

Jorge Soares

Políticos têm que estar preparados para responder

Miguel Gouveia

Rastreio é uma das intervenções
mais baratas do sistema de saúde

Jean-François Rey

Rastreio sistemático
do Cancro Rectal



3^o Jornadas luso-Galicanas de Endoscopia Digestiva
"A endoscopia digestiva é a grande
diferenciação da Gastroenterologia"

Rastreio do cancro do cólon e recto

Recomendações da SPED

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



Tino, Mascote da Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon e Recto

(história pessoal ou familiar) - Sigmoidoscopia flexível / 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 - Sigmoidoscopia flexível / 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.



Sumário

Editorial	
Balço de um mandato	5
O que ELES dizem	7
Outras fotos	7
Jorge Soares	
Políticos Têm que estar preparados para responder	8
Miguel Gouveia	
Rastreio é uma das intervenções mais baratas do sistema de saúde	10
François-Rey	
Cancro colorrectal preocupa toda a Europa	13
Entrevista a Jean-François Rey	
A França já conseguiu!	14
Luiz Felipe Scolari	
Nós também sabemos como a prevenção é importante!	16
Nobre Leitão	
Todos devemos ter uma Opinião	17
18ª Reunião Norte de Endoscopia Digestiva	
"A endoscopia digestiva é a grande diferenciação da Gastreterologia"	18
Tratamento endoscópico de lesões obstrutivas	
Articulação precoce entre Gastreterologia e Cirurgia precisa-se!	20
Crónica	
Universalidade: um direito!	23

Ficha Técnica

ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N°11 • Fevereiro a Julho 2005

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.
Edifício Lisboa Oriente Office
Avenida Infante D. Henrique, 333-H, 4º sala 45
1800-282 Lisboa
Tel: 218 532 916 / 964 • Fax: 218 532 918
E-mail: endonews@vfbm.com

Pré-impressão e Impressão

FOCOM XXI - Centro Gráfico, Lda. • Rio Maior

Tiragem

13.500 exemplares

Balanço de um mandato

ATINGIMOS O FINAL DO NOSSO MANDATO como Presidente da Sociedade de Endoscopia Digestiva e nesta ocasião é sempre hábito fazer um balanço. Muito ficou por fazer e muito terá sido feito é uma análise simples, mas que espelha bem o nosso pensamento. Não é tempo de apenas citar o que pensamos de útil ter sido feito, como a divulgação da imagem da SPED e dos Gastrenterologistas junto da opinião pública com a campanha de

rastreio do cancro do cólon e recto; o esforço feito junto dos nossos colegas da Clínica Geral e Medicina Familiar com a organização de múltiplas reuniões e o desenvolvimento de um projecto concreto que apresentámos ao Ministério da Saúde e à Sociedade Portuguesa; a realização de reuniões científicas regionais a Norte, Centro e Sul do País, com modelos distintos e com o cimentar das relações com a Galiza; os contactos internacionais que



Prof. Nobre Leitão



Sentimos uma necessidade de alargar horizontes, iniciativas e também descentralizar, descentralizar decisões, grupos de trabalho e de uma afirmação colectiva, que sem menorizar os diferentes Serviços, possa colocar mais alto a Gastrenterologia, pois esta carece, nos tempos que correm de fortalecimento e uma constante afirmação. Neste aspecto existem carências, para as quais somos o primeiro responsável, mas queremos apelar ao vosso contributo, pois consideramos que a participação na vida de uma sociedade científica é uma obrigação de todos que como nós procuram uma melhor prática da Gastrenterologia Clínica.

Das relações com a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, persistem questões institucionais por resolver e muitos conhecem bem o que se tem passado. Não queremos explicitar razões, mas temos expectativas que a SPED manterá a sua posição de princípio e aguardamos que a SPG reveja atitudes e comportamentos.

Quando fui eleito disse que me tinha candidatado com muito entusiasmo e satisfação. Não modificaria nenhuma atitude se voltasse atrás, apenas reconheço que deveria e poderia ter feito muito mais, mas não quero deixar de agradecer a todos os colegas que comigo partilharam estes dois anos, o esforço, a dedicação e a lealdade com que serviram a Sociedade. Quem entendeu o espírito da SPED, quem por aqui passou para servir e deste modo fez realmente parte de um projecto, dirá como eu que nunca deixarei de estar presente.

mantivemos; a assinatura do *Endoscopy* e a publicação regular do *ENDOnews*. Outros projectos irão ser lançados, pois construímos as bases para o seu desenvolvimento.

Procurámos apoiar todas as iniciativas para as quais fomos solicitados e é uma atitude permanente da SPED a abertura aos sócios que devem participar mais activamente na vida e rumo das sociedade, para que esta seja o que sempre foi e que constitui o essencial de uma sociedade científica – um espaço aberto de discussão e participação de todos.

O que eles dizem



Rui Cernadas

Especialista de Medicina
Geral e Familiar

Na minha perspectiva, cabe aos médicos portugueses – e aos médicos de família, em primeiro lugar – uma palavra de responsabilidade neste combate ao cancro colorrectal (CCR) através do rastreio.

Contribuamos deste modo para que o CCR não vença pela única opção, ilegítima, inaceitável e criminoso que seria a de não se fazer qualquer rastreio neste país!

A autonomia profissional dos médicos, a sua liberdade para prescrever, tomar decisões e denunciar o que está mal, nunca poderão ser postas em causa.



Pedro Nunes

Bastonário da
Ordem dos Médicos



**Marie Isabelle
Cremmers**

Gastrenterologista do Hospital
S. Bernardo, SA – Setúbal

Na maioria dos países europeus, as autoridades de saúde defendem a realização do rastreio através do envolvimento dos médicos de família, que são considerados essenciais no recrutamento e informação da população de risco.

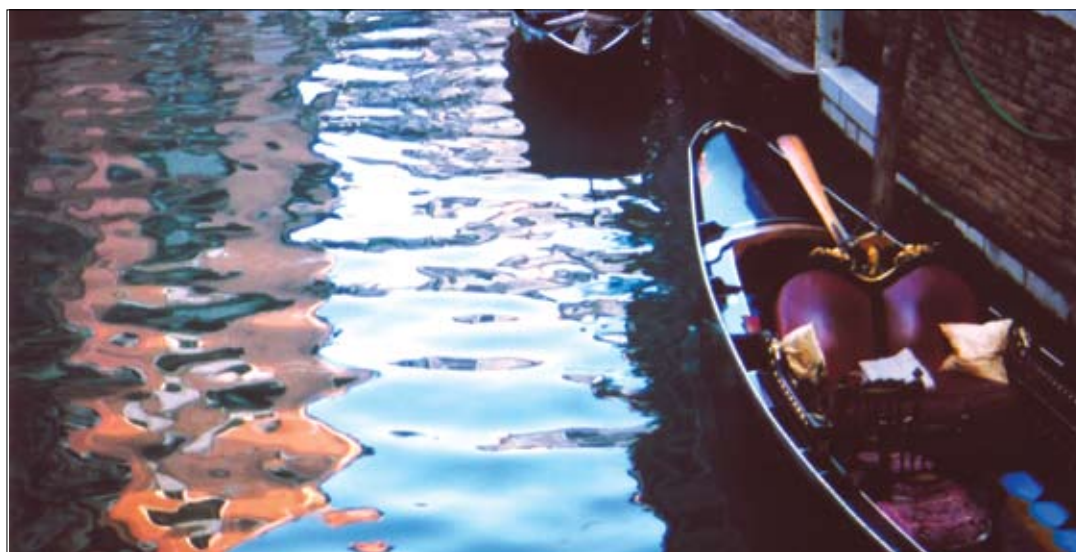
O drama que todos nós, gastrenterologistas, vivemos ao diagnosticar um cancro do cólon e simultaneamente ter a perfeita noção que na maioria dos casos tal poderia ter sido evitado através dum rastreio eficaz, é uma situação que tem de ser combatida e merece, por isso, o esforço de todos.



José Cotter

Gastrenterologista do
Hospital da Senhora da
Oliveira – Guimarães

Outras fotos



Spechio Sporco, Veneza; por Susana Alves Ribeiro

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

ENDOnews
Edifício Lisboa Oriente Office
Av. Inf. D. Henrique, 333-H,
4ª sala 45
1800-282 Lisboa
e-mail: endonews@vfbm.com

Participe!

Portugal e a prevenção do cancro do cólon e recto

que futuro?



Questões difíceis

Políticos têm que estar preparados para responder

Os políticos têm grande dificuldade em distinguir entre o valor individual e o valor social e em compatibilizar os princípios da beneficência com os da justiça na distribuição de recursos. Mas, mesmo que as respostas sejam difíceis, ao assumirem cargos de governo, têm que estar preparados para responder. E também para separar os valores éticos e humanos dos jogos e conflitos de interesses que existem na área da Saúde



JORGE SOARES, PRESIDENTE DA SOCIEDADE de Ciências Médicas, dedicou a sua intervenção na conferência “Portugal e a prevenção do cancro do cólon e recto – que futuro?” à relação entre a ciência, o conhecimento e a responsabilidade pública. E começou por recordar que, no final do século XIX, o investigador espanhol e Prémio Nobel, Santiago Ramón y Cajal, com instrumentos e preparações muito elementares, conseguiu descrever a organização microscópica do cérebro. “Nesse tempo, ciência era observar, definir o problema, encontrar aquilo que era diferente e novo, formular a pergunta, construir um caminho e dar uma resposta”. Naquele tempo, a ciência era generosa – pretendia-se que todos beneficiassem com as descobertas – e igual a conhecimento. Em contrapartida, hoje, a ciência só se transfor-

ma em conhecimento “quando o seu produto é uma informação nova, aplicável, suficientemente validada, demonstra ser eficaz, tem utilidade para as pessoas e valor social”.

Como a informação científica se transforma em conhecimento

Para dar uma ideia da velocidade do progresso da ciência e do conhecimento, Jorge Soares recordou que, no início do século XX, o cirurgião inglês Dukes verificou que, nos seus doentes, quanto mais o tumor progredia na parede do intestino, pior era o prognóstico. Isto significa que “quanto mais casos fossem identificados numa fase precoce, maior era o sucesso da intervenção: pelo contrário, em fase avançada, a capacidade de intervenção e o prognóstico final da doença era cada vez mais reservado”. Esta informação científica transformou-se em

conhecimento em três etapas distintas. Foi descrita em 1932; em 1954, os peritos da OMS consideraram que tinha utilidade, embora com algumas reticências e, em 1972, na terceira edição da Classificação dos Tumores, passou a ser uma prática generalizada para a avaliação do prognóstico. Isto significa que a transformação da informação científica em conhecimento não era algo imediato, mas um processo lento e progressivo.

O ritmo vertiginoso dos nossos dias

Jorge Soares recorda ainda a história da costureira de Alfred S. Warthin, que andava sempre a dizer-lhe que ia morrer cedo. O médico quis saber porquê e a mulher explicou que todas as pessoas da sua família tinham morrido cedo. Warthin decidiu investigar e acabou por verificar que, de facto, tanto a mãe, como o pai e uma tia da costureira tinham morrido com cancro de cólon. E assim, em 1913, assinalou a possibilidade de existirem cancros com transmissão intrafamiliar. Mas, apesar da sua importância, este conhecimento só foi retomado cinquenta e tal anos mais tarde. Em contrapartida, mais recentemente, a investigação molecular que permite identificar, a partir de um indivíduo suspeito, se os restantes membros da família são portadores dos genes alterados que conduzem à doença, decorreu num espaço de quatro anos. Ou seja, a progressão da informação científica para o conhecimento faz-se agora a uma velocidade vertiginosa.

Portugal e a prevenção do cancro do cólon e recto que futuro?

Células renovam-se cada três dias

Hoje sabe-se que o cancro resulta essencialmente de dois factores: a genética e o ambiente. Especificamente, as células do intestino renovam-se cada três dias. “Num processo tão rápido, é muito fácil que aconteçam erros”. Jorge Soares diz que “são os factores do ambiente que introduzem mutações no genoma humano. Essas mutações são promovidas, mais tarde, por outros factores, dando origem a cancro. Nos indivíduos sem história familiar, esse caminho faz-se a partir de lesões precursoras, os pólipos. Quem tem um, tem uma probabilidade; quem tem mais do que um, tem uma probabilidade maior e, nos indivíduos com transformação genética, que têm milhares e, por vezes, milhões, essa probabilidade é enorme”.

Jogo de valores e de interesses

Nesse caminho da ciência para o conhecimento, cada vez mais veloz, “o conhecimento torna-se translação, ou seja, em informação que pode ser utilizável para fins de tratamento e de profilaxia”.

Mas nesse movimento jogam-se coisas importantes: valores e interesses. Os primeiros têm a ver com a propriedade intelectual da descoberta científica e se, há alguns anos atrás, a descoberta pertencia ao seu autor, que era reconhecido, hoje envolve estruturas, instituições, empresas... “A observação do fenómeno natural, a partir do qual surge a descoberta, não é uma criação única e exclusiva da mente humana porque pode ser observada por outros mas a utilização comercial de uma qualquer representação ou mudança dessa realidade – um teste, por exemplo – já é propriedade intelectual”.

É aqui que se cruzam os interesses dos investigadores, das instituições e da indústria – designadamente de biotecnologia – e surgem os conflitos. Na perspectiva de Jorge Soares, isso implica uma reavaliação da responsabilidade dos diversos actores: investigadores, indústria, comunicação social, profissionais de saúde, sociedades científicas,

cas, instituições de saúde, nomeadamente as públicas, e o próprio Estado.

Culpados ou inocentes?

Os investigadores estarão inocentes? “Não”, diz Jorge Soares. “O resultado da sua investigação tem um valor curricular de descoberta e, hoje em dia, é através dele que se discutem lugares, se ascende na carreira e se alcançam posições em lugares destacados, com melhores salários. A competitividade e a carreira profissional é, hoje, uma característica da actividade científica pujante. Isso traz naturais conflitos entre a liberdade de investigar e a dependência de instituições, o que cria fraquezas e fragilidades”. De tal modo, que “a ciência médica não está imune à fraude e aos resultados inventados.

Quanto à indústria farmacêutica, o presidente da Sociedade de Ciência Médicas recorda que, em média, por mil moléculas novas patenteadas, apenas 14 passam à fase de investigação clínica e, destas, só uma chega ao mercado. Os investimentos podem rondar os 2,5 biliões de dólares. Daí que os interesses sejam também muito importantes, ao ponto de condicionar a liberdade dos investigadores. Já no que se refere à comunicação social, Jorge Soares critica o facto de procurar as notícias que vendem bem. Muitas vezes, sem se preocupar em “escrutinar a seriedade e o rigor da informação”.

Quanto aos profissionais de saúde e às sociedades científicas, “cabe-lhes divulgar os

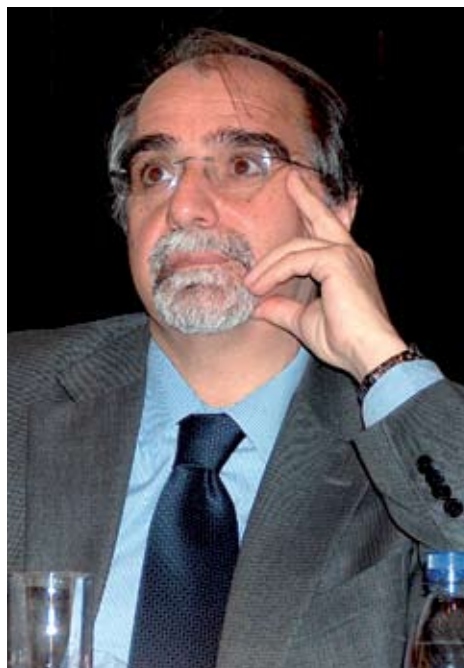
conhecimentos cientificamente validados, promover a generalização das Boas Práticas profissionais e intervir em Saúde na perspectiva de melhorar a qualidade de vida das pessoas, actuando em benefício do doente”.

Políticos têm que estar preparados para responder

Voltando à questão do cancro colorrectal, Jorge Soares refere que, na maior parte dos casos, provém dos pólipos. E vai progredindo.

Só que essa marcha demora tempo. “Por isso, o objectivo é tentar, com medidas de prevenção, que o tempo possa regressar, isto é, em lugar de facilitar, de uma forma negligente, essa evolução, tentar diagnosticar os casos numa fase precoce e com absoluto sucesso terapêutico”. Neste âmbito surge, mais uma vez, a questão da responsabilidade. “Conheço a dificuldade que os políticos têm para distinguir entre o valor individual e o valor social”.

No entanto, o cancro colorrectal é uma neoplasia largamente distribuída na população e, portanto, as medidas que forem implementadas terão valor não só individual como social. Outra questão difícil para os políticos é a de saber como compatibilizar os princípios da beneficência com os da justiça na distribuição de recursos. Jorge Soares concorda que as respostas a estes problemas delicados poderão ser difíceis. Não obstante, os políticos, quando assumem cargos, têm que, necessariamente, estar preparados para responder.



Jorge Soares diz que “são os factores do ambiente que introduzem mutações no genoma humano. Essas mutações são promovidas, mais tarde, por outros factores, dando origem a cancro”

Portugal e a prevenção do cancro do cólon e recto

que futuro?



Rastreio é uma das intervenções mais baratas do sistema de saúde

De acordo com uma investigação em curso, em cada mil indivíduos rastreados é possível ganhar 39 anos de vida. Mas Miguel Gouveia, da Universidade Católica Portuguesa, vai mais longe e afirma que cada ano de vida ganho com a realização do rastreio pode custar entre 2.700 e 3.500 euros. Isto significa “gastar dinheiro para fazer o rastreio do cancro do cólon e do recto é, provavelmente, uma das intervenções mais baratas do sistema de saúde português”

O CANCRO DO CÓLON E DO RECTO É UMA patologia em que existem várias certezas possíveis ao nível da intervenção possível. A mais importante e produtiva é a relação custo-efectividade da utilização sistemática do rastreio. Mas a sua realização esbarra em alguns obstáculos importantes: “o sistema de saúde português é demasiado hospitalocêntrico quando deveria incidir essencialmen-

te nos Cuidados de Saúde Primários, com ênfase na prevenção”, diz Miguel Gouveia, professor da Universidade Católica Portuguesa. “A ideia do rastreio, nomeadamente do cancro do cólon e do recto, facilmente suscita a adesão das pessoas”. O problema é que estas ideias, por vezes, acabam por não ser postas em prática porque não se lhes destina os recursos necessários.

“Importa, portanto, verificar se à simpatia das ideias corresponde uma mais-valia social e um grau de eficácia na utilização dos recursos”. Numa tentativa de olhar para estas questões de uma forma sistemática, Miguel Gouveia apresentou uma análise ainda não terminada “mas cujos resultados já merecem alguma atenção”.

Rastreio está aliado a uma intervenção terapêutica

O catedrático explica que “quando fazemos um rastreio universal para detectar uma condição muito rara, ele vai tornar-se extremamente caro mas, se for de uma situação frequente, passa a ser bastante mais custo-efectivo. Isto explica porque é que não fará sentido pensar numa estratégia de rastreio para casos de cancro raros enquanto que, noutros, bastante frequentes, o investimento é muito mais atractivo do ponto de vista de eficiência económica”.

Referindo-se ao benefício da detecção precoce, Miguel Gouveia afirma que numa situação em que não é possível fazer nada, excepto informar o doente, isso tem valor – as pessoas poderão gostar de estar informadas – mas o benefício é muito difícil de quantificar. Já o mesmo não acontece numa situação que permite a adopção de estratégias terapêuticas que aumentam a qualidade e quantidade de sobrevivência. Nesse aspecto, o rastreio do cancro do cólon e do recto, assume contornos *sui generis*: está ligado a uma intervenção terapêutica que permite a excisão de pólipos,



Portugal e a prevenção do cancro do cólon e recto que futuro?

evitando que se desenvolvam e transformem, mais tarde, em cancro. Ou seja, não existe uma separação clara entre rastreio e a própria intervenção terapêutica.

“Quer pela adopção de estratégias terapêuticas que aumentam a quantidade e qualidade de vida, quer porque a própria intervenção vai reduzir o número de cancros no futuro, o rastreio colorretal permite diminuir o número de mortes e ganhar anos de vida”.

Rastreio custa cerca de 90 euros

Em Portugal, a idade média de detecção do cancro do cólon e do recto situa-se entre os 62 e os 63 anos. De acordo com os índices de mortalidade do Instituto Nacional de Estatística, a generalidade dos portugueses, nessa idade, terão ainda, em média, uma esperança de vida de 19,5 anos.

De acordo com um estudo realizado pela Universidade Católica para a SPED, baseado em dados reais, um rastreio simples custa 91,2 euros por participante e um duplo rastreio, 136 euros.

Por outro lado, a investigação concluiu que cada pessoa com uma lesão alvo tinha custado, no primeiro rastreio, 3.380 euros e no rastreio duplo, 3.571 euros.

Fazendo uma especulação dos dados reais deste estudo com modelos teóricos, publicados em revistas internacionais, Miguel Gouveia pretende chegar à fase seguinte: indicadores com validade universal que permitam comparar o custo-efectividade do rastreio do cancro do cólon e do recto com outras intervenções do sistema de saúde.

Cada ano de vida ganho custa 3.500 euros

Adoptando a taxa de adesão (60%) obtida no estudo realizado em Portugal e utilizando um modelo de Lieberman sobre Cost Effectiveness for Colon Cancer Screening, aliado à estimativa do custo de tratamento do cancro do cólon e recto – 10 mil euros –, Miguel Gouveia conclui que, por cada mil indivíduos rastreados é possível ganhar 39 anos de

vida. Isto porque, de acordo com os cenários possíveis de Liberman, o rastreio feito simultaneamente com pesquisa de sangue oculto nas fezes e sigmoidoscopia (sigmoidoscopia), a taxa de detecção de cancro é de 80% e a taxa de prevenção, devido à escisão (excisão) de pólipos, de 67%.

Concentrando-se apenas nos custos do rastreio, o catedrático parte para uma nova constatação: cada ano de vida ganho pelo rastreio custa 3.505 euros. Mas, “se incluirmos o facto de haver uma redução da incidência

de cancro e, portanto, uma diminuição do número de pessoas que vão necessitar de tratamento, o custo por ano de vida ganho é de 2.728 euros”.

Em definitivo, “gastar dinheiro para fazer o rastreio do cancro do cólon e do recto é, provavelmente, uma das intervenções mais baratas do sistema de saúde português”. Ou seja, do ponto de vista económico, os dados demonstram que “é muito difícil dizer que o rastreio não é uma boa maneira de gastar o nosso dinheiro”.

Cancro colorrectal Colonoscopia virtual ainda não é um método de rastreio adequado

Apesar dos progressos e melhorias contínuas na colonografia por tomografia computadorizada e ressonância magnética – também conhecida como colonoscopia virtual – um estudo recente indica que o uso desta técnica ainda não pode ser vulgarizada enquanto método de rastreio do cancro colorrectal.

Uma equipa de investigadores da Universidade de Michigan, liderada por Aaron Link, levou a cabo uma meta-análise de 16 estudos que compararam a colonoscopia virtual com a colonoscopia convencional. Desses estudos, 11 envolveram 1.236 sujeitos submetidos a *screening* por tomografia computadorizada e os outros 5 envolveram 316 sujeitos submetidos a colonoscopia virtual por ressonância magnética.

Em comparação com a colonoscopia convencional, a colonoscopia virtual falhou a detecção de 27% das lesões colorrectais, incluindo pólipos do cólon pré-neoplásicos e cancros colorrectais, concluiu a pesquisa.

“A sensibilidade média da colonoscopia virtual para identificar a totalidade dos pólipos foi de cerca de 73% - um resultado semelhante ao da colonoscopia convencional”, salientou Aaron Link, em entrevista à Reuters Health. E para identificar pólipos superiores a um centímetro, “a sensibilidade da colonoscopia

virtual apenas aumentou para os 82 pontos percentuais”, acrescentou o especialista. “A sensibilidade não melhorou assim tanto, nomeadamente quando falamos de pólipos de maiores dimensões. Ficámos um pouco surpreendidos com estas conclusões...”, confessou Link, ressaltando que “para propósitos de rastreio, qualquer pólipo superior a um centímetro é tido como significativo, embora alguns especialistas argumentem que se deve considerar qualquer pólipo acima dos cinco milímetros”.

Os investigadores da Universidade de Michigan concluíram que, no geral, a especificidade média da colonoscopia virtual é de 82%. “À medida que a tecnologia evolui e os radiologistas melhoram a sua capacidade de interpretar os resultados, a colonoscopia virtual pode vir a tornar-se um bom método de rastreio do cancro colorrectal, mas por enquanto, ainda não é o mais adequado”, afirmou Aaron Link. O autor da pesquisa lembrou, porém, que “há uma série de novos estudos, com um grande número de doentes envolvidos, que não incluímos na nossa meta-análise e em que, na sua maioria, a colonoscopia virtual parece ter melhores resultados, face à convencional”.

Portugal e a prevenção do cancro do cólon e recto que futuro?

Cancro colorrectal preocupa toda a Europa

Em todos os países da Europa, a prevenção do cancro do cólon e do recto é uma das principais preocupações em termos de Saúde Pública. De acordo com um estudo realizado em 1995, esta era uma questão que preocupava tanto os homens como as mulheres dos 15 países que então formavam a União Europeia. O grande desafio passa pela inclusão deste rastreio nos programas de saúde

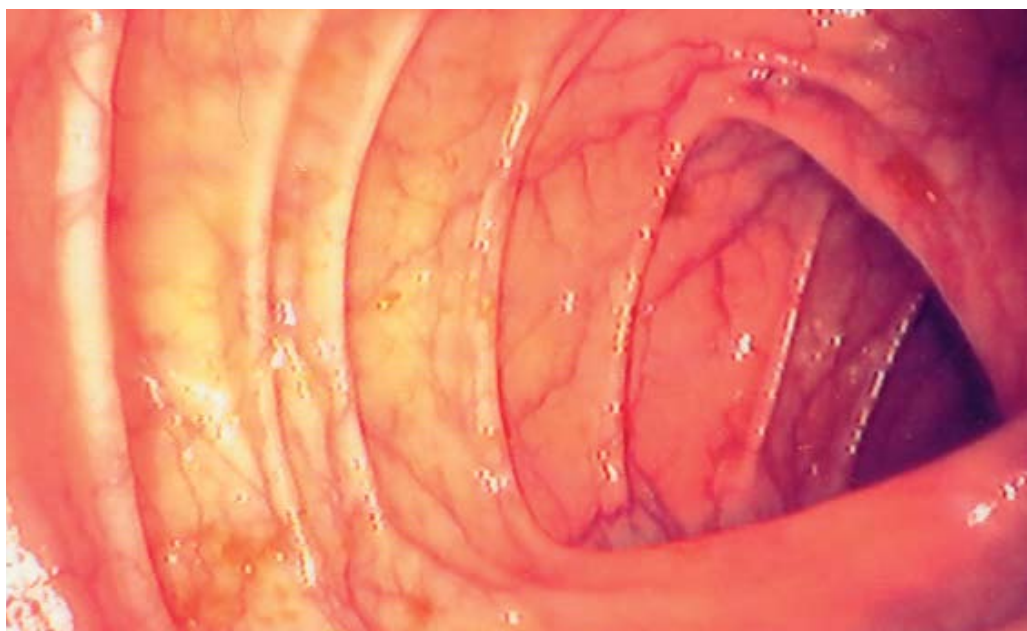
A INCIDÊNCIA ANUAL DE NOVOS CASOS na população é assustadora, embora varie consoante os países, diz o presidente da Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva, Jean-François Rey. Neste âmbito, é importante determinar quem são os indivíduos de risco. De acordo com as evidências, são os indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 75 anos.

“Se analisarmos as estatísticas, verificamos que Portugal se encontra entre os países que registam uma incidência superior. É preciso desenvolver métodos de rastreio que permitam inverter a situação”, como já está acontecer em muitos países. Entre outros motivos, porque se verificou que o custo do rastreio é significativamente inferior ao do tratamento dos doentes.

Muitos sistemas de saúde já implementaram os rastreios sistemáticos nos indivíduos de risco através de sigmoidoscopia flexível, como o Reino Unido, os países escandinavos e, mais recentemente, a França. Neste país, a pressão das sociedades científicas e da opinião pública foi de tal ordem que o governo, que já tinha avançado com um projecto-piloto em várias zonas do país, acabou por alargar o rastreio a todo o país.

Colonoscopia é o método mais efectivo

De acordo com o presidente da Sociedade Europeia, o método ideal utilizado nos rastreios é a sigmoidoscopia ou colonoscopia esquerda. Em primeiro lugar, porque os pólipos podem ser removidos imediatamente. Por



Muitos sistemas de saúde já implementaram os rastreios sistemáticos nos indivíduos de risco através de sigmoidoscopia flexível, como o Reino Unido, os países escandinavos e, mais recentemente, a França

outro lado, apresenta uma elevada sensibilidade na detecção de lesões malignas e não necessita de sedação prévia dos doentes, que aderem facilmente a este método de rastreio. É também um método relativamente simples de utilizar. As complicações são bastante raras. No Reino Unido, por exemplo, para além dos médicos, também as enfermeiras são autorizadas a empregar este método, sob a supervisão de gastroenterologistas.

Entretanto, a investigação não pára e prevê-se que, num espaço de tempo não muito longo, novos métodos chegarão à Europa. No entanto, a escolha dos métodos deve ter em conta a situação e as possibilidades económicas de cada país.

Campanhas devem envolver a população

Definitivamente, o rastreio deve ser efectuado em pessoas que apresentem história familiar de cancro do cólon e do recto, risco elevado de pólipos e cancro e indivíduos assintomáticos com mais de 50 anos. Na opinião de Jean-François Rey, as campanhas de sensibilização devem ser dirigidas a toda a população. “São os próprios pacientes que devem pedir a realização dos rastreios aos médicos e às instituições de Saúde. E perguntar aos políticos porque é que, face às evidências científicas actualmente disponíveis, o rastreio não é implementado de uma forma sistemática”.

Portugal e a prevenção do cancro do cólon e recto

que futuro?



Entrevista a Jean-François Rey A França já conseguiu!

No início de Abril, a França começou a fazer o rastreio sistemático do cancro colorrectal a todos os indivíduos de risco, ou seja, com mais de 50 anos. Jean-François Rey, presidente da Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva, diz que Portugal deve seguir o exemplo francês. Fundamentalmente, a pressão terá de partir dos próprios cidadãos, através dos médicos – nomeadamente, dos médicos de família – no sentido de sensibilizar a classe política para este problema de Saúde Pública

ENDOnews - Qual é a situação europeia no que se refere ao rastreio do cancro colorrectal?

Jean-François Rey - Actualmente, a situação na Europa mostra que há grande preocupação em relação ao cancro colorrectal. Do mes-

mo modo que se desenvolveram métodos de despistagem, por exemplo, do cancro do colo do útero na mulher, é preciso pôr em prática métodos de rastreio do cancro colorrectal em ambos os sexos. É o primeiro cancro em termos de mortalidade. Num país como a

França, com 60 milhões de habitantes, todos os anos surgem 37 mil novos casos e entre 15 a 20 mil mortes. As autoridades de saúde europeias tomaram consciência desse tremendo problema e as Sociedades de Endoscopia Digestiva de cada país, com o apoio da Sociedade Europeia, têm feito um trabalho de sensibilização dos políticos, dos pacientes e dos médicos – nomeadamente dos médicos de família – para a necessidade de implementarem uma política sistemática de rastreio do cancro colorrectal.

Temos um bom exemplo: nos Estados Unidos, há sete anos que teve início uma política de rastreio sistemática deste tipo de cancro. E verificou-se que, ao fazer o rastreio, diagnosticando os pólipos e retirando-os por endoscopia, isto é, sem cirurgia, diminui-se o risco de aparecimento posterior de cancro do cólon. É isso que queremos que aconteça na Europa. Já fazemos muitas colonoscopias e muitos rastreios de despistagem do sangue oculto nas fezes mas o objectivo é que cada país da União Europeia tenha uma verdadeira política de rastreio relativamente ao cancro do intestino e do cólon. Este deverá ser realizado em todos os indivíduos de risco, ou seja, a partir dos 50 anos.

Em França, como é que se conseguiu ultrapassar o impasse?

Durante três anos, o governo francês avançou com um rastreio a nível experimental em 23



Portugal e a prevenção do cancro do cólon e recto que futuro?

Departamentos. No início de Abril, o ministro da Saúde anunciou, na Reunião Europeia de Gastrenterologia, que reuniu mais de 3 mil especialistas que, a nosso pedido, generalizou a política de rastreio. Portanto, o rastreio sistemático do cancro colorrectal está disponível, desde agora, para todos os cidadãos franceses, o que é uma boa notícia.

Qual deverá ser a estratégia a seguir em Portugal?

Idêntica à francesa. Os médicos explicaram ao governo a importância de uma política

de rastreio sistemático do cancro colorrectal; os economistas demonstraram que é preferível gastar dinheiro para prevenir do que para curar doenças graves ou deixar os pacientes morrerem. Pesem estes alertas, penso que a pressão tem que partir, sobretudo, dos cidadãos: cada português deve pedir o rastreio ao seu médico de família, fazê-lo nos Serviços de Saúde e sensibilizar os políticos no sentido de que se trata de um problema de saúde pública e que é necessário investir dinheiro no rastreio. Tudo deve partir dos cidadãos. Noutros países,

foi a pressão popular, através dos meios de comunicação, que fez mexer a classe política.

O que pensa sobre a proposta apresentada pela SPED ao governo português?

Penso que é excelente. A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva tem feito um grande investimento, quer intelectual, quer financeiro, em prol de uma política de rastreio. Este é um facto assinalável numa Sociedade cujo papel, normalmente, é de carácter puramente científico.

Adelaide Oliveira

Casos endoscópicos

Úlceras gastro-duodenais em forma de “vulcão”: apresentação invulgar dum linfoma do tubo digestivo

Doente com 46 anos, sexo masculino, referenciado em Abril de 2002, por um quadro de epigastralgias tipo moinha, com irradiação ao dorso, que se agravavam com a ingestão alimentar e eram acompanhadas de enfartamento pós-prandial e náuseas. Referia anorexia, emagrecimento de

4 Kg em 4 meses e, desde há uma semana, sudação nocturna. Ao exame objectivo, salientava-se uma adenopatia supraclavicular esquerda e microadenopatias axilares bilaterais.

Foi submetido a endoscopia digestiva alta, que revelou, ao nível da face anterior do antro, a pre-

sença de uma úlcera gigante em forma de “vulcão”, com bordos elevados e irregulares (foto 1); em DII observou-se outra úlcera semelhante, mas menos profunda (foto 2). A histologia diagnosticou um linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células, CD20+, observando-se lesões linfoepi-

teliais compatíveis com linfoma primitivo do tubo digestivo. Analiticamente, salientava-se uma LDH de 8482 U/l e os HIV 1 e 2 foram negativos. Realizou T.C. toraco-abdominal que mostrou a presença de múltiplas adenopatias mediastínicas e abdominais. Foi submetido a biopsia óssea e mielograma que revelaram invasão medular.

Em Maio de 2002, iniciou quimioterapia sistémica, mas registou-se progressão da doença. Em Agosto de 2002, por envolvimento do SNC, foi submetido a radioterapia intratecal. O doente veio a falecer dois meses depois.

Sousa R, Lage P, Cabeçadas J, Frade MJ, Nobre Leitão C. IPOFG - CRL, S.A. • Serviços de Gastrenterologia, Hematologia e Anatomia Patológica



1º Prémio do Concurso de Fotografia Endoscópica 2005 da SPED

Portugal e a prevenção do cancro do cólon e recto

que futuro?

**Luiz Felipe Scolari****Nós também sabemos como a prevenção é importante!**

A CONFERÊNCIA CONTOU COM A PRESENÇA de numerosos representantes de vários quadrantes da sociedade civil, nomeadamente da Federação Nacional de Futebol.

“Na nossa profissão, também temos uma atitude de prevenção”, afirma Luiz Felipe Scolari. “Antes dos jogos, treinamos e fazemos testes para não correr riscos ou, se o fizermos, para que sejam controlados”.

De acordo com o treinador da selecção portuguesa, o convite da Sociedade Portuguesa de Endoscopia foi endereçado ao presidente da Federação, Gilberto Madaíl, que “entendeu que a nossa vinda, conjuntamente com os responsáveis do departamento técnico, é interessante no sentido de estabelecer contac-

tos e alargar a cooperação entre a Federação e uma Sociedade com grande intervenção no país ao nível da prevenção do cancro”. Por outro lado, Scolari refere a importância de ouvir e conhecer a opinião de pessoas credenciadas sobre questões importantes. “Como lidamos com muitas pessoas e grupos, eventualmente poderemos passar algumas informações que os poderão ajudar”.

Apesar de não ter um conhecimento específico sobre esta área da Saúde, Scolari afirma que está plenamente de acordo com a necessidade de rastreio do cancro colorrectal. Nesse sentido, afirma que “embora de uma forma diferente, também fazemos prevenção e sabemos como é importante”.

Toni**Rastreio é essencial... E falo por mim!**

A PREVENÇÃO DO CANCRO COLORRECTAL É um problema que diz respeito a toda a gente. “O cancro não escolhe classes”, diz Toni. “Por isso, passa por toda a sociedade portuguesa. É o cancro que mais mata. Nesse sentido, é preciso sensibilizar as pessoas e fazer passar a mensagem para que as pessoas não pen-

sem que acontece só aos outros”.

A lei da vida é inexorável!, afirma o técnico. “A partir dos 50 anos, é essencial ter essas precauções. E falo por mim, que há dois meses realizei uma colonoscopia. Como já estou perto dos 60, o rastreio vai passar a fazer parte do meu calendário, a título preventivo”.

**Mário Wilson****Um pequeno contributo a uma causa nobre**

QUEM DEVERIA CÁ ESTAR ERAM OS MEUS irmãos, ambos médicos, diz Mário Wilson. “Mas a minha esposa foi recentemente operada no Instituto Português de Oncologia e até agora, as coisas estão a correr muito bem. Por isso, pensei que a minha pre-

sença aqui poderia representar um pequeno contributo a uma causa tão nobre. Mesmo pequeno, penso que é importante mostrar que estamos ligados aos valores defendidos pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva”.



Todos devemos ter uma Opinião

A CONFERÊNCIA REALIZADA NO PASSADO DIA 20 de Abril teve uma assistência significativa, um grande impacto nos meios de comunicação social e algumas das questões colocadas pelas pessoas presentes no final da Conferência foram reveladoras do conhecimento público da doença e do impacto do rastreio. Com a presença de um representante de Sua Excelência o Sr. Ministro da Saúde, abriu a Conferência o Presidente da Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva, Professor J F Rey, que após justificar o lançamento da Campanha Europeia, recordou a evolução que se tem verificado em diferentes países europeus. O Presidente da Sociedade de Ciências Médicas, Professor Jorge Soares, recordou-nos aspectos essenciais do que podemos denominar *Medicina de Translação* e como os avanços da ciência se vão tomando conhecimento e de que forma a responsabilidade pública intervém na acessibilidade das populações à evolução do conhecimento científico.

A ética tem, no contexto de um pensamento preventivo, um lugar primordial e o Professor Jorge Soares recordou-nos também aspectos desta importante questão.

O Professor Miguel Gouveia fez-nos deslocar ao mundo das finanças e da sua intervenção

Pensamos que, hoje, este tema está muito mais clarificado: ou reduzimos o número de doentes e a mortalidade entre 30% a 50%, ou mantemos o mesmo número de doentes, mas promovendo o diagnóstico precoce reduzindo a mortalidade em cerca de 15%.



recordamos um pensamento, que citamos: “a prevenção do cancro do cólon e recto é, provavelmente, um meio de intervenção em saúde que consegue comprar anos de vida de forma muito económica”. Para finalizar chamámos a atenção de que face à crescente mortalidade por cancro do cólon e recto só temos duas opções: ou procurar o diagnóstico precoce, e nesse sentido devemos fazer a pesquisa de sangue oculto nas fezes anualmente e atingir uma redução de mortalidade que rondará os 15%, ou fazer prevenção secundária com o rastreio por endoscopia, reduzindo o número de novos doentes e obtendo desta forma uma redução da mortalidade que se estima entre 30% a 50%.

As opções da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e da Comissão Oncológica Nacional são completamente divergentes. Todos deveremos ter uma opinião e para isso é necessário conhecer bem as diferentes opções. Mas nós temos muita dificuldade em aceitar posições de autoridade numa matéria claramente científica, sobretudo de quem nada tem feito no terreno para promoção da saúde oncológica nesta área. Agradecemos com sentido de gratidão o Alto Patrocínio de Sua Excelência o Senhor Presidente da República, Dr. Jorge Sampaio e não resistimos a citar o que recentemente afirmou “não fazer as coisas porque não há dinheiro ... É atitude de país rico”. *C. Nobre Leitão*



Sessão de Abertura

“A endoscopia digestiva é a grande diferenciação da Gastrenterologia”



Este evento juntou à mesma mesa gastroenterologistas portugueses e espanhóis

SÃO INCONTESTÁVEIS AS SEMELHANÇAS entre o Norte de Portugal e a região espanhola da Galiza... Na língua, na gastronomia e em tantas outras tradições, portugueses do Norte e galegos partilham uma mesma alma.

Na década de 80, um grupo de gastroenterologistas da Corunha e de Trás-os-Montes iniciaram uma parceria, ao nível da organização de jornadas conjuntas, com vista ao intercâmbio de conhecimentos entre os profissionais ibéricos. Mas as dificuldades que sempre imperam neste tipo de iniciativa e na manutenção de um contacto mais estreito entre colegas de diferentes países, ainda que vizinhos – há cerca de 25 anos atrás, as redes de transportes e estradas não estavam tão desenvolvidas como as de hoje e as tecnologias de comunicação, como o e-mail, ainda soavam a ficção científica – acabaram por gorar a aliança ibérica.

Só este ano, fruto da força de vontade e empenho pessoal de dois médicos – e, sobretudo, “bons amigos” – foi possível reactivar esta parceria entre Galiza e Norte de Portugal, através da realização das 3^{as} Jornadas Luso-

-Galaicas de Endoscopia Digestiva. A organização da iniciativa esteve a cargo de José Luiz Vázquez-Iglesias e Venâncio Mendes, dos serviços de Gastrenterologia do Hospital de Juan Canalejo (Corunha) e pelo Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua SA, respectivamente, para quem a troca de experiências entre os dois países é fundamental.

E a avaliar pelo sucesso desta edição, que decorreu em simultâneo com a 18^a Reunião Norte de Endoscopia Digestiva na pacata vila de Vidago, famosa pela sua água gaseificada, tudo leva a crer que esta parceria tem pernas para andar...

Presente na cerimónia de abertura das reuniões, o presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED), Nobre Leitão, mostrou-se bastante agradado com a reactivação desta parceria entre os gastroenterologistas portugueses e os *nuestros hermanos* galegos.

Programa com predomínio endoscópico

Também durante a sessão de abertura das 3^{as} Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia

No passado mês de Fevereiro, a bela vila transmontana de Vidago foi palco da 18^a Reunião Norte de Endoscopia Digestiva e das 3^{as} Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva. Os eventos, que decorreram em simultâneo, reuniram gastroenterologistas portugueses e espanhóis em torno de temas científicos de teor predominantemente endoscópico. Ou não fosse a endoscopia digestiva “a grande diferenciação da nossa especialidade...”, salientou o presidente da comissão organizadora e médico do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua SA, Venâncio Mendes



O Hotel Palace do Vidago acolheu os participantes



Digestiva e da 18ª Reunião Norte de Endoscopia Digestiva, o presidente da comissão organizadora, Venâncio Mendes, explicou que “foi nossa intenção elaborar um programa científico de teor eminentemente endoscópico, dado que a endoscopia digestiva é sem dúvida a grande diferenciação da especialidade de Gastrenterologia”. De acordo com o médico do Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua SA, a “crescente realização de técnicas diferenciadas obriga a uma troca de experiência interpares”,

não esquecendo que a endoscopia é cada vez mais intervencionista, para além de diagnóstica. Ou seja, “muitas das situações que antigamente tinham que ser alvo de intervenção cirúrgica, hoje em dia são tratadas endoscopicamente”, salientou o especialista.

Quanto ao programa científico deste encontro ibérico, tanto Venâncio Mendes, como Vázquez-Iglesias destacaram a enorme pertinência dos temas escolhidos e se mostraram agradavelmente surpreendidos com o “elevado número de comunicações orais apresentadas” em sessões de *Instantâneos Endoscópicos*. Assim, estas jornadas destinaram-se fundamentalmente aos médicos gastrenterologistas e clínicos em fase de formação pós-graduada em

Gastrenterologia. Mas as reuniões do Vidago acolheram, igualmente, um número significativo de profissionais de enfermagem... É que,

conforme explicou Venâncio Mendes à nossa revista, à margem da sessão de abertura, “é evidente que uma equipa de endoscopia digestiva não se confina ao médico. O enfermeiro é uma ajuda indispensável ao acto endoscópico”.

A este propósito, o gastrenterologista fez ainda questão de sublinhar que “a prática da endoscopia digestiva pode e deve ser uma especialização dos *currícula* e carreira de enfermagem, de forma a acabar com a rotatividade dos enfermeiros pelas várias unidades de

endoscopia digestiva, o que em nada beneficia a boa prática endoscópica”.

Perto da Cirurgia, longe da Medicina Interna...

Esta evolução da prática endoscópica leva a que “hoje em dia, a interdependência da

Gastrenterologia com a Cirurgia seja muito mais evidente do que com a Medicina Interna”, referiu Venâncio Mendes. Ainda assim, “a Gastrenterologia tem que continuar a ser uma especialidade médica”... A questão é que as técnicas em Gastrenterologia, nomeadamente as endoscópicas, se baseiam cada vez mais em procedimentos cirúrgicos. “Uma vez que podem surgir complicações durante a realização do acto

endoscópico, a Gastrenterologia necessita de um apoio efectivo da Cirurgia”, esclareceu o médico, sublinhando a necessidade da criação

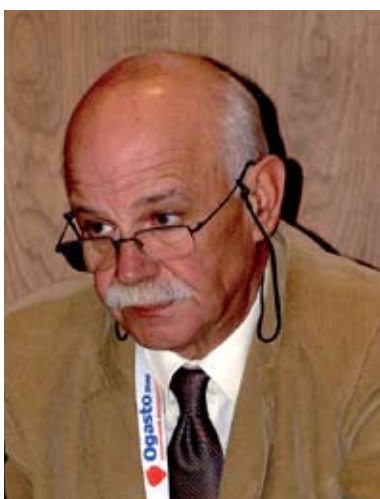
de protocolos entre as duas especialidades. “Igualmente fundamental é o estabelecimento de protocolos de investigação clínica e realização de estudos epidemiológicos em Gastrenterologia entre Portugal e Espanha”. Quem o defende é Venâncio Mendes, mostrando-se receptivo à intenção manifestada por Vázquez-Iglesias de criar um Clube Lusitano-Galaico de Endoscopia Digestiva.

Para o médico galego, esta estrutura informal – não sujeita aos condicionamentos administrativos que imperam no processo de formação de sociedades e associações – permitiria “ir além da organização conjunta deste tipo de jornadas”. A ideia, no fundo, é “criar um compromisso que dê um pouco mais de estabilidade a esta parceria”, avançou à nossa revista o colega do Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua SA.

Cláudia Brito Marques



Vázquez-Iglesias propôs a criação de um Clube Lusitano-Galaico de Endoscopia Digestiva



Venâncio Mendes salientou a cada vez maior interdependência entre a Gastrenterologia e a Cirurgia

Exposição de fotografia

“Um pouco de abstraccionismo do que somos por dentro...”



A participação de José Luiz Vázquez-Iglesias nesta reunião luso-galaica foi um pouco além da vertente científica e organizacional... Com a

exposição de fotografia Paisagens do Corpo Humano, o gastrenterologista galego partilhou com os colegas portugueses o seu lado mais artístico.

“A fotografia é um gosto antigo”, confessou o especialista à nossa revista, que já tem uma série de livros publicados nesta área. “Há algum tempo uma galeria de arte da Corunha pediu-me que fizesse algo um pouco distinto do habitual e surgiu-me esta ideia”, explicou. Em Paisagens do Corpo Humano, as imagens endoscópicas ganham cor e fazem “um pouco de abstraccionismo do que somos por dentro”...



Tratamento endoscópico de lesões obstrutivas Articulação precoce entre Gastreenterologia e Cirurgia precisa-se!

A interdependência entre a Gastreenterologia e a Cirurgia ficou uma vez mais comprovada na primeira mesa redonda das jornadas, dedicada à temática *Tratamento endoscópico de lesões obstrutivas do estômago, duodeno, cólon, esófago, vias biliares e pâncreas*

DOIS MÉDICOS GALEGOS E DOIS MÉDICOS portugueses abordaram, na primeira mesa redonda das 3^{as} Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva e da 18^a Reunião Norte de Endoscopia Digestiva, um tema científico de elevada pertinência para os trabalhos: o Tratamento endoscópico de lesões obstrutivas nos principais órgãos do sistema digestivo.

Estômago, duodeno, cólon, esófago, vias biliares e pâncreas são muitas vezes alvo de lesões obstrutivas, benignas ou malignas, cujo tratamento é cada vez mais do domínio do gastreenterologista, numa estratégia de colaboração com a especialidade de Cirurgia. Assim, na discussão que se seguiu

ao final das quatro apresentações, muitos dos especialistas em Gastreenterologia presentes na reunião salientaram a importância destas matérias serem debatidas com os colegas da Medicina Interna e de Cirurgia. Tudo porque, “o cirurgião habituou-se a ver a Gastreenterologia como uma especialidade que lhe fornecia doentes” e “é preciso mudar esta ideia, fomentando uma colaboração estreita entre as

duas especialidades”, notou um dos médicos na assistência.

Um outro clínico presente no auditório do Hotel Palace Vidago salientou, a propósito da temática em discussão que esta colaboração é uma mais-valia para os profissionais e para o próprio doente, já que “o diagnóstico

No caso das lesões benignas, o gastreenterologista notou que a terapêutica com corticóides “passou à história”, tendo sido substituída, com muitos melhores resultados, pela colocação de próteses.

No que diz respeito às lesões obstrutivas malignas, o especialista lembrou que o cancro

do esófago é a sexta causa de morte por neoplasia a nível mundial e o seu prognóstico “é péssimo”. A palição endoscópica pode e deve ser executada em caso de disfagia, odinofagia, dispneia, tosse e emagrecimento, sublinhou Dias Pereira. A este propósito, o clínico lembrou que com o aparecimento de novas técnicas, as próteses convencionais de plástico têm vindo a ser progressivamente

abandonadas. “Embora um estudo húngaro, que abrangeu 169 doentes, tenha demonstrado uma taxa de sucesso perto dos 100% com esta técnica”, referiu.

Quanto às terapêuticas ablativas, Dias Pereira destacou o laser – em que o laser Nd-Yag tem uma utilidade limitada nos tumores proximais – e as terapêuticas fotodinâmicas que, enquanto tratamento paliativo do cancro do



e tratamento em Gastreenterologia se tornam assim mais precoces”.

Esófago

Com base nos resultados de alguns estudos científicos recentes, Dias Pereira apresentou as melhores opções de tratamento endoscópico para as lesões obstrutivas – benignas e malignas – do esófago.



esófago, vêem a sua acção limitada por um custo extremamente elevado.

Por sua vez, a colocação de próteses metálicas auto-expansíveis, com 15 anos de experiência, não beneficia os doentes com scores de disfagia inferiores a dois (2), precisou o especialista. “Nos tumores do esófago distal e junção esogástrica, a eficácia das próteses com mecanismos anti-refluxo ainda não foi comprovada”, acrescentou o prelector. Em jeito de conclusão, e com base nos dados de um estudo holandês, Dias Pereira referiu que, dado o melhor alívio a longo prazo da disfagia e a menor ocorrência de complicações, a braquiterapia é o tratamento primário da disfagia recomendado em doentes com cancro do esófago.

Estômago e duodeno

A López Rosés foi pedido que abordasse a questão do tratamento endoscópico das lesões obstrutivas do estômago e do duodeno. Assim, o médico espanhol dedicou especial atenção ao carcinoma gástrico avançado.

Em 30% dos casos, esta neoplasia “provoca náuseas e vômitos e o seu prognóstico não é bom”, afirmou o gastroenterologista. Até 1992, ano em que foi realizado o primeiro implante de prótese duodenal, a gastrostomia era a técnica terapêutica *standard* para estes doentes.

“Mas este não é um procedimento inócua”, sustentou o especialista, acrescentando que “a técnica resultava em má qualidade de vida para os doentes, não resolvendo as náuseas e vômitos em 50% dos casos e com uma taxa de mortalidade muito elevada”.

Assim, as próteses – cuja técnica de coloca-

ção é radioscópica ou endoscópica – têm, hoje em dia, um êxito clínico e técnico muito

Cólon, pâncreas e vias biliares

De acordo com Benito González Conde, “são muitas as técnicas endoscópicas que se po-

dem utilizar no tratamento das lesões obstrutivas benignas ou malignas do cólon, mas as próteses são as mais recomendadas e prevalentes”.

O médico galego não tem dúvidas de que para os doentes com estenose maligna provocada por cancro colorrectal a colocação de próteses é o tratamento padrão.

São muito variadas as lesões que podem obstruir o pâncreas e as vias biliares. Desde tumores de Klatskin e tumores do confluente bilio-pancreático (região ampolar) até litíase da via biliar..

E o tratamento das lesões obstrutivas bilio-pancreáticas pode ser um “autêntico trabalho de pichelaria”, salientou Rui Teixeira, gastroenterologista do Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua SA. Assim, sustentou o especialista, “o apoio de retaguarda por parte da especialidade de Cirurgia é fundamental, pelo que os serviços de Gastroenterologia devem estar fisicamente próxi-



López Rosés falou sobre problemas no estômago e duodeno



As diversas formas de lesão obstrutiva bilio-pancreática e seu respectivo tratamento foram apresentadas por Rui Teixeira



Dias Pereira falou sobre lesões obstrutivas do esófago, nomeadamente malignas



González Conde apresentou as vantagens das próteses em doentes com estenose por cancro colorrectal

ção é radioscópica ou endoscópica – têm, hoje em dia, um êxito clínico e técnico muito

mos do bloco operatório”.

Cláudia Brito Marques

Universalidade: um direito!

A DIRECÇÃO DA SPED, PREOCUPADA COM a discriminação que o Ministério da Saúde faz entre os portugueses, no que ao acesso a meios complementares endoscópicos para estudo do cólon e recto diz respeito, solicitou em Agosto de 2004 uma entrevista ao Sr. Ministro da Saúde.

Dados os inúmeros afazeres de Sua Excelência, apenas em Janeiro de 2005 fomos recebidos pela Sra. Secretária de Estado, Dra. Regina Bastos, com quem tivemos uma reunião interessante. Explicitámos a dificuldade que os portugueses beneficiários exclusivos do SNS, que não têm “primos” ou “cunhas” para acesso aos Hospitais, têm no acesso à execução de exames complementares de diagnóstico endoscópicos para estudo do cólon e recto. Esta dificuldade para o diagnóstico inviabiliza também e naturalmente a implementação do rastreio do cancro do cólon e recto e assim vamos assistindo passivamente à crescente mortalidade por aquela doença. Se o acesso fosse fácil, como nos parece ser um direito normal de qualquer cidadão numa sociedade civilizada e com conteúdo humano, não necessitaríamos para nada do Ministério da Saúde para desenvolver o rastreio e desta forma respondermos modernamente à crescente mortalidade por cancro do cólon e recto que se observa entre nós. Assim ficam muitos portugueses (aquela fracção dos beneficiários exclusivos do SNS que não têm primos ou cunhas para aceder aos hospitais), condenados à parésia das estruturas do Ministério da Saúde, que naturalmente apenas produzem palavras, quantas vezes desprovidas de qualquer sentido.

Na sequência daquela reunião e em respos-

ta à carta que nos foi enviada mostrámos soluções concretas para que os portugueses possam ter acesso a meios adequados de diagnóstico e também soluções diversas para o acesso a meios complementares de diagnóstico e em relação ao rastreio apresentámos um projecto concreto. Sabemos que os nossos interlocutores mudaram e esperamos que não tenha sido esquecido o *dossier* então aberto. Mas conhecendo o Ministério, como o conhecemos, receamos que tenha desaparecido no meio de tantas comissões de peritos que lá existem. Entretanto aguardámos mais umas semanas antes de solicitar resposta às questões que então colocámos.

Do *dossier* entretanto construído, permitimo-nos transcrever parte de um parecer emitido pela Presidente da ARS do Algarve, Dra. Assunção Martinez por solicitação da Sra. Secretária de Estado, parecer que nos foi enviado e que de seguida transcrevemos

“Demonstrados os benefícios do rastreio, efectuar um estudo de âmbito nacional que abranja apenas parte da população fere o direito de igualdade de acesso, coisa que ética e juridicamente parece questionável. Compreende-se a boa vontade da SPED em tornar o rastreio exequível, mas os decisores governamentais têm o dever de zelar pela igualdade. Claro que, face a toda a evidência existente, se exige do Poder constituído uma política que garanta os princípios constitucionais e as orientações de organismos e tratados internacionais, pelo que não é mais legítima uma atitude expectante perante um tão grave problema de saúde pública. Não é mais aceitável que a controvérsia metodológica sirva de desculpa para nada fazer, e que continue a defender-se determinada orientação, neste caso o rastreio com pesquisa de sangue oculto nas fezes, para paralisar toda e qualquer iniciativa de rastreio, pois, como se disse, esta parece ser a modalidade de rastreio menos vantajosa, e nunca as entidades que a propõem fizeram sequer qualquer esforço para a sua implementação”.

Desnecessários quaisquer comentários.

C. Nobre Leitão

10-14 Setembro 2005 WORLD CONGRESS OF GASTROENTEROLOGY

Palais des Congres, Montreal, Canada
E-mail: wcog2005@congrex.nl
Web site: wcog2005.org

11 Julho 2005

XVII Encontro Nacional da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública – Sociedade em Rede e Saúde

Local: Salão Nobre da Escola
Nacional de Saúde Pública
Tel.: 21 751 21 65
E-mail: appsp@ensp.unl.pt

25-26 Novembro 2005

XX REUNIÃO ANUAL DO NÚCLEO DE GASTROENTEROLOGIA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

Tema: Patologia Funcional Digestiva
Hotel Marriott d’el Rey, em Óbidos
Web site: www.nghd.pt

5 e 6 de Dezembro de 2005

XV CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

Hospitais da Universidade
de Coimbra, Coimbra
Web site: www.spcoloprocto.com

28 Out- 2 Nov 2005 ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY

Honolulu, Havai, EUA
Web site: www.acg.gi.org

15- 20 Outubro 2005

13th UNITED EUROPEAN GASTROENTEROLOGY WEEK

Copenhaga, Dinamarca
Web site: www.uegf.org

6- 8 Outubro 2005

4th MEETING OF MEDITERRANEAN SOCIETIES OF PANCREATOLOGY

Hotel Mariot, Lisboa, Portugal
Organização: Clube Português Pâncreas
E-mail: laura.antunes@equador-viagens.pt
Web site: www.cppancreas.com

