

ENDO news

Nº12 • Dezembro 2005

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Director: Venâncio Mendes • Preço: 1,50€ (IVA incluído)

Elevada prevalência de refluxo gastro-esofágico na população portuguesa
Resultados de uma sondagem realizada pela SPED

UEGW 2005
13ª Semana Europeia de Gastrenterologia

III Jornadas de Controlo de Infecção do Algarve
Hospitais e centros de saúde reúnem-se em torno de objectivos comuns

Diniz de Freitas
Uma Vida



13º EndoClub Nord
Técnicas endoscópicas transmitidas
via satélite para Portugal

Sumário

- 4 Editorial
- 6 O que ELES dizem / “Choque Tecnológico”
- 7 O canto do investigador
- 8 O rastreio do cancro do cólon salva vidas!
- 9 Portugal na presidência da UEMO
- 10 **ELEVADA PREVALÊNCIA DE REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO NA POPULAÇÃO PORTUGUESA**
Resultados de uma sondagem realizada pela SPED
- 12 **ENTREVISTA**
Diniz de Freitas - Uma Vida
- 18 **TEMA DE REVISÃO**
Mucosectomia endoscópica
- 20 **CASO CLÍNICO**
Tumor rectal com final feliz
- 21 **13º ENDOCLUB NORD**
Técnicas endoscópicas transmitidas via satélite para Portugal
- 22 **REPORTAGEM**
XX Reunião Anual do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais
- 24 **REPORTAGEM**
UEGW 2005 - 13ª Semana Europeia de Gastrenterologia
- 26 **III JORNADAS DE CONTROLO DE INFECCÃO DO ALGARVE**
Hospitais e centros de saúde reúnem-se em torno de objectivos comuns
- 27 **APOIO**
Associação Portuguesa de Ostomizados
- 27 Agenda

Nota do editor



José Manuel Romãozinho

Com a tomada de posse, no Verão passado, dos novos Corpos Sociais da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, mudou a equipa editorial do *ENDOnews*. Não mudou, todavia, o objectivo primordial desta publicação nem o fundamental da sua estrutura. Com efeito, no que respeita ao primeiro aspecto, pretende-se que o *ENDOnews* continue a ser um espaço privilegiado de diálogo entre os gastrenterologistas e os especialistas em medicina geral e familiar, ao serviço da saúde da população portuguesa. No que concerne, por seu turno, à estrutura do *ENDOnews*, introduziram-se alguns acrescentos visando, não só tornar a sua leitura simultaneamente mais lúdica e formativa, mas também promover a interactividade com o público leitor, convertendo-o igualmente em produtor de grande parte dos conteúdos da revista. O corpo central deste número do

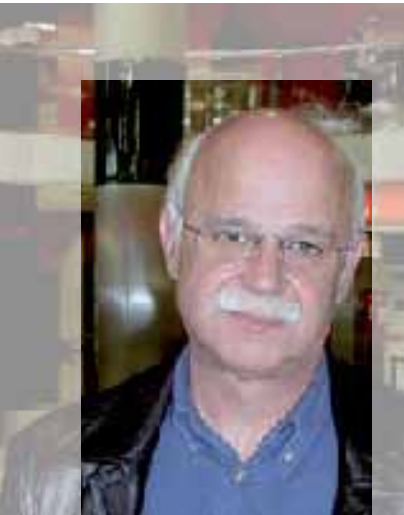
ENDOnews é ocupado com uma notável entrevista dada pelo Prof. Diniz Freitas, que aliás dá capa à publicação, levada a cabo aquando da sua recente jubilação. Nela, aquele ilustre Colega, pioneiro na realização em Portugal de numerosas técnicas de endoscopia digestiva, relembra o percurso duma vida universitária e hospitalar invulgarmente rica e multifacetada e, com a lucidez que o caracteriza, perspectiva o futuro da medicina em geral e da gastrenterologia em particular. Leiam, pois vale muito a pena.



Ficha Técnica

ENDOnews Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N°12 • Agosto a Dezembro 2005. **Director** Dr.Venâncio Mendes. **Editor** Prof. Dr.José Manuel Romãozinho. **Editores adjuntos** Dr. Bento Charrua, Dra. Isabelle Cremers, Dr. Mário Diniz Ribeiro. **Colaboradores** Dra.Anabela Pinto, Dr. Carlos Canhota, Dr. Eduardo Mendes, Dr. José Manuel Soares, Dr. Leopoldo Matos, Dr. Pedro Amaro, Dr. Rui Nogueira. **Colaboram neste número** Dr.A. Dias Pereira, Prof. Dr. Carlos Nobre Leitão, Dr. Luís Pisco, Dr. Miguel Areia, Dr. Paulo Souto, Dra. Sílvia Barrias. **Ilustrações** Susana Ribeiro. **Cartoon** Eduardo Esteves. **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

Editorial



*Venâncio Mendes
Presidente da Sociedade
Portuguesa de Endoscopia Digestiva*

Quando assumi as funções de Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, em Junho de 2005, sabia estar a aceitar uma pesada tarefa, que espero levar a bom porto, não só com a colaboração dos Corpos Directivos, mas também como o apoio e o estímulo dos sócios da nossa Sociedade. Nos últimos anos, a SPED tem revelado grande dinamismo, mercê do espírito de grupo e vontade de fazer que marcaram o trabalho desenvolvido pelas anteriores direcções. Seria injusto da nossa parte, não lembrar Carlos Sofia, Paula Alexandrino, Hermano Gouveia, Carlos Pinho e Nobre Leitão, pelo impulso e espírito de dádiva, que souberam e quiseram dar à nossa Associação.

Conscientes das responsabilidades e cientes do trabalho que nos aguarda, pusemos, de imediato, mãos à obra, elaborado um plano das actividades que esperamos desenvolver no biénio 2005/2007. É esse plano que submetemos ao escrutínio dos leitores, esperando receber de volta críticas e sugestões, que entendam pertinentes e construtivas.

Por considerarmos serem as reuniões da direcção manifestamente insuficientes para a apresentação e discussão de toda a actividade programada, decidimos constituir Comissões Específicas, previstas nos estatutos da Sociedade. Assim, serão criadas e/ou reactivadas as seguintes Comissões:

- Comissão da Campanha do Rastreio do Cancro Colorrectal;
- Comissão Editorial;
- Comissão de Educação e Investigação;
- Comissão das Relações Exteriores;
- Comissão de Ética.

Estas comissões, coordenadas

por um ou dois elementos, gozam da autonomia necessária ao desenvolvimento de acções que reputeem de essenciais e serão constituídas por outros sócios de Sociedade, que não apenas membros dos Corpos Sociais. Como é do conhecimento de todos, a SPED tem empenhado boa parte do labor no planeamento e desenvolvimento, em Portugal, de um programa de rastreio do CCR. Desde há cerca de seis anos, temos vindo a realizar acções de sensibilização, não só junto da classe médica e outros profissionais de saúde, mas também da população em geral. Consideramos esta tarefa ultimada – mas nunca finalizada – e que é chegada a hora de se passar das palavras aos actos, pondo em prática um programa de rastreio. Subsistem, no entanto, dois problemas que urge ultrapassar. Por um lado, as linhas orientadoras do Plano Oncológico Nacional. Por outro, a falta de apoio do Ministério da Saúde, cuja colaboração empenhada é essencial ao sucesso deste projecto.

As sociedades científicas devem, em nossa opinião, constituir-se como órgão de consulta da tutela, na definição das grandes linhas orientadoras do sistema de saúde português. Nesse sentido, encetámos contactos com o Ministério da Saúde, tendo sido já recebidos pelo presidente da Comissão Oncológica Nacional e pelo director do Departamento de Formação, que nos manifestaram total disponibilidade e interesse em colaborar com a SPED. Fruto do labor da direcção presidida por Nobre Leitão, está já na posse do ministério um projecto elaborado em parceria com a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica geral, que tem como objectivo introduzir, na prática,

um programa de rastreio à população de risco padrão, com recurso a colonoscopia esquerda. No que respeita à actividade editorial, são nossos objectivos manter a publicação regular do ENDOnews; rever as recomendações editadas anteriormente e editar novas brochuras. Pretendemos, também, substanciar em livro de consulta rápida, não só a súmula das recomendações, bem como alguns temas mais recorrentes na prática da endoscopia digestiva. Será ainda nosso objectivo, estimular os sócios a contri-

buírem, com os seus trabalhos, para publicação no GE.

O contacto que estabelecemos com o departamento de formação do ministério, permite auspiciar uma profícua colaboração com a nossa Sociedade, não só no campo da Formação pós-graduada, como também na planificação da educação médica continuada e na investigação.

É nosso objectivo incrementar a realização de reuniões de índole essencialmente endoscópica. Inserir-se nesta linha o Endoclub Nord, que teve transmissão via

satélite de demonstrações ao vivo, uma reunião em colaboração com a anatomia patológica que terá como tema central a "Mucosectomia Endoscópica" e as já habituais Jornadas Luso-Galaicas. Em campo de relações internacionais, estabelecemos já contactos com colegas de Angola e Moçambique no sentido de lhes prestarmos apoio, através da realização de cursos práticos de endoscopia digestiva, a ministrar nos hospitais locais. Tendo em vista reforçar as nossas reivindicações junto da tutela para

que à endoscopia digestiva sejam afectados mais e melhores meios humanos, técnicos e estruturais, torna-se imprescindível conhecer a fundo a realidade da prática da Endoscopia Digestiva no nosso País. Assim, apelamos desde já à colaboração dos colegas nos três inquéritos que pretendemos lançar a nível nacional.

Nas várias reuniões que mantivemos com a Indústria Farmacêutica e Tecnológica, tentámos alterar o figurino habitual de colaboração. Deste modo, e a exemplo do que se passa noutros

países, parece-nos mais lógico - e provavelmente mais rentável para ambas as partes - que os patrocínios não se limitem a iniciativas isoladas, mas ao patrocínio oficial das sociedades científicas, abrangendo-se, deste modo, a totalidade das acções que estas decidam levar a cabo.

Termino estas linhas, manifestando a total abertura da actual direcção para receber sugestões que os associados julguem relevantes para o desenvolvimento e promoção da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva.



O que ELES dizem



Venâncio Mendes
Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

“A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva tem vindo a empenhar grande parte do seu labor no implementar e desenvolver de um programa de rastreio do cancro do cólon e recto em Portugal. Entendeu, esta sociedade, ser sua obrigação e dever pugnar pelo estabelecer de medidas preventivas no combate ao cancro que mais mata no nosso país (...).

“Há dezenas de anos, regularmente, mês após mês, a imprensa, num alarido triunfalista, anuncia ser a cura do cancro uma questão de semanas. Estas notícias de “curas para a próxima semana” contribuem decisivamente para menorizar a importância de uma estratégia preventiva quando esta atitude inclui características essencialmente humanas, como são a necessidade de prever e o desejo e ansiedade de compreender o científico “

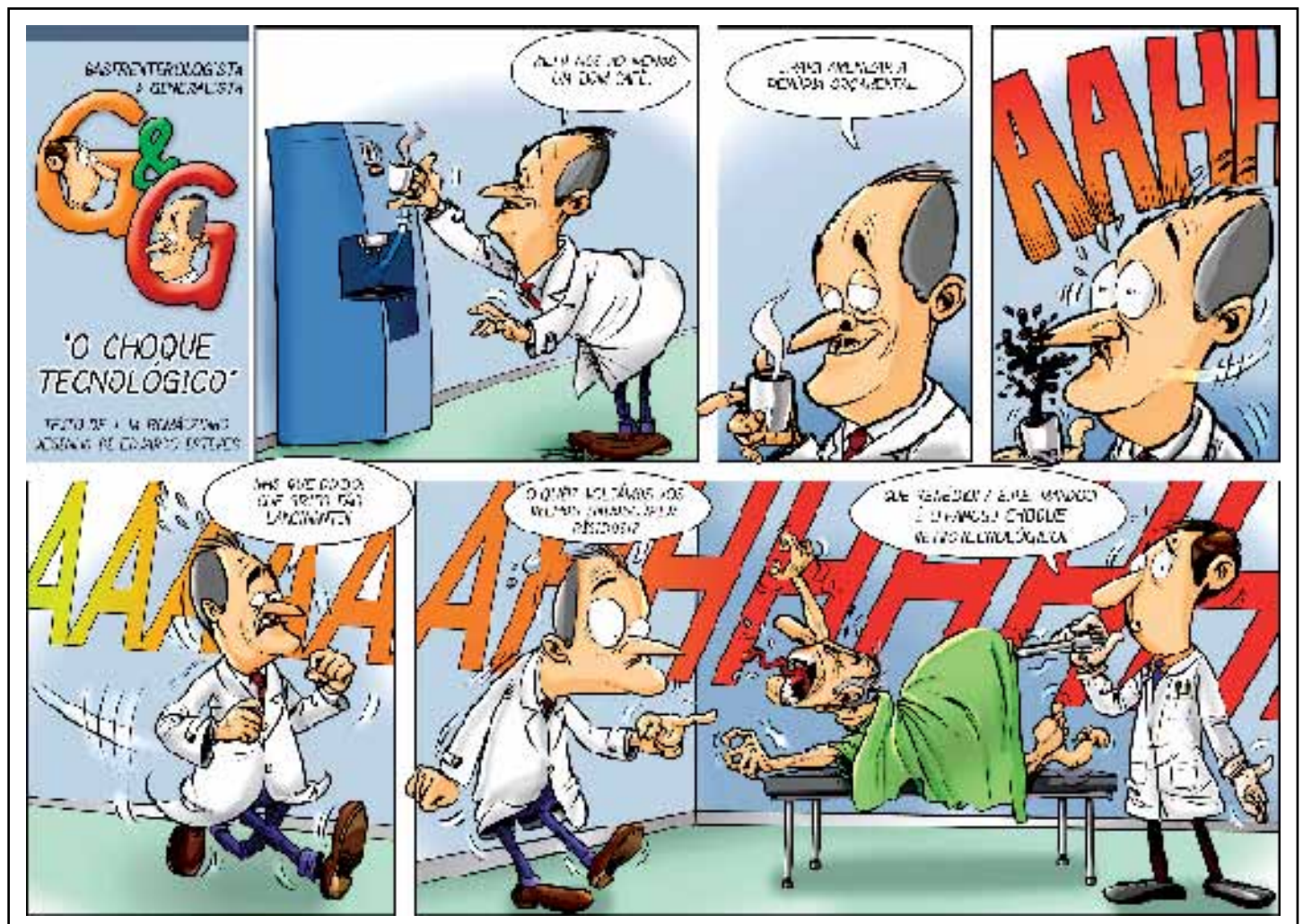


C. Nobre Leitão
Director do Serviço de Gastroenterologia Instituto Português de Oncologia de Lisboa



Anabela Pinto
Consultora de Gastroenterologia, Instituto Português de Oncologia – Lisboa

Um inquérito realizado pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva permitiu concluir que o cidadão português está despedido para o problema que o CCR constitui actualmente no nosso país, já que é o tumor de maior mortalidade, e que está informado em relação aos benefícios do rastreio. Mas todos nós sabemos que, quanto mais directo e personalizado for o contacto com o utente, maior é a adesão ao rastreio. O médico de família constitui, portanto, um elemento fundamental.





O Canto do investigador

“Estudo prospectivo de complicações a 30 dias após endoscopia digestiva alta e colonoscopia em ambulatório” [Bolsa de Investigação da SPED 2004 – Investigadora principal: Dr.ª Isabelle Cremers (Serviço de Gastrenterologia do Hospital S. Bernardo, S.A)]

A endoscopia digestiva alta é habitualmente considerada como uma técnica muito segura, com poucas complicações quando realizada em boas condições por endoscopistas experientes. Também a colonoscopia tem vindo a ser apresentada como técnica genericamente segura - um estudo de 3.000 exames de rastreio não registou nenhuma perfuração. Contudo, na realidade, há poucos estudos que analisam a taxa de complicações da endoscopia alta e a maioria dos trabalhos publicados nesta área referem-se a relatos isolados de complicações e não a estudos prospectivos. Não existindo conhecimento de nenhum estudo prospectivo efectuado em Portugal sobre complicações após endoscopia alta / colonoscopia em ambulatório tem o presente projecto o objectivo de avaliar de forma prospectiva as complicações referidas pelos doentes submetidos a endoscopia alta e a colonoscopia em ambulatório, 30 dias após os exames e correlacioná-las com os dados clínicos e endoscópicos.

“Estudo de validação da cromoscopia de ampliação no diagnóstico de lesões de metaplasia intestinal e displasia gástrica” Investigador principal: Dr. Pedro Amaro (Serviço de Gastrenterologia do Hospital

Iniciamos, neste número, esta nova secção, a que decidimos chamar “O Canto do Investigador”. Pretendemos que sirva para a divulgação informal de projectos de investigação a decorrer no âmbito da Endoscopia Digestiva. Destacar-se-ão os nossos projectos, isto é, os trabalhos de investigação em curso nos diversos Serviços de Gastrenterologia do País e que os autores gentilmente nos dêem a conhecer. Servirá, ainda, para montra de projectos de índole multicêntrica a nível Europeu, no âmbito da nossa participação na Comissão de Investigação da *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)*, onde a SPED tem vindo a participar através de um dos seus elementos

da Universidade de Coimbra) [Financiamento: CIMAGO]

Um dos problemas no diagnóstico das condições pré-malignas para adenocarcinoma gástrico, é a baixa reprodutibilidade e validade da endoscopia convencional na detecção de atrofia, metaplasia intestinal e focos diminutos de displasia. Em 2003, no IPO – Porto, foi desenvolvida e validada uma classificação endoscópica utilizando a cromoscopia com azul de metileno e endoscopia de ampliação. Esta metodologia foi aplicada nesse centro de forma prospectiva e mostrou-se naquele grupo válida e praticável [Bolsa de Investigação da SPED 2001]. Em 2002, tal classificação obteve a possibilidade de avaliação da sua reprodutibilidade e divulgação promovendo a aprendizagem de diversos endoscopistas a nível multicentrico [Bolsa de Investigação da SPED 2002]. Na sequência de tal projecto, é fundamental agora a validação e

optimização por outros centros. A equipa constituída pelo Dr. Pedro Amaro, Dr. Miguel Areia, Prof. Doutor J. M Romãozinho dos HUC e pelo Dr. Mário Dinis Ribeiro, do IPO – Porto, iniciou em 2005 esse processo de validação numa amostra consecutiva de indivíduos.

Projectos a promover no âmbito da ESGE:

De entre diversos projectos destacam-se aqueles em fase mais avançada de desenho e implementação, incluindo o *Eu-*

rosquam – ‘Detection of esophageal squamous cell carcinoma’ e *Euroba* – ‘Incidence of high grade dysplasia on patients with short BE’, dois projectos coordenados pelo Prof. Thierry Ponchon. No *Eurosquam*, já anteriormente divulgado pela SPED, o objectivo é o de avaliar a eficácia na detecção de lesões superficiais do esófago em doentes com história de neoplasias do foro ORL. Cada centro participante deverá poder participar com 10 doentes por ano submetidos a cirurgia do foro ORL oncológica, e endoscopia com cromoscopia com Lugol. No *Euroba* (alvo: 455 patients), cada unidade participante deverá ser capaz de possibilitar seguimento de 8 anos (ao 2º, 5º e 8º), em 10 casos de esófago de Barrett, para determinação da melhor estratégia de seguimento neste indivíduos.

Ambos os projectos estão abertos. Até à data aderiram 11 centros. Para mais informações respeitantes aos projectos no âmbito da ESGE a Direcção da SPED pode ser contactada directamente designadamente através do seu elemento na Comissão de Investigação da ESGE: Mário Dinis Ribeiro: mario@med.up.pt

Site da SPED



O site da SPED sofrerá em breve alterações na estrutura e aspecto. A Comissão Editorial da SPED agradece todos os contributos que lhes possam fazer chegar sob a forma de sugestões através do e-mail da SPED ou para qualquer um dos seus elementos.

O rastreio do cancro do cólon salva vidas!



*Luís Pisco
Associação Portuguesa
dos Médicos de Clínica Geral*

A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) decidiu sensibilizar a comunidade médica para a importância de se desenvolver em Portugal uma estratégia global de prevenção do cancro do cólon e recto e propôs um conjunto de regras para o rastreio e vigilância da população. O principal objectivo deste programa fundamenta-se na detecção de lesões precursoras benignas – o adenoma – ou malignas precoces, facilmente curáveis. Existe evidência científica de que esta metodologia pode conduzir à redução da mortalidade por cancro do cólon e recto, que em Portugal é a primeira causa de morte por tumor maligno. Sabe-se que o cancro do cólon tanto afecta homens como mulheres, que pode surgir em qualquer idade e que a partir dos 50 anos o risco duplica por cada

década de vida. Para além da idade, existem outros factores de risco como antecedentes pessoais de pólipos do intestino grosso, antecedentes familiares de cancro, ou cancros noutras órgãos, especialmente na mama ou útero, nas mulheres. É necessário um diálogo positivo e construtivo entre todos os intervenientes na prestação de cuidados de saúde aos portugueses. A Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral procurou sempre promover a colaboração e o respeito mútuo entre as diversas especialidades e profissionais envolvidos, no sentido de prestar sempre mais e melhores cuidados. Apoiamos, por isso e desde o início, os esforços da SPED em promover um programa de prevenção de qualidade e mobilizar todas as pessoas saudáveis acima dos 50 anos para a realização dos métodos adequados à prevenção

do cancro do cólon. Muitos doentes, e infelizmente, também, alguns médicos, ainda encaram a Medicina Preventiva, como um exame físico anual, algumas vacinações e algum aconselhamento sobre exercício e nutrição. A questão é contudo bastante mais complexa. A moderna Medicina Preventiva tem uma sólida base científica e socorre-se de intervenções ajustadas à idade, ao sexo e ao perfil de risco de cada indivíduo. Os procedimentos são recomendados com base na evidência científica disponível, pelo que essas intervenções estão condicionadas à prova da sua efectividade. Os Médicos de Família estão empenhados em fazer passar todas as mensagens que possam contribuir para um estilo de vida saudável, para a promoção da saúde e prevenção da doença. Os médicos de família sabem que o rastreio do cancro do cólon salva vidas!



Portugal na presidência da UEMO

A UEMO, estrutura consultiva da União Europeia na área da Medicina Geral e Familiar vai ser liderada, a partir de Janeiro de 2007, por Isabel Caixeiro. A sua equipa – que integra Luís Filipe Gomes (secretário-geral), Manuela Santos (tesoureiro), Luiz Miguel Santiago e Jaime Correia de Sousa (delegados) – vai ser responsável por uma estrutura que engloba organizações médicas de 21 países europeus. Estima-se que

represente cerca de 500 mil médicos de família/clínicos gerais. De acordo com Isabel Caixeiro, um dos principais projectos da presidência portuguesa visa que todos os países definam claramente a especialidade de Medicina Geral e Familiar, assim como o respectivo programa. É que, embora a Medicina Geral e Familiar seja considerada uma especialidade em Portugal, tal não sucede em vários países europeus. Numa Europa que permite a livre circulação de profissionais, é essencial

Portugal já tem a experiência da formação específica em exercício, o que na opinião da próxima responsável da UEMO, “pode ser um bom ponto de partida para outros países”.

A falta de médicos de Medicina Geral e Familiar é outra das grandes preocupações da UEMO. Com maior ou menor intensidade, o fenómeno atinge vários países europeus. A instituição já constituiu um grupo de trabalho para analisar os motivos que levam os jovens médicos a preferir a MGF



Isabel Caixeiro



Luís Filipe Gomes



Manuela Santos



Luiz Miguel Santiago



Jaime Correia de Sousa

Portugal vai presidir à União Europeia de Médicos de Clínica Geral (UEMO), a partir de Janeiro de 2007. O grupo, liderado por Isabel Caixeiro, registou uma vitória esmagadora frente à Eslovénia e à Hungria, obtendo o voto de 15 dos 21 países ali representados

que haja uma harmonização nesta área, até porque diferentes níveis de classificação dos clínicos gerais/médicos de família dificulta a mobilidade entre os diferentes Estados. “Embora, para nós, a preocupação maior seja o reconhecimento da especialidade e a qualidade da formação dos médicos de família, importa que os burocratas e os políticos da União Europeia entendam as vantagens do reconhecimento de uma especialidade com uma estrutura e uma formação uniforme ao nível de todos os países europeus”, argumenta Isabel Caixeiro.

Outra das grandes questões sobre a qual a presidência portuguesa se vai debruçar tem a ver com o período de transição necessário à especialização dos clínicos gerais. Neste momento estão a ser estudadas várias modalidades.

em favor de outras especialidades. De acordo com Isabel Caixeiro, prevê-se que os resultados desta investigação sejam apresentados já na próxima reunião da Primavera, em Lubliana. Nesse âmbito, a médica refere ainda a intenção de procurar uma aproximação à União Europeia dos Estudantes de Medicina e ao PWG (Permanent Working Group of European Young Doctors), cuja presidência também é portuguesa.

Além de uma actividade de *lobbying* político que visa dar voz aos médicos de família e clínicos gerais da Europa, a UEMO foca também a área técnica da MGF. De entre as múltiplas acções que continuarão a ser desenvolvidas pela equipa portuguesa destaca-se o desenvolvimento profissional contínuo dos médicos de família e a igualdade de oportunidades.

Elevada prevalência de refluxo gastro-esofágico na população portuguesa

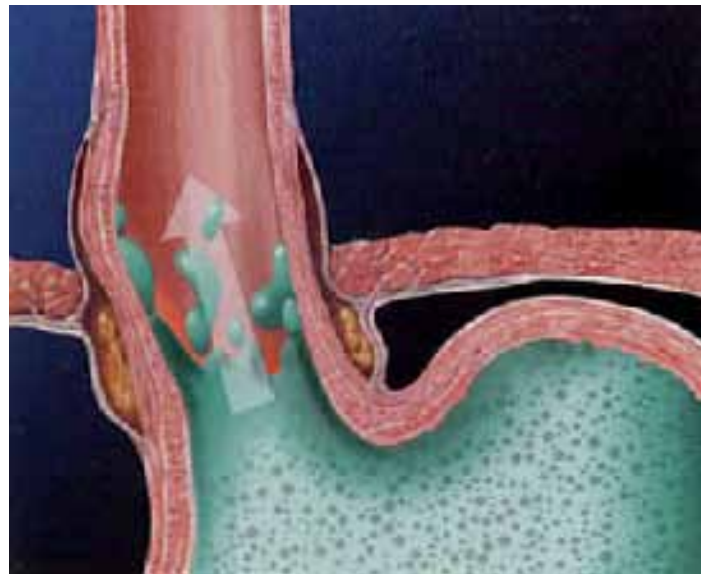
Resultados de uma sondagem realizada pela SPED

A doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE) é uma doença muito prevalente na população adulta nos países ocidentais. Estudos têm mostrado que 17 a 38% dos adultos desses países referem queixas de pirose e/ou regurgitação ácida, os sintomas *cardinais* da doença do refluxo, pelo menos com uma frequência semanal. Os mesmos estudos revelaram que 4 a 9% da população refere essas queixas como ocorrências diárias. O clássico estudo de Nebel e colaboradores, realizado em 1976, que utilizou um questionário numa população de profissionais de saúde trabalhando num hospital nos EUA, revelou que 7% tinha pirose diária e 14% semanalmente. Cerca de 20 anos depois, o estudo Gallup revelou resultados semelhantes numa população aleatória de 1.000 indivíduos, cuja prevalência de sintomas de refluxo com uma frequência semanal era de 19%.

Mais recentemente, investigadores da Mayo Clinic verificaram que 20% da população da sua área de influência referiam queixas de refluxo mais de uma vez por semana.

Um trabalho do ano transacto,

que procurou determinar a prevalência das queixas de refluxo em diferentes grupos raciais nos EUA, verificou que ela era semelhante (cerca de 25%) nos caucasianos, nos afro-americanos e num conjunto de outros grupos raciais. Numa amostra de 2.800 indivíduos de uma região do noroeste



da China, com idades entre os 18 e os 70 anos, a prevalência de sintomas de refluxo foi de cerca de 17%, mais comum nos indivíduos acima dos 30 anos e residentes em áreas urbanas.

Sabe-se que o espectro da DRGE,

no que concerne à presença e gravidade da esofagite, é muito variável, mas que a grande maioria dos doentes não apresenta lesões da mucosa esofágica. Num estudo apenas cerca de 25% dos indivíduos apresentava esofagite erosiva. O conceito operacional DRGE não é consensual, o que se tem

vezes por semana tinha um impacto significativamente negativo na qualidade de vida.

As necessidades do conhecimento de uma população relativamente a uma ou mais características podem ser satisfeitas através de diferentes métodos de recolha de dados e de produção de informação. Uma sondagem ou inquérito por amostragem é um processo planeado de recolha e análise de informação que permite estudar uma população a partir de um subconjunto dos seus elementos e da extrapolação dos resultados amostrais para o conjunto da população. A inexistência de dados de prevalência dos sintomas de refluxo e da DRGE no nosso país levou a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva a promover a realização de um estudo com o objectivo de avaliar a prevalência da pirose e regurgitação ácida e da DRGE na população portuguesa.

O estudo consistiu numa sondagem realizada à população portuguesa, com idade igual ou superior a 18 anos, residente no território continental e teve por base um questionário telefónico previamente estruturado.

Foi utilizada uma metodologia mista aleatória (amostra estratificada) e empírica (amostras por quotas). Foram definidas quotas cruzadas de sexo e idade de forma que cada subamostra (amostra por região) fosse representativa da população residente com idade igual ou superior a 18 anos. A dimensão da amostra foi calculada de forma a garantir um erro máximo de amostragem de 5% para cada região, para um nível

Em cada 100 indivíduos entrevistados:

- 20 tinham tido queixas de refluxo nas 4 semanas anteriores;
- 16 referiam regurgitação ácida nas 4 semanas anteriores;
- 10 referiam pirose nas 4 semanas anteriores;
- 7 tinham tido queixas 2 ou mais vezes por semana.

Em cada 100 indivíduos sem queixas nas 4 semanas anteriores à sondagem:

- 35 referiam já ter tido anteriormente pirose e/ou regurgitação ácida.

de confiança de 95%. A amostra foi de 1.920 entrevistas, para um erro de amostragem de 2,23%. A avaliação da pirose e da regurgitação ácida baseou-se em questões descritivas desses sintomas, nunca sendo utilizados termos médicos ou do léxico popular. Assim, foram utilizadas as seguintes descrições:

- Pirose: "Sensação de ardor ou queimadura no peito, que se inicia no estômago e sobe, por vezes, até ao pescoço;
 - Regurgitação ácida: "Sensação do ácido do estômago ter vindo até à garganta ou até à boca, sem qualquer esforço de vômito";
- A DGRE foi definida como a ocorrência de Pirose e/ou Regurgitação ácida com uma frequência igual ou superior a 2 vezes por semana. Para a avaliação da sua prevalência limitou-se o estudo às 4 semanas que precederam a entrevista.

Aos indivíduos sem queixas no período em análise foi inquirida ocorrência de ambos os sintomas em qualquer altura da sua vida. A amostra foi constituída por 1.924 indivíduos, 47,6% do sexo masculino e 52,4% do sexo feminino. 23,7% tinham idades compreendidas entre 18 e 34 anos, 32,5% entre 35 e 54 anos e 41,8% igual ou superior a 55 anos.

Nas 4 semanas que precederam a entrevista 20,4% dos indivíduos entrevistados (n=392) referiam ter tido pirose e/ou regurgitação. A pirose foi referida por 10,3% da. Foi mais frequente no sexo feminino (12,7% versus 7,6%) e nos grupos etários mais elevados (6,5% até aos 34 anos; 10,4% dos 34 aos 54 anos; 12,7% após os 55 anos). A regurgitação ácida foi referida por 16,2% dos inquiridos, sendo igualmente mais frequente no sexo feminino (17,4% versus 14,8%). A sua prevalência foi semelhan-

Quadro 1

Prevalência de Pirose e de Regurgitação Ácida nas 4 semanas anteriores ao estudo

	Global	Sexo		Grupos etários		
		Homens	Mulheres	18-34 anos	35-54 anos	≥ 55 anos
Pirose	10,3%	7,6%	12,7%	6,5%	10,4%	12,7%
Regurgitação ácida	16,2%	14,8%	17,4%	12,5%	17,4%	17,5%

Quadro 2

Prevalência da Doença do Refluxo Gastro-esofágico (2 ou mais episódios semanais de Pirose e/ou Regurgitação)

	Global	Sexo		Grupos etários		
		Homens	Mulheres	18-34 anos	35-54 anos	> 55 anos
Doença do Refluxo	7,4%	5,7%	9%	5,3%	7%	9%

te nos dois grupos etários mais elevados (17,5%) e inferior nos indivíduos com menos de 35 anos (12,5%).

Dos indivíduos com pirose nas quatro semanas anteriores à entrevista, 42,9% referiam a sua ocorrência com uma frequência igual ou superior a 2 vezes por semana. No que concerne à regurgitação ácida, a mesma frequência de ocorrência foi referida por 32,8% dos inquiridos.

A prevalência de DRGE nas quatro semanas que antecederam a realização do estudo foi de 7,4% (5,1% a 9,6%, para um intervalo de confiança de 95%). A prevalência foi mais elevada no sexo feminino (9% versus 5,7%) e aumentou com a idade (5,3% até aos 34 anos, 7% entre os 35 e 54 anos e 9% após os 55 anos).

Dos 1.512 inquiridos sem queixas de pirose e/ou regurgitação

no período em análise, 35,5% (n=544) tinham história desses sintomas no passado. Ocorreram com uma frequência semelhante em ambos os sexos e nos diferentes grupos etários.

Em conclusão, o estudo da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, realizada com a colaboração da Altana Pharma que o financiou, revelou que cerca de 20% dos inquiridos tinham tido queixas de refluxo (pirose e/ou regurgitação ácida) nas 4 semanas que precederam o estudo, com predomínio da regurgitação ácida. A frequência da ocorrência das queixas permitia fazer o diagnóstico de DRGE em 7,4% dos indivíduos entrevistados. Mais de um terço da população sem queixas no período em análise referiam-nas anteriormente.

A. Dias Pereira, Sílvia Barrias,
Paulo Souto e C. Nobre Leitão



Diniz de Freitas

Uma Vida



ENDOnews - Numa breve resenha, conte-nos como foi o seu percurso académico e profissional?

Diniz de Freitas - Sou natural de Póvoa de Varzim. Concluído o ensino liceal em Braga, em 1953, matriculei-me na Faculdade de Medicina de Coimbra, tendo concluído o curso médico em Outubro de 1960, com a defesa de uma tese de licenciatura. Por proposta do Senhor Professor Doutor Gouveia Monteiro,

na altura titular da Cadeira de Pneumotisiologia, fui nomeado 2º Assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra, em 30 de Março de 1961. Até ao ingresso no Serviço Militar, em Janeiro de 1963, exerci actividades assistenciais nos Serviços de Pneumotisiologia e de Patologia Médica, de comum acordo com os Senhores Professores Gouveia Monteiro e Mário Trincão, Mestres inesquecíveis. Simultaneamente, colaborei com o Prof. Gouveia Monteiro

na criação do Centro de Gastrenterologia da Universidade de Coimbra, onde iniciei a minha aprendizagem no âmbito da investigação científica e cimentei a vocação para a especialização em doenças do foro digestivo.

De Janeiro de 1963 a Março de 1966 prestei serviço militar, com um destacamento de 27 meses na guerra colonial, em Angola. Regressado a Coimbra fui incentivado pelo Senhor Prof. Gouveia Monteiro a elaborar uma disser-

tação de doutoramento académico. Preferi, no entanto, antes de tentar a carreira universitária, efectuar uma sólida preparação profissional na especialidade de Gastrenterologia. Com esse intuito desloquei-me inicialmente a Inglaterra, onde realizei um estágio em Londres, no Central Middlesex Hospital, sob a direcção do Prof. Avery Jones. Estagiei seguidamente na Alemanha, desta vez durante um longo período, com uma bolsa de estudo da Fundação Calouste Gulbenkian. No primeiro ano dessa estadia, estudei em Hamburgo, nos Serviços de Clínica Médica da Universidade de Hamburgo-Eppendorf, sob a direcção do Prof. H. Bartelheimer. Dirigi-me seguidamente para Estugarda, onde estagiei durante dois anos no Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais Bad Cannstatt, sob a orientação do Prof. K. Heinkel. Rematei a minha formação na Alemanha, frequentando durante 6 meses os Serviços de Clínica Médica e de Gastrenterologia da Universidade de Erlangen-Nuremberg, sob a tutela do Prof. L. Demling.

Estes cerca de 4 anos de permanência no estrangeiro em Centros especializados de grande prestígio, liderados por figuras eminentes da Gastrenterologia internacional, foram fundamentais para a minha formação profissional e para o meu enriquecimento científico. Regressado a Coimbra, retomei as minhas actividades em Outubro de 1970, no Serviço de Propeidética Médica dos HUC, que passou entretanto a ser dirigido pelo Prof. Gouveia Monteiro. Em simultâneo com as obrigações no campo da assistência médica e das tarefas pedagógicas, elaborei



A equipa de futebol do Liceu Sá de Miranda, onde Diniz de Freitas vestia a camisola n.º10, Braga, 1952



Diniz de Freitas com dois “companheiros de armas”, durante a guerra colonial, Angola, 1965

no Centro de Gastrenterologia da Universidade de Coimbra uma dissertação sobre a actividade cloridro-péptica do estômago, para doutoramento académico, que vim a realizar em Abril de 1974. Em 20 de Julho de 1974 assumi as funções de Professor Auxiliar da Cadeira de Propedêutica Médica da Faculdade de Medicina de Coimbra.

Nesse mesmo ano de 1974 obtive o título de Especialista de Gastrenterologia pela Ordem dos Médicos e, em 1977, fui provido no lugar de Chefe de Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Entre 1974 e 1978, realizei mais dois estágios na Alemanha, na Universidade de Erlangen, e em

Julho de 1979 apresentei-me a provas públicas de agregação em Medicina Interna, tendo sido aprovado por unanimidade. Nomeado Professor Agregado da Cadeira de Propedêutica Médica e Semiótica Laboratorial, tomei posse deste lugar em 23 de Outubro de 1979.

Em Outubro de 1980, o Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Coimbra apreciou o meu *Curriculum Vitae* e emitiu, por unanimidade, parecer favorável ao meu provimento na categoria e lugar de Professor Catedrático a título provisório. Em 1982 fui promovido definitivamente Professor Catedrático da Faculdade de Medicina – Grupo de Medicina Interna, Subgrupo de Gastrenterologia.

Após a jubilação do Prof. Gouveia Monteiro, fui nomeado, em Junho de 1992, Director do Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra, e em Novembro desse mesmo ano fui designado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina para dirigir o Centro de Gastrenterologia da Universidade de Coimbra.

No decurso da sua especialização na Alemanha, que área mais o fascinou?

Sem dúvida o desenvolvimento científico e tecnológico no âmbito da Endoscopia Digestiva. Tive o privilégio de trabalhar com figuras de prestígio mundial nesta área, nomeadamente Demling, Heinkel, Lindner, Rösch, Rieman, Frühmorgen e Domschke. Com eles adquiri uma sólida preparação gastrenterológica e endoscópica. Quando regresssei a Portugal, em 1970, procurei implantar e desenvolver esta vertente tecnológica da Gastrenterologia. Liderei uma excelente equipa, integrada por Maximino Leitão, Hermano Gouveia, António Donato, Godinho de Oliveira, Isidoro Pimenta, Carlos Sofia, José Manuel Romãozinho e Maria Helena Goulão, entre outros, e rapidamente alcançamos um patamar de inegável qualidade. Recordo que, com esta equipa, fomos os pioneiros, no País, de múltiplas técnicas endoscópicas de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente: duodenoscopia/enteroscopia, colangiografia retrógrada endoscópica, esfínterectomia endoscópica, escleroterapia de varizes esofágicas, hemostase endoscópica, colocação de próteses

esofágicas, terapêutica Laser de tumores do tubo digestivo, vídeo-endoscopia, gastrostomia percutânea endoscópica e terapêutica fotodinâmica. O lema, nesta área da Gastrenterologia, foi sempre inovar, aperfeiçoar e transmitir ensinamentos aos mais novos e a todos os interessados nesta valência tecnológica. Assim se edificou uma verdadeira escola de prática endoscópica, de que legitimamente nos orgulhamos.

Como analisa o percurso da Gastrenterologia nacional desde que se individualizou como especialidade médica?

Num contexto histórico de aprofundamento e parcelização da ciência médica, a Gastrenterologia emergiu claramente como especialidade autónoma. Entre nós, com notável presciência e oportunidade, uma pleiade de vultos prestigiados da medicina portuguesa, apaixonados cultores da patologia digestiva, alcançaram a Gastrenterologia a especialidade autónoma, reconhecida pela Ordem dos Médicos em 1956, e em 1960 criavam a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, que logo se filiou na Associação das Sociedades Europeias e Mediterrânicas desta especialidade. Em Maio de 1962, no 2º Congresso Mundial de Gastrenterologia, realizado em Munich, a nossa Sociedade era aceite como membro da Organização Mundial de Gastrenterologia. As sementes estavam lançadas e os frutos começaram a surgir. A Gastrenterologia portuguesa tinha agora uma representante credenciada, a nível nacional e internacional.

A transição do passado para o presente operou-se de uma forma dinâmica, firme e exigente, alicerçada sobretudo no esforço abnegado, na clarividência e na proficiência das suas estruturas mais representativas - Sociedades Científicas, Colégio da Especialidade e Núcleo dos Hospitais Distritais – que souberam, em momentos próprios, afirmar e consolidar a legitimidade, a soberania e a proficuidade da Gastreterologia. Com efeito, as sucessivas direcções dos Órgão Sociais destas Instituições, em estreita consonância com todos os membros que as integram, procuraram, ao longo dos anos, assumir a pesada incumbência de honrar o património de princípios, normas e valores legados pelas gerações do passado, sem deixar de reflectir sobre o presente e o futuro da Gastreterologia, à luz dos prodigiosos avanços tecnocientíficos que se foram acumulando, e na perspectiva da realidade nacional.

Rememorando o passado da Gastreterologia portuguesa, dele nos devemos orgulhar. E se analisarmos lucidamente o presente, podemos afoitamente asseverar que se atingiu um patamar de inegável mérito e de indiscutível prestígio, quer no âmbito da formação profissional, quer no plano da prática clínica, apesar dos estrangimentos e das insuficiências existentes no sector da Saúde. Soubemos organizar-nos e empenhámo-nos seriamente no desenvolvimento qualificado da nossa especialidade. Temos por isso competência e autoridade para debater as matérias que dizem respeito à Gastreterologia, e sobre elas emitir opiniões e recomendações abalizadas. Face aos desafios científicos, técnicos, económicos e éticos dos tempos modernos, os gastreterologistas portugueses, designadamente através dos seus Órgãos representativos, devem



Diniz de Freitas, em primeiro plano, acompanhado pelos Professores Armando Porto e Rogério Teixeira, seus condiscipulos, durante a Queima das Fitas, Coimbra, 1959

assumir uma postura de grande firmeza e exigência científica e moral, reclamando da tutela que todos os doentes do foro digestivo, sem excepção, recebam cuidados assistenciais correctos, no momento e no local exactos, prestados por profissionais habilitados e competentes.

Analisando a realidade actual da Gastreterologia no nosso país, entendo que devo defender no momento presente, os seguintes pontos de vista:

1º - A Gastreterologia, definitivamente consagrada como especialidade autónoma, é indispensável em qualquer sistema de saúde, quer no âmbito hospitalar, quer no ambulatório;

2º - É fundamental que a tutela da Saúde privilegie como interlocutores credenciados no âmbito da Gastreterologia, os seus Órgãos representativos, para que não sejam tomadas decisões aleatórias e cientificamente inconsistentes ou espúrias;

3º - Desenvolver, fortalecer e rentabilizar as estruturas de assistência gastreterológica já criadas, é um acto de inteligência e de sabedoria;

4º - Não subscrevo, na conjuntura actual e no que respeita à especialização em Gastreterologia, posições que possam minar a sua identidade, definida à luz dos princípios consignados nos actuais Estatutos do Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos. Consolidar a nossa especialidade, tal como actualmente a concebemos, e avaliar criteriosamente eventuais reformulações do perfil do gastreterologista, é a postura mais judiciosa e mais segura.

Finalmente, como antevê a projecção da Gastreterologia no futuro?

A Gastreterologia tende a ocupar, nos países científica e culturalmente evoluídos, uma posição cada vez mais relevante no âmbito dos sistemas de saúde. De facto, uma análise elementar dos vectores que tendem a demarcar e modelar os novos horizontes da Gastreterologia, explica a crescente implantação e consagração desta especialidade nesses



O grupo participante de



Dia das provas de agregação, na Universidade de Coimbra, 1978

países. Em primeiro lugar, o cenário epidemiológico aponta para uma subida crescente da procura de cuidados do foro gastroenterológico. Se, presentemente, 30% da população apresenta queixas digestivas anuais e pelo menos 12% das camas hospitalares estão ocupadas com doentes de patologia gastroenterológica, esses índices tendem a aumentar. De facto, prevê-se uma elevação na incidência e na prevalência de problemas digestivos, mormen-

te no que respeita a doenças crónicas, à patologia oncológica, aos distúrbios motivados pelo alcoolismo e pela obesidade, às hepatopatias crónicas de causa vírica e às afecções transmitidas por alimentos e pela água.

Em segundo lugar, as novas tecnologias disponíveis ou emergentes, e os fascinantes progressos científicos, vão revolucionar a prática gastroenterológica, no diagnóstico e no tratamento. Um exemplo paradigmático é o florescimento de avanços tecnológicos prodigiosos no sector da endoscopia digestiva. As tecnologias emergentes neste dealbar do novo milénio, constituem um poderoso instrumento de abordagem dos doentes do foro digestivo. Ignorar esta realidade, e o impacto que vai determinar na prática gastroenterológica, é uma manifestação de lamentável insciência.

Em terceiro lugar, é importante sublinhar que o perfil do doente das gerações vindouras, vai alterar-se de forma assinalável. O acesso a tecnologias de informação concorrerá para o aparecimento de doentes mais cultivados e actualizados. Serão mais idealistas e exigentes, acentuando a perspectiva holística do indivíduo saudável ou doente, repudiando as burocracias e



Prof. José Manuel Romãozinho, Prof. Diniz de Freitas, Prof. Tomé Ribeiro, e Dr. Hermano Gouveia, durante o Congresso Mundial de Gastroenterologia, Sidney, 1990



Diniz de Freitas fez parte do júri do doutoramento académico do Prof. Sousa Guerreiro, na Universidade Nova de Lisboa

os controlos estatais ou privados, aspirando à optimização da

qualidade de vida, privilegiando a prevenção e a promoção da saúde, e reclamando os direitos do doente, designadamente no que respeita à opção pela livre escolha do médico, e a maior participação na decisão sobre cuidados terapêuticos. Por outro lado, o aumento progressivo da idade média de vida, vai repercutir-se, de forma marcante, no espectro epidemiológico das doenças, e no aumento de procura de cuidados e dos seus custos.

Finalmente, há um quarto vector que também contribuirá para a modelação do futuro da Gastroenterologia. Refiro-me ao advento de novos paradigmas e sistemas na prestação de cuidados. A avaliação dos resultados do exercício da ac-



uma viagem científica a Macau, China e Hong-Kong, Dezembro de 1998



Os Professores Daniel Serrão, Diniz de Freitas, Tomé Ribeiro, Cavaco Silva e Valente de Oliveira no doutoramento "Honoris Causa" dos Professores Michel Cremer e Jesus Prieto, Faculdade de Medicina do Porto, Outubro de 2001

tividade clínica, designadamente no tocante à aferição da sua qualidade, segurança e eficácia, como critério de selecção do médico pelo doente e pela entidade patronal; a crescente reserva quanto à elaboração de normas de orientação ou protocolos rígidos, pela conflituosidade que começam a gerar; a ênfase na previsão, prevenção e controlo da doença; a emergência

de uma nova ecologia social e económica, com base na informação e no conhecimento, submergindo a tradicional sociedade industrial, são exemplos de novos paradigmas que despontam.

Por outro lado, no tocante aos sistemas de saúde, estão definitivamente condenados os modelos estatizados, centralizados, burocratas e monolíticos. Mas

também começa a gerar crescente contestação o figurino liberal do *managed care*, pelas injustiças, conflitos, tensões e desvios que comporta, sem falar no parasitismo social que nele germina. A reestruturação dos sistemas de saúde continuará indefinidamente. Novos modelos vão emergir, e os antigos evoluirão para figurinos mais flexíveis. Sublinhe-se

entretanto, que seja qual for o modelo de sistema de saúde implantado, a tendência será para a intervenção cada vez mais relevante do gastroenterologista.

Em suma, as alterações que se prenunciam na epidemiologia das enfermidades digestivas, os espectaculares avanços técnico-científicos, as mutações emergentes no perfil do doente, a assunção de novos paradigmas e a implantação de sistemas de saúde orientados para os desafios da modernidade, são factores sobre os quais os responsáveis da tutela devem reflectir, para que não se continuem a cometer erros graves na definição das projecções em recursos humanos, designadamente no que respeita à especialização em Gastroenterologia. De contrário, cai-se facilmente no campo da arbitrariedade e no reino do absurdo, como infelizmente tem acontecido.

Tema de revisão

Mucosectomia endoscópica

A mucosectomia endoscópica ou ressecção endoscópica da mucosa (doravante designada pela sigla anglo-saxónica EMR) é uma técnica endoscópica de ressecção de lesões não pediculadas da mucosa do tracto digestivo. Neste processo, a mucosa é excisada juntamente com uma espessura variável da submucosa, camada da parede por onde passa o plano de corte. A EMR é um procedimento endoscópico que se desenvolveu face à necessidade de uma abordagem técnica distinta da polipectomia destinada a lesões em que não existe um pedículo que se possa enlaçar com uma ansa diatérmica convencional. Se esta dificuldade não se coloca com pequenos pólipos sésseis, quando a largura da lesão é claramente dominante em relação à sua altura está-se perante lesões planas que constituem o objecto da EMR.

A EMR é um avanço importante da endoscopia digestiva na medida em que amplia grandemente o espectro de lesões passíveis de terapêutica endoscópica. De facto, no esófago e no estômago as neoplasias iniciais apresentam-se maioritariamente com morfologia não polipóide e, mesmo no cólon e recto, onde predominam as neoplasias polipóides, é cada vez mais reconhecida a existência de uma via carcinogénica não polipóide. Além disso, enquanto que as lesões sujeitas a polipectomia são maioritariamente lesões pré-malignas, já com a EMR a lesão alvo é frequentemente um cancro inicial, pelo que esta técnica se reveste de uma intenção curativa que a coloca num patamar próximo da cirurgia. A EMR fundamenta-se:

- na existência de uma oportunidade de intervenção terapêutica no decurso da história natural do cancro digestivo;
- na possibilidade de diagnóstico precoce;
- na exequibilidade de tratamento de intenção curativa;
- na existência de técnicas de ressecção endoscópica eficazes e seguras.

Apesar de se desconhcerem as causas primordiais do cancro digestivo, é reconhecido que a sua história natural é longa, frequentemente existindo condições pré-malignas onde se desenvolvem lesões focais que posterior-

mente evoluem para cancro inicial e este para cancro avançado. É sobre estas lesões focais, pré-malignas ou malignas iniciais, que incide a EMR. Pese embora o conjunto de incertezas quanto à inevitabilidade da progressão das lesões pré-malignas para cancro e quanto ao ritmo a que tal se processa, é inequívoco que existe um longo período de evolução até cancro avançado que constitui uma janela de oportunidade para a realização de diagnóstico precoce e eventual intervenção terapêutica. O diagnóstico precoce depende do reconhe-

cimento da morfologia das lesões, quer as pré-malignas quer as malignas iniciais, que se apresentam com aspectos endoscópicos que são globalmente sobreponíveis, motivo pelo qual são conjuntamente designadas neoplasias superficiais. Um dos aspectos cruciais nesta matéria, que tem vindo a ser divulgado ao longo dos anos pelos endoscopistas japoneses, é a necessidade de os endoscopistas do mundo ocidental não concentrarem a sua atenção apenas nas lesões polipóides, uma vez que estas são raras fora do cólon e recto. De facto, no esófago e estômago as lesões dominantes são muito mais discretas por serem predominantemente planas ou deprimidas e, mesmo no cólon e recto, tal também ocorre com uma frequência não negligenciável. Como tal, o caminho correcto passa por aprender a reconhecer estas lesões. Foi com o objectivo de tentar expandir a nível global o que os endoscopistas japoneses há muito praticam com resultados deveras animadores que, numa iniciativa conjunta de endoscopistas ocidentais e orientais, se criou a classificação endoscópica de lesões neoplásicas superficiais de Paris. Esta classificação cria um Tipo 0 específico para as neoplasias superficiais que se vem juntar aos já conhecidos Tipos I a 5 de neoplasia digestiva avançada. Deste modo, o Tipo 0 subdivide-se no Tipo 0-I para lesões polipóides (pediculadas ou sésseis) e nos Tipos 0-II e 0-III para lesões não polipóides. O Tipo 0-II caracteriza as lesões planas (com três subtipos) e o Tipo 0-III as lesões escavadas ou ulceradas. O reconhecimento dos aspectos morfológicos característicos das lesões não polipóides e a aceitação do seu papel central na oncologia digestiva, conjugados com a utilização de uma técnica de diagnóstico endoscópico minuciosa baseada em videoendoscópios modernos e no uso regular da cromoscopia, constituem por ora os requisitos essenciais que possibilitam o diagnóstico precoce.

As técnicas de EMR mais frequentemente utilizadas dividem-se genericamente em técnicas aspirativas e não aspirativas. Os métodos não aspirativos recorrem por norma à injeção submucosa de fluido de composição variável de forma a criar uma elevação da lesão que a



Figura 1. "Cap" aplicado na extremidade de um endoscópio



Figura 2. Carcinoma gástrico inicial do antro — Lesão ligeiramente elevada com depressão central erosionada (Tipo 0 IIa+IIc classificação de Paris)



Figura 3. Mucosectomia endoscópica com "cap" — Aspecto após tratamento da lesão da Figura 2.

torne proeminente permitindo, deste modo, que possa ser englobada por uma ansa diatérmica como se de um pólipó se tratasse. Esta abordagem pode ser suficiente por si só, como acontece frequentemente no cólon e recto, mas noutras circunstâncias pode ser necessário traccionar simultaneamente a lesão com uma pinça (método conhecido por "strip biopsy"), em especial se esta é completamente plana ou mesmo deprimida. Este método, utilizado preferencialmente no estômago, veio possibilitar a excisão de lesões que previamente apenas seriam tratáveis por cirurgia. Apresenta como desvantagem ser tecnicamente complexo em localizações gástricas de difícil acesso, além de exigir, por definição, um endoscópio de duplo canal. Os métodos aspirativos, por sua vez, fazem uso de sucção potente para aspirar a lesão para o interior de um dispositivo cilíndrico aplicado na extremidade do endoscópio (designado "cap"). Seguidamente a lesão pode ser capturada por uma ansa diatérmica específica previamente enrolada numa calha interna

do "cap" ou pode ser sujeita a aplicação de um elástico por um dispositivo de laqueação, sendo posteriormente ressecada com ansa diatérmica. A primeira destas técnicas (EMR-C) proposta por Inoue é hoje a técnica mais globalmente utilizada em lesões do esófago e estômago.

Os resultados do tratamento de neoplasias superficiais do tracto digestivo por EMR, com base na experiência acumulada no Japão e mais recentemente no mundo ocidental (nesse caso no contexto das neoplasias associadas a epitélio de Barrett), mostram taxas de sobrevivência específica aos 5 anos superiores a 97%, ou seja, iguais ou superiores às alcançadas pelo tratamento cirúrgico.

As complicações da EMR são pouco frequentes e passíveis de resolução endoscópica na maioria das situações. A hemorragia pode ocorrer em 1,5 a 24% dos casos, tratando-se na maioria das situações de sangramento precoce, durante o procedimento, de pouca relevância e resolvido de imediato. Pontualmente, o episódio hemorrágico é diferido,

ocorrendo habitualmente nas primeiras 48 horas, podendo ser clinicamente relevante mas resolúvel por hemostase endoscópica. A perfuração é ainda mais rara (0,06 a 5%) devendo ser detectada de imediato. O seu tratamento pode igualmente ser endoscópico, com aplicação de endoclips, ou meramente conservador. A estenose pode complicar as ressecções no esófago, nomeadamente se envolvem mais de 3/4 da circunferência luminal. O seu tratamento passa pela realização de dilatação endoscópica.

Assim sendo, no momento presente, é possível afirmar que, cumpridas as indicações acima enumeradas e recorrendo às técnicas correntes, a EMR constitui uma opção na terapêutica das neoplasias superficiais do tracto digestivo que conjuga uma abordagem minimamente invasiva com uma eficácia assinalável e uma segurança comprovada a curto e longo prazo, posicionando-se deste modo como alternativa a outras modalidades de tratamento, nomeadamente a cirúrgica.

Pedro Amaro

Instantâneo endoscópico: mucosectomia esofágica

Miguel Areia, Pedro Amaro, José Manuel Romãozinho



Figura 1

Doente do sexo masculino, com 40 anos de idade, que efectuou endoscopia digestiva alta integrada em estudo pré-operatório de neoplasia maligna da amígdala. Possuía antecedentes de carcinoma epidermóide da amígdala contralateral, sujeito a ressecção cirúrgica 5 anos antes. Apresentava, como



Figura 2

factor de risco neoplásico, uma carga tabágica muito elevada. O exame endoscópico revelou, no esófago médio, uma área discretamente irregular da superfície mucosa, ligeiramente proeminente para o lúmen e de aspecto algo congestivo, difícil de definir quanto à sua extensão (figura 1).



Figura 3

Foi então efectuada cromoscopia com Solutio de Lugol a 2% que mostrou uma zona de mucosa descorada, muito bem delimitada, entre os 28 e os 31 cm de distância dos incisivos e abarcando cerca de metade da circunferência luminal do órgão (figura 2). Realizaram-se, de seguida, quatro

biópsias dirigidas que demonstraram um carcinoma epidermóide do esófago em todos os espécimens colhidos. Em continuação, e associadamente à remoção cirúrgica da amígdala, o doente foi submetido a ressecção endoscópica da lesão esofágica por mucosectomia, a qual possibilitou a sua extirpação completa em vários fragmentos (figura 3). O exame histológico da peça endoscópica veio a demonstrar a presença de um carcinoma epidermóide do esófago com invasão da lâmina própria mas sem invasão da submucosa, cumprindo assim critérios de ressecção endoscópica curativa

Caso clínico: Tumor rectal com final feliz

Miguel Areia, Pedro Figueiredo, José Manuel Romãozinho



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

Este caso que descrevemos nesta edição respeita a um doente do sexo masculino, com 71 anos de idade, que apresentava queixas de rectorragias, com 4 semanas de evolução, associadas a tenesmo e astenia progressiva, mas sem perda ponderal. Tinha antecedentes de neoplasia vesical tratada com cirurgia e quimioterapia 10 anos antes, hipertensão arterial e “pacemaker” por bloqueio bifascicular. Encontrava-se medicado apenas com um anti-hipertensor. Para estudo diagnóstico foi solicitado um hemograma, que revelou a presença de anemia hipocrômica, microcítica. Efectuou-se uma colonoscopia, que revelou a presença, no recto, de uma volumosa formação, com mais de 5 cm de diâmetro, ocluindo quase totalmente o lúmen (figura 1), móvel e aparentemente pediculada, muito mole ao toque, de superfície lisa e revestida por mucosa de aspecto normal, à excepção de uma área ulcerada e com coágulo aderente. Foi tentada remoção endoscópica com ansa de polipectomia mas esta não possuía tamanho suficiente para abarcar a lesão (figura 2). Efectuou-se, então, uma biópsia, a qual desencadeou hemorragia de alto débito, ainda que autolimitada, obrigando à interrupção do exame e a transfusão urgente com concentrado de eritrócitos. O doente foi submetido a intervenção cirúrgica (resseção anterior baixa do recto), tendo o exame da peça operatória revelado a presença de uma formação pediculada com

7 cm de maior eixo, parcialmente recoberta de mucosa e ulcerada na sua extremidade (figura 3), a qual, em secção, revelou ser constituída por tecido adiposo, com o diagnóstico final de lipoma pediculado do recto (figura 4).

Comentário:

Os lipomas são a segunda neoplasia benigna do cólon mais frequente, embora a larga distância dos adenomas - incidência de 0,15 e 25 %, respectivamente. Os lipomas são geralmente lesões submucosas de pequenas dimensões e sem relevância clínica. Os casos sintomáticos pela sua dimensão são raros, podendo condicionar obstrução por invaginação da parede ou hemorragia por ulceração da mucosa. Localizam-se maioritariamente no cólon ascendente, diminuindo a sua incidência à medida que se progride em sentido distal. A necessidade de diagnóstico diferencial com as neoplasias malignas colo-rectais coloca-se, como no presente caso, nos lipomas de maiores dimensões. Nestas situações, a comprovação histológica consegue-se apenas, na maior parte dos casos, pelo exame da peça operatória, dado o facto das biópsias endoscópicas serem normalmente inconclusivas. A remoção por polipectomia endoscópica dos lipomas colorrectais pode ser tentada nalguns casos, dependendo das dimensões da lesão e da maior ou menor probabilidade de ocorrência de complicações, nomeadamente perfuração e hemorragia.

13º EndoClub Nord

Técnicas endoscópicas transmitidas via satélite para Portugal

Pela primeira vez, a edição deste ano do EndoClub Nord foi transmitida via satélite de Hamburgo para o nosso País, permitindo acompanhar em directo um dos mais importantes cursos mundiais de endoscopia digestiva, diagnóstica e terapêutica. Foi uma oportunidade única que os especialistas portugueses na área da endoscopia digestiva não quiseram perder

Uma das mais importantes reuniões científicas internacionais na área da endoscopia digestiva – o EndoClub Nord – decorreu, nos passados dias 4 e 5 de Novembro em Hamburgo, na Alemanha.

A edição deste ano apresentou uma novidade: as técnicas endoscópicas apresentadas aos espe-

cialistas de todo o mundo, foram transmitidas em directo para Portugal, Irlanda, África do Sul e Austrália, via satélite, a partir de três conhecidos hospitais alemães, onde especialistas conhecidos mundialmente fizeram demonstrações ao vivo de avançadas técnicas diagnósticas e terapêuticas, utilizando por vezes novos acessórios e/ou equipamento.

tas prestigiados para apresentar, nesta 13ª edição, intervenções como a endoscopia do intestino delgado, a radiofrequência bipolar intersticial, técnicas de papiloto-

cirúrgicos clássicos já foram ultrapassados pela endoscopia. A cirurgia minimamente invasiva está a aproximar-se da endoscopia flexível e novas sinergias despontarão”...

É neste sentido que o EndoClub Nord continua a fornecer aos gastroenterologistas que se dedicam à endoscopia digestiva o mais actual estado de arte, com o apoio exclusivo da Altana Pharma. Em Portugal, este evento científico, teve a organização científica da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) em colaboração com a Altana.

No dia seguinte decorreram no Hotel Miragem, em Cascais, duas mesas redondas de discussão dos casos mais controversos ou raros, apresentados na transmissão directa, onde intervieram gastroenterologistas portugueses, destacando-se: Venâncio Mendes, C. Nobre Leitão, Nuno Grima, José Soares, Armando Ribeiro, Albano Rosa, Bento Charrua, Rui Sousa, A. Dias Pereira, Mário Dinis Ribeiro e Leopoldo Matos, entre outros. Esta reunião foi brilhantemente encerrada com uma conferência presidida por José Manuel Romãozinho e proferida pelo Decano dos Gastroenterologistas portugueses, Prof. Dinis de Freitas e intitulada “Investigação Científica em Portugal”.

Leopoldo Matos



Desta forma, os médicos portugueses tiveram a oportunidade de acompanhar, em directo, todo o desenrolar da intervenção em 56 casos clínicos raros ou de abordagem difícil.

O sucesso das edições anteriores, levou os organizadores do EndoClub Nord, a escolherem novamente um leque de endoscopis-

mia, proctologia, endoscopia microscópica, entre outras.

Na nota de boas-vindas aos participantes do 13º EndoClub Nord, o presidente do encontro, Nib Soehendra, lembrou que “na competição interdisciplinar pela optimização dos cuidados de saúde, as cartas estão a ser baralhadas. A endoscopia voltou a liderar o campo da imagiologia médica, com a resolução a aproximar-se do nível celular e cada vez mais perto da histologia virtual”. De acordo com o especialista, “muitos procedimentos

24-26 de Novembro de 2005

XX Reunião Anual do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais

A XX Reunião Anual do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais (NGHD) teve lugar entre os dias 24 e 26 de Novembro, no Hotel Marriott Praia d'el Rey Golf & Beach Resort – Óbidos, organizada pelo Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, presidida pelo Dr. António Curado, director daquele Serviço. Esta Reunião revestiu-se de um significado especial, tanto mais que se realizou na região das Caldas da Rainha, berço do NGHD, sob a Presidência Honorária do Dr. Vasco Trancoso, dinamizador da sua fundação. Muitos aspectos desta Reunião merecem destaque, quer sob o ponto de vista do programa científico, quer sob o ponto de vista do programa cultural ou, ainda,

do programa social. A sessão de abertura contou com a presença do Bastonário da Ordem dos Médicos, Dr. Pedro Nunes.

Um dos primeiros destaques vai para a presença dos médicos de família da região, convidados a participar no Simpósio Satélite no início dos trabalhos, dia 24. O Simpósio foi constituído por uma Conferência proferida pela Dr.ª Fátima Augusto, sobre “Epidemiologia das Hepatites Víricas”, seguindo-se um *Painel Quiz* com participação de vários gastrenterologistas e médicos de família, onde se abordaram questões do foro da gastrenterologia frequentes em Medicina Geral e Familiar, proporcionando uma discussão viva e interessante.

Os dois dias seguintes de Reunião decorreram com o tema principal da *patologia funcional*

digestiva, tema difícil de abordar de forma tão profunda e abrangente como o foi nesta Reunião,

científica nos Hospitais Distritais, quer sob a forma de comunicações livres, quer sob a forma de



graças à qualidade científica dos seus participantes.

Foram apresentados trabalhos decorrentes da investigação

casos clínicos e/ou iconografia, vídeos e instantâneos endoscópicos, cuja variedade e qualidade sublinha o nível assistencial dos nossos Serviços. Foram atribuídos prémios aos seguintes trabalhos apresentados, considerados como os melhores:

- Melhor comunicação livre:
 - 1.º prémio:** *Hepatite C – Casuística da Consulta*, AM Vieira, R Freire, J Mangualde, C Pinho, V Fernandes, AL Alves, F Augusto, C Lobato e AP Oliveira, do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de S. Bernardo, Setúbal;
 - Menção honrosa:** *Doença de Whipple: Revisão de 7 casos*, R Freire, J Mangualde, AM Vieira, F Augusto, C Lobato, MI Cremers, AL Alves, C Pinho, M Gonçalves, I Cruz, J Freitas e AP Oliveira, do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de S. Bernardo, Setúbal;
- Melhor caso clínico:
 - Um caso de diarreia e ascite reci-*



divantes de causa rara, S Nobre, T Silva, B Beija e C Espírito Santo, do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Cascais;

- Melhor iconografia/vídeo/instantâneo endoscópico: *Divertículo de Zenker – septotomia endoscópica*, J. Cotter e S. Leite, do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Senhora de Oliveira - Guimarães.

No programa científico deve ainda destacar-se o elevado nível das Conferências a que tivemos a oportunidade de assistir:

- “A investigação em Portugal”, pela Dr^a Leonor Bezeza, Presidente da Fundação D. Anna de Sommer Champalimaud e Dr. Carlos Montez Champalimaud;
- Apresentação de Associações estrangeiras congêneres do NGHD – A ANGH (Association des Hépatogastroentérologues des Hôpitaux Généraux) e a AIGO (Associazione Italiana Gastroenterologi & Endoscopisti Ospedalieri);
- “O valor da relação médico-doente na prática clínica”, pelo Prof. Júlio Machado Vaz;



- “Como lidar com o stress?”, pelo Dr. Rui Durval;
 - “Rafael Bordalo Pinheiro 100 anos após a sua morte”, pelo Dr. Vasco Trancoso.
- Importa ainda sublinhar o inter-

câmbio com as associações estrangeiras congêneres do NGHD e a oportunidade, agora criada, de formar uma Associação Europeia de Gastroenterologistas de Hospitais Distritais, com os objectivos da troca de experiências e da realização de protocolos de investigação multicêntricos, internacionais.

Um outro momento de destaque foi o lançamento do 4º livro editado pelo NGDH, coordenado pelo Dr. António Curado, intitulado “Patologias gastroenterológicas frequentes na criança, na grávida e no idoso”, que constitui mais uma contribuição para a biblioteca gastroenterológica, quer para os especialistas, quer para os médicos de família, podendo ainda ser disponibilizado aos alunos de Medicina.

O programa cultural foi riquíssimo, tendo incluído: a apresentação de Danças Renascentistas, pela Associação de Professores de Sintra; um concerto de Pedro Caldeira Cabral, “Memórias da Guitarra Portuguesa”; a entrega do Prémio de Literatura XX Reu-

nião Anual do NGHD/AstraZeneca, atribuído ao Dr. Ireneu Cruz, pela obra intitulada “Narração da tormentosa viagem dos desterrados nos mares das Índias, segundo os Arquivos do Hospital de Todos Los Santos”; o lançamento do livro “Hemingway – o seu último legado”, patrocinado pelo NGHD, da autoria do Dr. Ireneu Cruz; o lançamento do livro “A análise ontem e hoje do Zé Povinho”, no centenário da morte de Rafael Bordalo Pinheiro, da autoria do Dr. Vasco Trancoso.

O Dr. António Curado, grande dinamizador desta XX Reunião Anual do Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais, e a sua equipa estão de parabéns! Demonstraram, pelos actos, que o NGHD mantém o dinamismo e a criatividade que caracterizou a sua formação e tem caracterizado a sua vida desde a sua criação, há 21 anos!

*M. Isabelle Cremers
Presidente do Núcleo
de Gastrenterologia
dos Hospitais Distritais*



UEGW 2005 – 15-19 de Outubro de 2005

13ª Semana Europeia de Gastrenterologia

Decorreu em Copenhaga, de 15 a 19 de Outubro, a 13ª Semana Europeia de Gastrenterologia, organizada pela UEGF (Fundação Europeia de Gastrenterologia). O êxito continuado destas Semanas Europeias de Gastrenterologia vem demonstrar que a EUGF representa os gastrenterologistas europeus, que assistem em grande número a esta Reunião, a qual atrai igualmente um número muito significativo de participantes do resto do Mundo.

A cerimónia de abertura, para além das boas vindas aos participantes, consistiu numa homenagem ao escritor Hans Christian Andersen, com uma jornada musical através da Europa interpretada pela Mermaid String Orchestra, seguindo-se o recital de um conto pouco conhecido de Andersen, denominado "A gota de água".

O tema central desta Reunião foi "Translational biology in Gastroenterology and Liver disease". O formato da Reunião foi semelhante ao das Semanas Europeias dos últimos anos, com Simpósios Clínicos e de Ciência Básica, Sessões Práticas Clínicas durante os intervalos de almoço e uma Sessão Plenária que consistiu numa miscelânea de apresentações sobre os desafios actuais para a gastrenterologia e a hepatologia.

Os Simpósios Clínicos incluíram os seguintes temas:

- Patogénese e história natural da Doença de Refluxo Gastro-esofágico;
- A Doença de Refluxo Gastro-esofágico na infância;
- Novos tratamentos da Doença de Refluxo Gastro-esofágico;
- Rastreio do cancro colorrectal;
- Implementação de um programa nacional de rastreio do can-

cro colorrectal: a experiência do Leste;

- Implementação de um programa nacional de rastreio do cancro colorrectal: a experiência do Oeste;
- Rastreio do HN-PCC;
- Rastreio do cancro colorrectal através de análise das fezes;
- Quimioprevenção do cancro colorrectal;
- Retrato molecular do cancro colorrectal;
- Avaliação e tratamento do cancro colorrectal;
- NAFLD e NASH – incluindo uma apresentação sobre factores genéticos no desenvolvimento da NASH (esteatohepatite não alcoólica) pela Prof. Helena Cortez-Pinto;
- Tratamento da pancreatite aguda necrosante;
- IBS-ROME III - Critérios diagnósticos para as doenças funcionais gastrointestinais;
- Encefalopatia hepática;
- Desafios no tratamento do colangiocarcinoma;
- A utilização de testes genéticos no cancro gastro-intestinal;
- História natural da doença inflamatória intestinal – apresentação do estudo europeu de 10 anos de seguimento na D.I.I.;
- Avanços recentes na patogénese da D.I.I.;
- Estenoses na doença de Crohn;
- Quando a doença de Crohn corre mal;
- Terapêutica futura da D.I.I.;
- Maastricht-3 guidelines para a infecção por helicobacter pylori;
- Hormonas, helicobacter pylori e inflamação;
- Doença associada ao helicobacter pylori no mundo;
- Tratamento da hepatite B e C;
- Hepatite C em grupos especiais de doentes;

- Novos modelos e mecanismos da toxicidade hepática mediada pelo álcool;
- O fígado e a sépsis;
- Medicina de ervanária e o fígado;
- Cirrose e hipertensão portal;
- Nova imagiologia do carcinoma hepatocelular;
- Prevenção do adenocarcinoma esofágico;
- Tratamento do cancro da junção esofagogástrica;
- Dispepsia na comunidade;
- Avaliação tecnológica de saúde na endoscopia gastrointestinal;
- Endoterapia guiada por ecoendoscopia;
- Tratamento de lesões quísticas do pâncreas;
- Patogénese e tratamento da obesidade;
- Cancro pancreático – do gene à terapia;
- Alergia alimentar – da infância à vida adulta;
- Pseudo-obstrução intestinal;
- Novas abordagens do tratamento das emergências gastrointestinais.

Para além destes simpósios houve também uma preocupação em abordar tópicos de cirurgia, por vezes integrados com a imagiologia e a endoscopia, a fim de sublinhar a importância das abordagens multidisciplinares.

Em paralelo com os Simpósios Clínicos ou de Investigação Básica, foram programadas várias sessões de comunicações livres, procurando-se que cerca de metade do programa consistisse em apresentações de investigação original. Para além das comunicações livres, houve diariamente exposição de pósteres.

A Semana Europeia de Gastrenterologia foi precedida, nos dias 15 e 16, por vários Cursos, dos quais destaco o Curso de Endoscopia, onde foram apresentadas demonstrações de técnicas endoscópicas a partir de Hospitais em Roma, Bruxelas e Copenhaga, e conferências sobre novas técnicas de visualização endoscópica da mucosa (autofluorescência, imagem de banda estreita, etc),



imagiologia do intestino delgado, comparando a vídeo-cápsula com a enteroscopia de duplo balão, limpeza de endoscópios e acessórios e sedação na Europa (semelhanças e diferenças). Foi também organizada uma sessão de treino de técnicas endoscópicas em modelos animais, permitindo a cerca de 100 endoscopistas treino com o equipamento endoscópico, incluindo acessórios, mais moderno existente nos centros de endoscopia avançados.

O treino em endoscopia foi complementado com outras actividades na Área de Ensino da ESGE (Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal), com vídeos, simulador com vários modelos computadorizados de várias técnicas endoscópicas, seminários e possibilidade de assistir a conferências e treinar ecografia abdominal.

Para além do Curso de Endoscopia, a ESGE organizou, a exemplo de anos anteriores, uma sessão muito participada, intitulada "Vídeo Case Marathon", com apresentação de casos raros ou novas tecnologias de endoscopia terapêutica.

Durante a Semana Europeia foram realizadas ainda outras reuniões de grupos com interesses particulares, como as enfermeiras de endoscopia, a ECCO (Associação Europeia de Doença Inflamatória do Intestino), etc..

O problema do rastreio do cancro colorrectal, que tem na Dinamarca um programa a decorrer em duas regiões do país, foi realçado pela visita à UEGW da Deputada do Parlamento Dinamarquês, Marion Pedersen, que sublinhou a importância de aumentar o conhecimento do público sobre a necessidade do rastreio, ultrapassando as muitas

barreiras e tabus existentes a este respeito.

Foram apresentados vários trabalhos sobre o rastreio do cancro colorrectal. Destaco os seguintes:

- *Não-comparência para endoscopia gastrointestinal num Hospital Distrital: as suas causas, extensão e implicação para um programa nacional de rastreio de cancro colorrectal* – trata-se de um estudo realizado num hospital distrital em Inglaterra, servindo uma população de 320.000 habitantes, que procurou identificar o número de doentes que não compareciam a exames endoscópicos marcados, assim como os motivos, sublinhando a importância de motivar os doentes para a realização de exames, sobretudo no contexto do rastreio do cancro colorrectal;
- *Rastreio em massa do cancro colorrectal com pesquisa de sangue oculto nas fezes em França. Resultados da primeira volta numa região-piloto* – neste estudo, que teve início em Dezembro de 2002, foram rastreados 93.099 indivíduos, com uma taxa de participação de 49,2%. A taxa de positividade do teste foi de 2,5% e uma colonoscopia total foi realizada em 85,3% dos indivíduos com teste positivo. Foi diagnosticado cancro colorrectal em 216 casos, correspondendo a 10,5% das colonoscopias realizadas, um adenoma avançado em 458 casos (22,2% das colonoscopias) e um adenoma não-avançado em 216 casos (10,6% das colonoscopias);
- *Resultados iniciais de um programa de rastreio do cancro colorrectal numa população-piloto utilizando a pesquisa de sangue oculto nas fezes* – trata-se do estudo baseado numa população-piloto na



região francesa de Haut-Rhin, que compreende 710.000 habitantes, utilizando a pesquisa de sangue oculto nas fezes, pedido pelo médico de família através de carta aos utentes, repetida no caso de não comparência. Foi obtida uma participação de 36,7%, superior nas mulheres em relação aos homens, apesar do maior risco de cancro colorrectal no sexo masculino. Os médicos de família receberam formação sobre o rastreio do cancro colorrectal antes de iniciar o programa, tendo-se demonstrado a elevada importância da motivação e envolvimento dos médicos de família num programa de rastreio do cancro colorrectal;

- *Resultados iniciais da aceitabilidade de um rastreio de cancro colorrectal durante 3 anos no pessoal de defesa militar colocado na região de Paris;*
- *Avaliação da pesquisa de sangue oculto nas fezes usando colonoscopia total;*
- *Estudo realizado no Japão, onde se constata que a ocidentalização dos hábitos alimentares dos japoneses tem contribuído para o aumento da morbidade e mortalidade por cancro colorrectal;*
- *Rastreio do cancro colorrectal utilizando a colonoscopia no Japão* – trata-se de outro estudo japonês em que a colonoscopia foi realizada como procedimento único para o rastreio do

cancro colorrectal em 14.817 indivíduos. Foram diagnosticados 189 cancros (1,3%), com uma incidência etária diferente da referida nos estudos provenientes dos EUA, já que neste estudo a incidência de cancros precoces mostrou um aumento acentuado no grupo etário dos 40-55 anos. Os autores sugerem iniciar o rastreio a partir dos 40 anos, por colonoscopia, a fim de detectar um maior número de cancros em fase inicial, sublinhando o custo elevado do diagnóstico tardio do cancro colorrectal, do seu tratamento e das mortes por esta patologia;

- *Comparação de vários métodos de rastreio em populações com a maior incidência mundial de cancro colorrectal usando um modelo computadorizado* – a República Checa tem a maior incidência de cancro colorrectal no mundo. Este estudo avalia 3 variantes dos métodos de rastreio: colonoscopia única, 2 colonoscopias com 5 anos de intervalo ou a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Os resultados obtidos mostram que a colonoscopia é um bom método de rastreio primário. Os resultados de uma 2ª colonoscopia após 5 anos vêm mostrar uma diminuição da mortalidade, mas a relação custo-eficácia é inferior.

M. Isabelle Cremers

III Jornadas de Controlo de Infecção do Algarve

Hospitais e centros de saúde reúnem-se em torno de objectivos comuns

A transmissão de infecções dentro das instituições de saúde é uma realidade e a formação pré-graduada nesta área revela-se, muitas vezes, insuficiente. Por essa razão, as Comissões de Controlo de Infecção do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), Hospital Distrital de Faro (HDF) e centros de saúde da Sub-região de Faro, decidiram organizar, pela terceira vez consecutiva, as Jornadas de Controlo de Infecção do Algarve. O objectivo, de acordo com Domitília Faria, da comissão organizadora, “é dar a conhecer e partilhar a experiência acumulada, as metodologias adoptadas e os resultados no combate à transmissão nosocomial da infecção”

Durante dois dias, 250 médicos e enfermeiros dos hospitais e dos centros de saúde do Algarve debateram questões que abrangeram desde a prevenção e controlo da infecção nosocomial à antibioterapia. Logo na primeira mesa, os especialistas debruçaram-se sobre os procedimentos de prevenção e controlo da infecção em áreas específicas consideradas de maior risco hospitalar. Nomeadamente, a Cirurgia, Unidades de Cuidados Intensivos e Pediatria.

A infecção associada a técnicas endoscópicas foi outro dos temas analisados, sobretudo no que se refere aos procedimentos de descontaminação dos aparelhos, não só na área digestiva como também em Urologia, Ginecologia ou Otorrinolaringologia. Esta mesa foi moderada pelo internista e gastroenterologista Mário César Moraes, um dos iniciadores da Unidade de Endoscopia Digestiva do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Contou ainda com a participação de Francisco Rodriguez, membro da Comissão de Controlo da Infecção do Hospital de Huelva e da enfermeira Isabel de Deus,

responsável pela Unidade de Endoscopia Digestiva do CHBA.

Controlo da infecção nos Cuidados Primários e Continuados

A comissão organizadora tem tido desde sempre a preocupação de incluir nas Jornadas o debate de questões que interessam particularmente aos médicos de família e enfermeiros dos centros de saúde. Daí a pertinência da mesa sobre “Controlo de Infecção em Cuidados Primários e Cuidados Secundários”, moderada por Cristina Costa, coordenadora operacional do Programa Nacional de Controlo de Infecção.

Depois de uma revisão sobre “Microbiologia – do laboratório à clínica”, seguiu-se a apresentação de um estudo, realizado pelo INFARMED em colaboração com a Unidade de Missão para os Hospitais SA, sobre o consumo de antibióticos nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de seis hospitais SA.

De acordo com os resultados apresentados por Luís Caldeira, foram detectadas inadequações na prescrição, quer em termos da duração da antibioterapia, quer



no que diz respeito à variedade de antibióticos escolhida.

Comissão deverá apresentar relatório no início de 2006

As Jornadas incluíram ainda conferências subordinadas à “Gestão de risco e sua articulação com as Comissões de Controlo de Infecção” e os mitos e realidades sobre “Prevenção da Transmissão Cruzada” da infecção.

Cristina Costa falou, por último, sobre “Controlo de Infecção no Século XXI”. Recorde-se que o Programa Nacional de Controlo da Infecção funciona no Instituto Ricardo Jorge, na dependência do director do INSA. De acordo com Domitília Faria, actualmente não

existe uma efectiva colaboração e coordenação com os serviços da Direcção-Geral da Saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde criou recentemente uma comissão que integra elementos da DGS e do Programa Nacional de Controlo da Infecção. Esta comissão deverá entregar um relatório, no primeiro trimestre de 2006, assim como propostas concretas tendentes à criação de um organismo com poderes executivos nesta área. A prevalência de infecção nas instituições de saúde portuguesas é semelhante àquela que se regista nos países mediterrânicos, como Espanha, França e Itália. Mas, de acordo com Domitília Faria, até atingir os níveis dos países nórdicos, “há ainda muito por fazer”.

Associação Portuguesa de Ostimizados

APO - Associação Portuguesa de Ostimizados foi criada em 6 de Julho de 1979 conforme escritura e estatutos transcritos no Diário da República n.º 204-III Série de 4/09/1979.

É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, reconhecida como Pessoa Colectiva de Utilidade Pública, conforme publicação no DR n.º 228-III Série de 01/10/1988, contando, actualmente, com cerca de 2.300 sócios para um presumível universo nacional de 10 a 15 mil ostomizados.

Tem como objectivos:

- **Agrupar**, com fim de assistência mútua, as pessoas que tenham sido submetidas à cirurgia da ostomia (ileostomia, colostomia e urostomia);
- **Desenvolver** métodos para os cuidados e controlo dos problemas das ostomias e fomentar o aperfeiçoamento dos dispositivos e outros equipamentos de ostomia;
- **Promover** a informação com vista a uma adequada reabilitação das pessoas que tenham sido submetidas à cirurgia da ostomia;
- **Divulgar** o conhecimento das doenças gastrointestinais, suas causas, prevenção, tratamento e cura;
- **Colaborar** com as classes médica e paramédica e instituições adequadas na reabilitação social dos ostomizados;
- **Promover** a formação de grupos locais para apoio e auxílio a ostomizados;
- **Informar** todo o público através de exposições, conferências e reuniões de ostomia para eliminar preconceitos e discriminações, encorajando

a troca de ideias e métodos para reabilitação dos ostomizados.

Apoios aos ostomizados:

- Apoio no processo de aquisição do material de ostomia aos seus associados, tendo em vista manter a qualidade de vida do utente;
- Consultas gratuitas de estomatopatia aos seus associados, na sua sede em Lisboa, por uma enfermeira devidamente especializada;
- Dinamizar, o que já faz actualmente,



a nível nacional a implantação do mesmo tipo de consultas nos hospitais onde já se pratica a cirurgia da ostomia;

- Implementação de um novo projecto de acompanhamento ao ostomizado através da parceria com uma unidade de saúde equipada com as diversas valências inerentes ao apoio do referido ostomizado;
- Utilização dos novos meios de comunicação electrónica com a criação, actualização e manutenção de um sítio na internet – www.apostomizados.pt – onde se procura facultar toda a informação relacionada com a problemática da ostomia.

A APO pertence à:

- Comissão Permanente de Acompanhamento da Saúde (CPA da Saúde) do SNRIPD;
- Plataforma Saúde em Diálogo.

Está filiada na:

- IOA – Internacional Ostomy Association;
- EOA – European Ostomy Association.

Contactos:

Avenida João Paulo II, Lote 552, 2º B
1900-722 Lisboa
Tel: 218 596 054 • Fax: 218 394 295
E-mail: informacoes@apostomizados.pt
Internet: www.apostomizados.pt

Agenda

14 de Janeiro de 2006

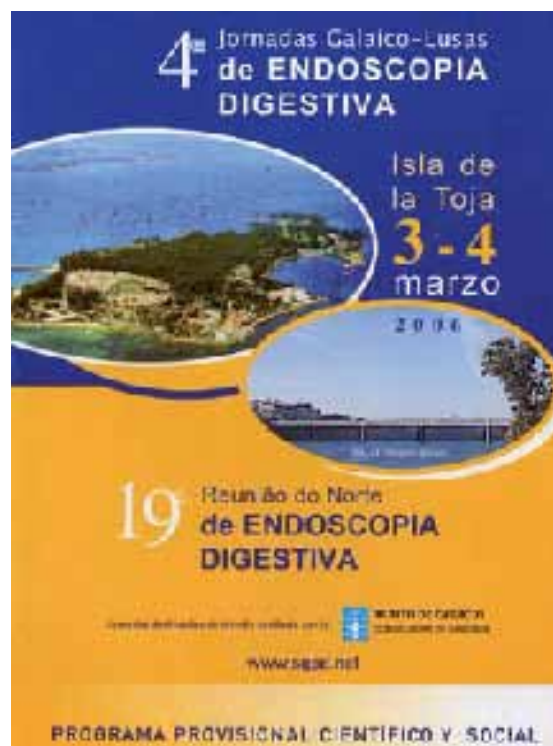
IV Reunião Ibérica de Cápsula Endoscópica
Local: Auditório da Universidade de Coimbra
Coordenação: Dr. Hermano Gouveia
Contacto: 239 400 483

21 de Janeiro de 2006

Curso de Mucosectomia Endoscópica
Local: Sede da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED)
Organização: SPED e Divisão Portuguesa da Academia Internacional de Patologia

3 e 4 de Março de 2006

19ª Reunião Norte e 4as Jornadas Galaico-Lusas de Endoscopia Digestiva
Local: Isla de la Toja
Coordenação portuguesa: Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar do Peso da Régua
Tel.: 259 300 500 – Extensão 441
Fax: 259 300 554
E-mail: gastro@chvrpr.min-saude.pt



8 a 11 de Março de 2006

23º Encontro Nacional de Clínica Geral
Organização: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG)
Local: Tivoli Marina Hotel – Vilamoura
Contactos: APMCG
Tel.: 21 761 52 50
E-mail: apmcp@netcabo.pt
Website: www.apmcp.pt