela registou cerca de 70 inscrições de populares, que assim manifestaram vontade firme em realizar o exame de diagnóstico.

Refira-se que o novo centro de rastreio do cancro do cólon dispõe das condições técnicas e humanas capazes de resposta atempada e eficaz às solicitações de toda a população da região que, tendo em conta os factores de risco, se justifique ser submetida a um programa de rastreio.

Relativamente à estrutura física, o Centro de Rastreio do Cancro do Cólon de Mirandela é composto por:

- duas salas de endoscopia;
- uma sala de desinfecção;
- sala de reuniões / relatórios;
- recepção;
- instalações sanitárias de apoio.

Sob o ponto de vista técnico, a nova estrutura está equipada com material da mais avançada tecnologia. Tendo em conta os métodos de rastreio a utilizar (sigmoidoscopia flexível e colonoscopia total) o centro comporta no seu arsenal técnico duas unidades completas de video-endoscopia, cada uma delas com dois video-colonoscópios e registo de imagem por "vídeo-printer".

As endoscopias serão registadas informativamente por via de um software específico. Dois médicos especialistas de Gastrenterologia, quatro enfermeiros já treinados no apoio à endoscopia digestiva e uma rececionista constituem o quadro humano deste centro.

Os recursos técnicos e humanos disponíveis permitem a realização mensal de cerca de 300 exames de rastreio.

#### Contactos:

Centro de Rastreio de Cancro do Cólon  
Hospitel de Mirandela  
5370-461 Mirandela  
Rua Martinho Teixeira Homem de Brederode  
Tel.: 278 201310  
Fax: 278 262977  
e-mail: santacasamirandela@mail.telepac.pt

