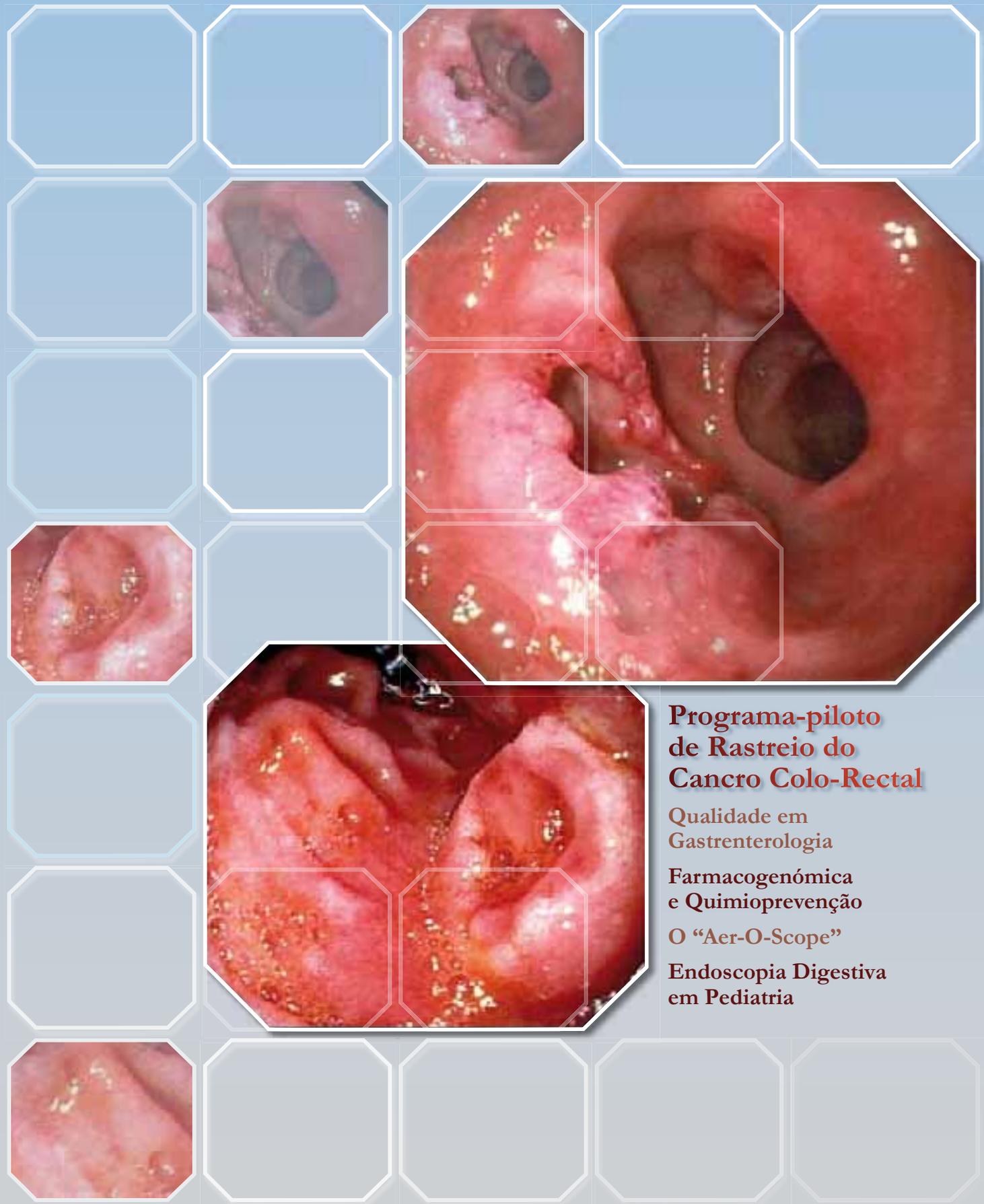


ENDO news

N.º16 • Outubro/Dezembro 2006

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



Programa-piloto de Rastreio do Cancro Colo-Rectal

Qualidade em
Gastroenterologia

Farmacogenómica
e Quimioprevenção

O “Aer-O-Scope”

Endoscopia Digestiva
em Pediatria

Sumário

Nota do Editor

- 4 EDITORIAL
- 7 O QUE ELES DIZEM
OUTRAS FOTOS
- 9 O CANTO DO INVESTIGADOR
Farmacogenómica e Quimioprevenção:
Polimorfismos no Gene COX-2 e
Susceptibilidade para Cancro do Estômago
- 10 CONSULTÓRIO DE PALAVRAS
Alguns vocábulos em Hepatologia
- 12 Qualidade em Gastrenterologia
- 14 Endoscopia Digestiva em Pediatria
- 16 ENTREVISTA
Jorge Amil Dias, Presidente do Colégio da
Subespecialidade de Gastrenterologia Pediátrica
- 18 TEMA DE REVISÃO
Pólipos Gástricos Benignos
- 21 CASO CLÍNICO
Tumores do Estroma Gastrointestinal (GIST):
Uma Causa Rara de Hemorragia Digestiva
- 22 NOVAS TECNOLOGIAS
O "Aer-O-Scope"
INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO
Pólipos de Glândulas Fúndicas
- 24 Probióticos no Tratamento da Síndrome do
Cólon Irritável – Qual a Evidência?
- 25 REPORTAGEM
19º Curso Internacional de Endoscopia Terapêutica
- 26 REPORTAGEM
Programa-piloto de Rastreio do Cancro Colo-Rectal
ENDONEWS RECOMENDA
- 27 REPORTAGEM
14ª Semana Europeia de Gastrenterologia
- 28 REPORTAGEM
XXI Reunião Anual do NGHD
- 30 REPORTAGEM
Endo Club Nord 2006
- 31 BANDA DESENHADA
AGENDA

A emancipação da Gastrenterologia como especialidade autónoma nasceu com o advento da Endoscopia Digestiva e tornou-se irreversível com o célere desenvolvimento das técnicas endoscópicas. Primeiramente verificado na medicina da idade adulta, este movimento autónómico estendeu-se depois à Pediatria, com um resultado não de todo inesperado: a Endoscopia Digestiva como um corpo de saber (também) integrador da prática médica nos diversos estratos etários. Este paradigma encontra-se, aliás,

bem patente, na oportuna entrevista concedida ao ENDOnews pelo presidente do colégio da subespecialidade de Gastrenterologia Pediátrica.

Neste número do ENDOnews pode ler-se ainda, na secção Novas Tecnologias, a descrição dum aparelho recentemente divulgado com o nome de aeroscópio. Trata-se de um colonoscópio pneumático,

autopropulsionado e autonavegado, que visa tornar os exames endoscópicos colo-rectais menos desconfortáveis e mais acessíveis, antecipando algumas das mais-valias das técnicas endoscópicas do futuro.

Um realce final para o artigo "Qualidade em Gastrenterologia", da autoria do Prof. Miguel Carneiro de Moura, universitário insigne e referência incontornável da hepatogastrenterologia portuguesa.

José Manuel Romãozinho



Capa:
"Úlceras gastroduodenais em forma de vulcão", da autoria de:
Sousa R, Lage P, Cabeçadas J, Frade MJ, Nobre Leitão C
Serv. de Gastrenterologia, Hematologia e Anatomia Patológica do IPOFG
1º Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED 2005

Ficha Técnica

ENDOnews Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N.º16 • Outubro / Dezembro 2006. **Director** Venâncio Mendes. **Editor** José Manuel Romãozinho. **Editores adjuntos** Bento Charrua, Isabelle Cremers, Mário Dinis Ribeiro. **Colaboradores** Anabela Pinto, Carlos Canhota, Eduardo Mendes, Fausto Pontes, J. E. Pina Cabral, José Manuel Soares, Leopoldo Matos, Pedro Amaro, Rui Nogueira. **Colaboram neste número** Carina Pereira, Fernando Pereira, Hugo Sousa, Isabel Seves, Marília Cravo, Maximino Correia Leitão, Miguel Bispo, Miguel Carneiro de Moura, Paula Peixe, Pedro Figueiredo, Rui Medeiros, Tiago Bana e Costa. **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** 10.000 exemplares



José Manuel Romãozinho
Vice-Presidente da SPED

I. De acordo com as estatísticas mais recentes, o cancro colo-rectal (CCR) representa a primeira causa de mortalidade oncológica em Portugal – 3.235 mortes em 2004, ou seja, quase nove óbitos por dia. Mais: tendo em consideração as cifras absolutas de mortalidade por CCR no nosso país em cada um dos sexos, verifica-se que elas são, na mulher, praticamente sobreponíveis às do cancro da mama (1.393 vs 1.459), enquanto que no homem se revelam já nitidamente superiores às do cancro da próstata (1.842 vs 1.698). A tudo isto acresce a circunstância da mortalidade por CCR ter vindo consecutiva e consistentemente a aumentar entre nós desde o início da década de 1980, a uma taxa média anual superior a 4%, não se descortinando, nos dados mais recentes, qualquer indício de interrupção desta nefasta tendência de subida. *Não restam, pois, dúvidas, que o CCR constitui em Portugal um grave e premente problema de saúde pública.*

E, em boa verdade, não há razão para que tal suceda, já que o CCR é, potencialmente, a neoplasia maligna mais susceptível de ser prevenida. Com efeito, mais de 90% destes tumores têm a sua origem em pólipos adenomatosos benignos, os quais crescem e se desenvolvem no intestino durante 10 a 20 anos até se tornarem malignos, podendo a identificação e remoção atempadas daqueles pólipos prevenir o CCR e, consequentemente, reduzir a sua incidência. *Ou seja, a história natural do CCR é um processo bem*

conhecido, podendo o tumor ser atempadamente prevenido.

Para além disso, e noutro registo, o CCR possui uma fase pré-clínica relativamente longa, no decurso da qual o tumor pode ser detectado num estágio precoce e curável. De facto, quando confinadas à parede do intestino, estas neoplasias as-

sociam-se com excelentes taxas de sobrevida pós-tratamento, as quais ultrapassam habitualmente os 95% aos cinco anos. Estes valores contrastam marcadamente com a cifra de sobrevivência (inferior a 10%), ao fim de igual



Editorial

período de tempo, observada nos cancros avançados com metastização à distância. *Quer isto significar, que o CCR dispõe de um tratamento curativo eficaz, sendo os resultados deste tratamento notoriamente melhores quando precocemente efectuado.*

Finalmente, são conhecidos métodos seguros, eficazes e acessíveis de rastreio do CCR, aceites

pelas populações e pela comunidade científica e alicerçados em estudos aleatorizados, os quais estão em aplicação, desde há já alguns anos, em programas nacionais a decorrer em vários países da Europa e nos EUA, onde têm demonstrado *uma relação custo/benefício altamente favorável.* Neste particular, a experiência mais dilatada vem dos EUA, onde, no essencial, coexistem três métodos recomendados de rastreio do CCR: a pesquisa anual ou bienal de sangue oculto nas fezes; a pansigmoidoscopia flexível cada cinco anos; ou a colonoscopia total de 10 em 10 anos. Esta última técnica tem sofrido, na última década, um dramático aumento de procura por parte da população rastreada, o que se explica pelo facto da colonoscopia total representar o método final de referência de todos os outros métodos de rastreio.

Podemos pois afirmar, em síntese, que o CCR cumpre plenamente, no nosso País, os critérios estabelecidos pela “União Internacional contra o Cancro” para a instituição de um programa de rastreio, a saber: representa um grave e premente problema nacional de saúde pública; a sua história natural é bem conhecida, podendo ser atempadamente prevenido; dispõe de um tratamento curativo eficaz, sobretudo

do nos estádios mais precoces; e, por último, os testes de rastreio disponíveis preenchem todos os requisitos exigidos, incluindo, segurança, eficácia, acessibilidade, aceitabilidade e economia.

2. Os factos expostos tornam incompreensível e injustificável a total inacção que, sobre esta matéria e ao arrepio de direitos consignados na Constituição Portuguesa, tem sido apanágio do Ministério da Saúde e, muito em particular, da chamada Comissão Oncológica Nacional. E não se diga que tem sido por falta de aviso: desde 1999 que a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) vem insistentemente alertando a Tutela e o país para o flagelo que o CCR entre nós representa, bem como para a melhor forma de o combater, qual seja, *a instituição de um programa nacional de rastreio do CCR incidindo sobre a população de risco padrão (indivíduos assintomáticos de idade igual ou superior a 50 anos e sem factores pessoais ou familiares favorecedores do desenvolvimento do tumor).* Com efeito, diversos estudos científicos têm inequivocamente demonstrado a eficácia dos aludidos programas de rastreio na redução tanto da mortalidade como da incidência do CCR. Os resultados são tão impressionantes que vários países – EUA, Japão, Alemanha, Reino Unido, República Checa, Polónia, França, Áustria e Luxemburgo, entre outros – com taxas de mortalidade inferiores às actualmente observadas em Portugal, passaram a dispor (nos EUA desde há mais de 25 anos) de programas

de rastreio do CCR, os quais, comprovadamente, apresentam uma relação custo/efectividade altamente favorável, mormente quando comparados com os de outros tumores, como a mama e o colo do útero.

3. Com o intuito de ladear o impenetrável muro de silêncio e indiferença erguido pelas estruturas centrais do Ministério da Saúde, a SPED decidiu promover um programa-piloto de rastreio do CCR. Para isso, mobilizou o apoio de empresas privadas da área da saúde (dos sectores farmacêutico, tecnológico e alimentar) com vista à aquisição do material necessário, o qual foi graciosamente distribuído, após concurso de âmbito nacional, por oito Serviços de Gastrenterologia de outros tantos hospitais públicos: Almada, Braga, Caldas da Rainha, Castelo Branco, Hospitais da Universidade de Coimbra, Instituto Português de Oncologia (Lisboa), Litoral Alentejano e Vale de Sousa. Durante quatro anos consecutivos serão levados a cabo pelos médicos especialistas daqueles Serviços, trabalhando em regime de voluntariado, cerca de 15.000 exames de rastreio, fazendo uso de um dos métodos aconselhados pela “American Cancer Society” – a pansigmoidoscopia flexível (colonoscopia esquerda). Da Tutela espera-se que não só não coloque entraves à prossecução deste programa mas antes o facilite e nele se inspire para o cabal cumprimento das suas próprias obrigações. Assim o exige a saúde dos portugueses.

O que ELES Dizem



**Maximino
Correia Leitão**

Director do Serviço de
Gastroenterologia dos H.U.C.

A avaliação da qualidade dos serviços médicos tem duas vertentes. Incide sobre os resultados alcançados pelos cuidados prestados: “alcançaram o objectivo?”; “acompanharam-se de complicações?” (...). E reflecte, também, a satisfação do utilizador: “o objectivo que o levou ao médico foi alcançado?”.



**David A.
Lieberman**

American College of
Gastroenterology, 2006

O cancro colo-rectal é, potencialmente, a neoplasia maligna mais susceptível de ser prevenida já que, em mais de 90% dos casos, tem origem em lesões benignas que podem ser facilmente identificadas e removidas.



Isabel Caixeiro

Presidente da União
Europeia de Médicos
de Clínica Geral

Penso que a Comissão Europeia está cada vez mais desperta para esta questão, a da prevenção. Os políticos perceberam que mais vale prevenir do que remediar e que é inclusive mais barato, a longo prazo, enveredar por esta via. (...) Infelizmente, estas ideias passam um pouco por modas, ficando reféns do marketing de quem tem mais poder e capacidade de intervenção no momento.

Outras Fotos



Mercado,
Funchal

O Canto do Investigador

Farmacogenómica e Quimioprevenção: Polimorfismos no Gene COX-2 e Susceptibilidade para Cancro do Estômago

A Farmacogenómica tem a sua origem intrinsecamente ligada à Epidemiologia Molecular, com a integração das novas técnicas de biologia molecular nos estudos epidemiológicos reforçada pelos avanços recentes no conhecimento do Genoma Humano. Podemos caracterizar duas áreas de intervenção principais: o tratamento individualizado utilizando marcadores com base no genoma para prever o tipo de resposta à terapêutica ou benefício da quimioprevenção e a possibilidade de desenvolvimento de novas linhas de intervenção terapêutica. O conceito de Farmacogenómica, pelo estudo de como as diferenças individuais influenciam a variabilidade nas respostas dos doentes aos fármacos, poderá possibilitar a definição de um perfil de variações do genoma de cada indivíduo (perfil farmacogenómico) que possa prever a resposta a cada um dos procedimentos terapêuticos ou preventivos.

A Enzima COX-2 está envolvida em passos relevantes da carcinogénese, incluindo inibição da apoptose, angiogénese e metastização. Um aumento da expressão de COX-2 foi observado em vários modelos de cancro, nomeadamente em tecidos gástricos pré-cancerígenos e cancerígenos. Foi identificado uma variação genética (polimorfismo) na região promotora do gene COX-2 (-765G>C) que poderá influenciar a acção desta enzima. Um estudo, recentemente publicado pelo nosso grupo de investigação, propõe que a presença deste polimorfismo pode influenciar a susceptibilidade para o desenvolvimento de adenocarcinoma gástrico em indivíduos com atrofia ou metaplasia intestinal (Pereira *et al*, 2006). Este estudo envolveu 320 indivíduos do norte de Portugal (210 sem evidência de doença neoplásica; 73 pacientes com adenocarcinoma gástrico (GC) e 37 com lesões gástricas pré-neoplásicas – atrofia ou metaplasia intestinal, recor-

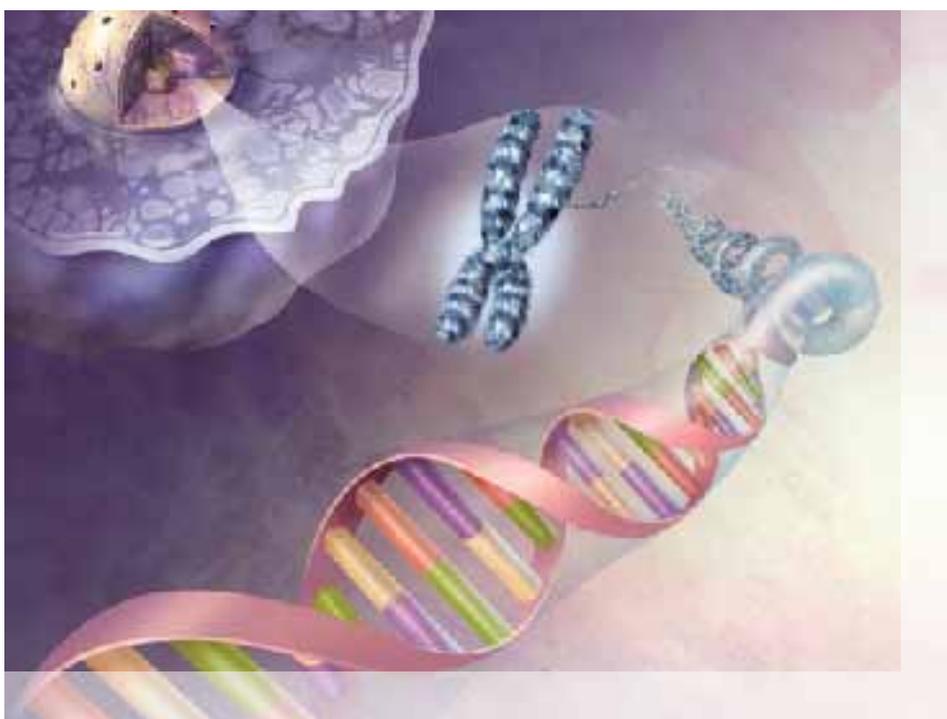
rendo ao método de análise molecular por PCR-RFLP. A análise dos resultados permitiu concluir que os pacientes com atrofia ou metaplasia intestinal e portadores do alelo C no seu genoma apresentam um risco três vezes mais elevado para o desenvolvimento de adenocarcinoma gástrico

Ao descrevermos, pela primeira vez, que o alelo -765C poderá ser considerado como um marcador de risco para a progressão em adenocarcinoma gástrico em indivíduos com atrofia ou metaplasia intestinal implica a necessidade de confirmação desta hipótese em estudos futuros. A implementação de um Perfil Farmacogenómico para estas lesões poderá ajudar a individualizar e otimizar estratégias de quimioprevenção tendo em conta a caracterização biológica dos tumores em particular no caso da utilização de inibidores selectivos da COX-2.

Referências

- Pereira C, Sousa H, Ferreira P, Fragoso M, Moreira-Dias L, Lopes C, Medeiros R, Dinis-Ribeiro M. -765G > C COX-2 polymorphism may be a susceptibility marker for gastric adenocarcinoma in patients with atrophy or intestinal metaplasia. *World J Gastroenterol.* 2006;12(34):5473-8
- Dai Y, Wang WH. Non-steroidal anti-inflammatory drugs in prevention of gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2006;12(18):2884-9.
- Fujimura T, Ohta T, Oyama K, Miyashita T, Miwa K. Role of cyclooxygenase-2 in the carcinogenesis of gastrointestinal tract cancers: a review and report of personal experience. *World J Gastroenterol.* 2006;12(9):1336-45.
- Nardone G, Rocco A. Chemoprevention of gastric cancer: role of COX-2 inhibitors and other agents. *Dig Dis.* 2004;22(4):320-6.

Rui Medeiros, Carina Pereira,
Hugo Sousa, Mário Dinis-Ribeiro;
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil- Porto



Alguns vocábulos em Hepatologia

Vamos hoje fazer uma pequena incursão na terminologia hepática, tratando sucessivamente dos nomes que o órgão central da hepatologia tem no grego antigo e no latim antigo e do nome que tem, bem diferente, no português e noutras línguas românicas. Faremos depois uma análise sobre os adjectivos derivados da palavra vírus para caracterizar a hepatite causada por vírus.

No **grego antigo**, fígado é **hepar** (ἥπαρ) no nominativo, e **hepatos** (ἥπατος) no genitivo, uma palavra neutra da 3ª declinação (também chamada de terminação em consoante). Nesta declinação, o tema é geralmente deduzido a partir do genitivo, retirando deste a terminação “os”; para a formação do nominativo, o “t” do tema cai, mas com ἥπαρ surge excepcionalmente um “ρ”, como se o tema terminasse de facto em “αρτ-”.

É naturalmente o tema **hepat** (ἥπατ), e não o nominativo hepar (ἥπαρ), que integra grande parte das palavras de origem grega do vocabulário médico do português (e das línguas modernas) como hepatite, hepático, hepatoma, hepatologia, etc..

No **latim antigo**, fígado dizia-se **iecur**, **iecoris**. Porque em Sânscrito é “yákr̥t” e ambas guardam alguma semelhança com o grego “hepar”, os três termos devem ter a mesma origem indo-europeia.

Iecur era usado para denominar quer o órgão anatómico, quer o alimento que dele se preparava, quer ainda quando ele era considerado sede de sentimentos ou instrumento de adivinhação.

Como surgiu então a palavra **fígado**? Curiosamente surgiu por influência da gastronomia e da comodidade. É que o **iecur** era já muito apreciado como alimento

pelos romanos, que cedo descobriram que quanto mais gordo ele era, mais saboroso era também, sobretudo quando provinha do pato. A produção de **iecur** gordo passou a fazer-se através da sobrealimentação de patos com figos, pelo que o petisco passou a chamar-se **iecur ficatum** (de **ficus**, figo). Não tardou, depois, que a primeira palavra **iecur**, de facto o substantivo, fosse esquecida, restando apenas **ficatum** (ou seja, o adjectivo) quer para nome do órgão, quer para o nome do alimento dele proveniente. **Ficatum** deu em Português **fígado**, em Italiano **fegato**, em Espanhol **hígado**, em Francês **foie**. É claro que, no campo da gastronomia, quem hoje quiser comer fígado gordo pede “foie gras”; a medicina recorreu, entretanto, ao grego para requintar a linguagem, chamando ao excesso de gordura no fígado, entre outros termos, **esteatose hepática**.

Hepatite é um processo patológico do fígado que pode ter diversas causas. Quando a causa é a infecção por um vírus (e diversos são os vírus que podem ser agentes dessa infecção) diz-se que a **hepatite** é **viral**, ou **vírica**, ou **virosal** (e mesmo **virusal**) ou simplesmente **por vírus**. Será indiferente a forma de expressar o determinante da hepatite?

A raiz latina **uir-** (ou **vir-** no latim medieval) aparece, no aspecto formal, em três vocábulos aparentemente diferentes:

a) **uir**, **uiri**, que significa uma pessoa adulta do sexo masculino, um homem ou rapaz sexualmente maduro; ou aquele que possui virtudes masculinas, como a força e a coragem, em grau maior relativamente ao que se observa usualmente nos indivíduos do sexo femi-

nino. Viril, virilidade e mesmo virtude têm esta origem;

b) **uridis** (**viridis**) que significa verde (no sentido de cor) ou imaturo (quer tratando-se de pessoa, quer tratando-se de frutos ou vegetais, cuja cor é também geralmente mais verde);

c) **uírus**, **i** (palavra quase limitada ao nominativo e ao acusativo) que significa secreção venenosa (como por exemplo o de certas cobras), veneno (de qualquer origem), ou secreção considerada como possuindo propriedades médicas ou mágicas.

Esta última é a palavra latina a que corresponde o nosso vírus. Trata-se, evidentemente, de um substantivo.

Para formar o respectivo adjectivo recorre-se à raiz ou tema (**uir-**) e acrescenta-se-lhe um sufixo (apropriado) chamado de adjectivo, interpondo, se necessário, uma vogal chamada de ligação.

Um dos sufixos é **-al**, que é, como a raiz, de origem latina, e dá o adjectivo **viral**: **uir + al = viral**.

Um outro sufixo é **-oso**, igualmente de origem latina, que dá o adjectivo **viroso**: **uir + oso = viroso**. Não é, nesta forma, geralmente usado.

Um terceiro sufixo é **-ico**, que dá o adjectivo **vírico**: **uir + ico = vírico**. É muito usado. Este sufixo é, porém, de origem grega e, pela regra gramatical mais exigente, que condena o hibridismo, devia ser evitado. Esta regra é, porém, tão desrespeitada que provavelmente

já não tem força bastante para eliminar esta palavra.

Uma quarta forma frequentemente usada é **virusal**.

A decomposição desta última palavra daria o seguinte: **vi-**

rusal = vir + us + al, e suscita os seguintes comentários:

- **-vir-** (vem da raiz **uir-**);
- **-us** não pode ser a terminação do nominativo **-us** latino, porque o sufixo de adjectivo é acrescentado directamente à raiz (e não ao nominativo); logo, **-us** só poderia resultar do sufixo **-oso** (já referido acima), o que implicaria que, na formação deste adjectivo, o primeiro **o** original tivesse já evoluído (por encerramento) para **u**, e que o segundo **o** tivesse caído por eufonia, e tudo isto é demasiado para ter acontecido. Quer dizer, **virusal** deveria escrever-se **virosal**, e **-os** representa, de facto, o sufixo **-oso**;

- **-al** é o sufixo de adjectivo, de origem latina, já tratado acima. Deste modo, **virosal**, (visto que **virusal** não é correcto) acaba por ser um adjectivo que recorre à junção sucessiva de dois sufixos de adjectivo, **-oso** e **-al**. Esta operação constitui um excesso, geralmente considerado errado, e neste caso totalmente desnecessário, a que se chama **hipercharacterização**. É que o uso sequencial de dois sufixos com efeito idêntico é tão impróprio como o seria a repetição de um mesmo sufixo (**virosal**, **viralal**) e quase constitui expressão de gaguez.

Hepatite por vírus é uma alternativa válida, mas recorre a duas palavras. Pessoalmente, penso que **hepatite viral** seria o termo mais recomendável.

Corrigenda

No último número, em que tratei das palavras terminadas em **-ia**, há um lapso com a palavra **amnesia**, que no subgrupo a) do primeiro grupo (**-ia** tónico) aparece erradamente com acento no **e**. **Amnésia** com acento (tolerado) no **e** deve figurar apenas na última linha do texto, como de facto lá está já assim. Isto quer dizer que **amnésia**, embora forma errada, já está demasiado difundida para que possa ser corrigida.

Qualidade em Gastrenterologia

The challenge is to introduce quality monitoring and its associated controls so that they become an organically functioning part of an organization, rather than a foreign irritant to be neutralized or repudiated.

(Donabedian, 1988)

O tema da qualidade nos cuidados de saúde é um assunto muito debatido nos últimos anos e começa a ter influência na prática das diferentes especialidades médicas, no contexto da organização e da avaliação dos sistemas nacionais de saúde e nos critérios da creditação dos centros médicos para a formação de especialistas. É nesta perspectiva que farei alguns comentários gerais que me parecem oportunos quanto se analisa a qualidade na prática gastrenterológica.

Conceitos básicos

Existem muitas definições de qualidade em cuidados de saúde. Uma das mais citadas, e que mais influenciou as reformas do National Health Service da Inglaterra, é a de Avedis Donabedian (1, 2).

Donabedian considerava a qualidade como tendo três atributos estreitamente interligados:

1. Estrutura;
2. Processo;
3. Resultado (*Outcomes*).

Os atributos *estruturais* incluem os componentes essenciais dos cuidados de saúde, como as instalações, o equipamento, os recursos humanos e o financiamento. Os *processos* incluem as actividades que têm impacto nos cuidados dos doentes como os métodos de diagnóstico, o tratamento médico e cirúrgico, a educação, a comunicação e outros elementos mais mecânicos como organização do

processo clínico, requisição dos meios complementares, forma de recolher e distribuir os resultados dos exames e a transmissão da informação. Estas duas grandes variáveis, estruturais e processos, contribuem decisivamente para os resultados dos cuidados de saúde, que num sentido mais lato abrangem não só as mudanças no estado da saúde (a cura ou a melhoria sustentada) mas também outros aspectos importantes como a informação dada ao doente, a prevenção e a satisfação final. Os resultados são também influenciados por factores que não estão dependentes da prestação dos cuidados, como a idade do doente, as condições sociais e outras características do doente que podem ser modificadas, como as doenças associadas, a aderência deste às medidas terapêuticas e estilos de vida como o consumo do tabaco ou a toxicodependência.

Os conceitos gerais que indicamos fornecem uma base para avaliar ou medir a qualidade dos cuidados de saúde de um hospital ou de um centro especializado mas não incluem um componente essencial que é a capacidade ou os meios de melhorar os cuidados prestados. Para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde estes conceitos devem estar integrados num modelo que contemple também os meios de implementar a melhoria paralela do sistema e a adequada correcção dos defeitos identificados.

Indicadores de qualidade

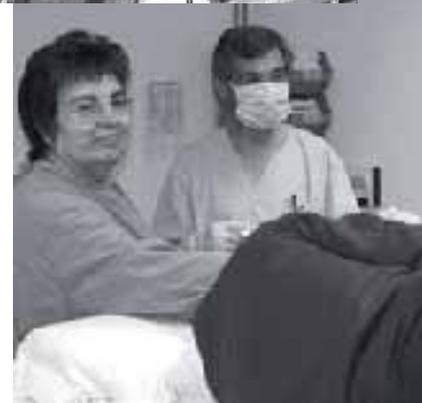
Os indicadores de qualidade podem ser organizados para vários níveis de apreciação: profissionais de saúde, organizações de saúde, decisores políticos, seguradoras e utentes do sistema.

Indicamos alguns dos principais indicadores de qualidade:

- Credenciais;
- Experiência;
- Variedade de Serviços;
- Ensino e investigação;
- Resultados (*outcomes*);
- Satisfação dos utentes.

Estes indicadores de qualidade são a maior parte das vezes citados como sendo os melhores indicadores para determinar se um serviço tem as condições para garantir cuidados de qualidade numa determinada especialidade ou em relação a uma determinada doença. Na estratégia de promover a qualidade através da publicação destes indicadores um exemplo interessante é o da Cleveland Clinic nos Estados Unidos da América, considerada uma das mais bem classificadas no *ranking* dos hospitais norte-americanos. Esta Clínica elaborou uma série de livros sobre os *outcomes* dos departamentos médicos e cirúrgicos que têm interesse para os doentes mas também para os profissionais de saúde. A informação relativa ao Departamento de Gastrenterologia está muito bem feita e os números e os resultados são impressionantes (3).

A experiência que um centro de especialidade e dos médicos que nele trabalham tem no tratamento de uma determinada patologia é um bom indicador, embora não necessariamente o único, de como são tratados os doentes nesse centro, especialmente quando se pretendem cuidados sofisticados para uma doença rara ou complexa. De acordo com um trabalho recente no *Annals of Internal Medicine* (4) uma revisão sistemática e crítica da literatura entre 1980 e 2000 mostra que a maioria dos estudos encontra uma associação significativa entre o maior



volume e os melhores *outcomes*. As associações mais fortes foram o tratamento da SIDA e a cirurgia do cancro do pâncreas e o cancro do esófago. É importante sublinhar a importância do *case mix* e dos procedimentos usados entre as diferentes instituições. Um centro de gastrenterologia que ultrapasse as 500 CPRE por ano (a Cleveland Clinic em 2005 realizou 800) tem certamente melhor capacidade de intervenção do que centros que realizem menos de 100 por ano. Gostava de sublinhar que a experiência é apenas um indicador de qualidade e que na apreciação de uma determinada instituição ou centro de especialidade se devem combinar mais elementos para uma melhor avaliação da sua qualidade e dos seus *outcomes* (5). O treino e a acreditação dos especialistas são também um outro factor a considerar. A União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS) para acreditar os centros exige que uma certa percentagem dos seus elementos seja também *per se* acreditados a nível europeu pelo seu *curriculum vitae*, experiência e treino devidamente avaliados e confirmados. Este é um procedimento correcto mas que torna mais difícil e morosa a certificação dos centros.

Métodos e modelos de melhorar a qualidade

As estratégias para melhorar a



qualidade dependem da perspectiva da avaliação (por exemplo uma monitorização externa ou uma auditoria interna), dos meios da colheita e da avaliação dos dados (por exemplo: inquérito confidencial, uso de indicadores de qualidade) e do principal foco de interesse (por exemplo: predominantemente nos resultados ou nos processos). Estes não são mutuamente exclusivos. No caso da elaboração de normas de orientação, estas podem ser elaboradas e avaliadas na própria unidade prestadora dos cuidados com o objectivo de uma auditoria clínica ou podem ser implementadas através de um contracto com a entidade pagadora (6). Os indicadores de qualidade, ou medidas de realização ou competência, podem ser utilizados para identificar áreas-problema num programa de auditoria de uma especialidade (unidade de técnicas de gastroenterologia, unidade de cuidados intensivos, hospital de dia) ou publicados (incluindo a sua colocação em *websites*) para utilização do grande público. Este facto ocorre em crescendo em países mais desenvolvidos como os Estados Unidos da América e o Canada, que aliás têm dois sistemas de saúde bem diferentes (7). É cada vez mais frequente as unidades hospitalares publicarem os seus *outcomes* e outros indicadores de qualidade para serem exte-

riormente avaliadas, tendo este facto grande repercussão nos meios de comunicação social. A avaliação ou monitorização exterior pode ser solicitada voluntariamente pela própria instituição ou centro hospitalar para aumentar a sua qualidade e visibilidade, quando se procura uma acreditação europeia. É o caso mais recente da acreditação europeia dos Centros de Gastroenterologia pelo European Board of Gastroenterology (EBG), secção da UEMS que pode ser solicitada através de um inquérito detalhado e depois apreciada *in loco* por dois ou mais peritos independentes enviados pela UEMS. Infelizmente, o número de centros europeus acreditados é ainda escasso (não atinge as três centenas) mas é um movimento integrador e gerador de maior uniformidade a nível da União Europeia. Sou um defensor do sistema e durante quatro anos, como representante da European Association for the Study of the Liver, integrei o *Board* desta organização. Solicitei recentemente à UEMS a certificação europeia do Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do Hospital de Santa Maria. Este é um processo que deve ter maior difusão entre nós. O treino em Gastroenterologia deve ser baseado na Universidade ou em Instituições afiliadas à Universidade, ou nas que proporcionem um programa educacional e de investigação equivalentes e com Serviços complementares de Medicina, Cirurgia e Diagnóstico. São também necessárias instalações satisfatórias para a educação, com espaço de ensino, biblioteca e áreas de informação e privacidade. O equipamento dos departamentos de Gastroenterologia, Cirurgia, Radiologia e Anatomia Patológica devem ser suficientes para permitir uma boa educação e treino. Os internos podem entrar num programa de



treino rotativo, envolvendo uma série de Centros, devendo cada um destes ser visitado e certificado pelo EBG, podendo até estes Centros candidatar-se em grupo. Parece-me que seria útil aproximar o nosso programa de formação em Gastroenterologia do Programa Europeu, definido pelo EBG em 2002 (8, 9) Era também importante que os nossos Programas de Internato de Gastroenterologia fossem acreditados pelo EBG para que, ao terminar o Internato, o interno possa requerer a creditação e obter o Certificate of Fellowship of the European Board of Gastroenterology e ser considerado Fellow of European Board of Gastroenterology. Para se conseguir este objectivo, as Faculdades de Medicina deveriam ter um papel decisivo no sentido de aglutinar esforços e criar novas directrizes que nos proporcionem melhorar significativamente a qualidade do treino e da prática da Gastroenterologia em Portugal.

Um aspecto adicional que convém indicar é o reconhecimento crescente na organização dos modelos de saúde da importância dos aspectos humanos no sucesso das instituições, alinhado com um aumento da ênfase na satisfação do doente pelos serviços que obtêm. Um dos defensores desta posição de avaliação total da qualidade nos cuidados de saúde é Berwick (9), que utilizou o termo “melhoria contínua da qualidade” em contraste com a estratégia convencional do isolamento das “maças podres” (*bad apples*), que considerava estar a prevalecer nas iniciativas sobre qualidade nos



Estados Unidos da América com um aspecto punitivo ou restritivo. Uma das vantagens desta filosofia nos cuidados de saúde é a sua natureza preventiva. A proposta de uma gestão contínua da qualidade está mais interessada em construir soluções duradouras através da aplicação sistemática de medidas organizacionais eficazes de base muito alargada. Só um maior envolvimento das instituições e uma mudança da cultura das pessoas integradas na prestação dos cuidados de saúde podem permitir que as melhores medidas de qualidade se apliquem na generalidade e não fiquem periféricas ao processo de mudança da instituição.

Bibliografia

1. Donabedian A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry* 1988; 25:175-192
2. Donabedian A. The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: the consumers role. *Quality in Health care* 1992; 1:247-251
3. www.clevelandclinic.org/quality/guides
4. Halm E, Lee C, Chassin MR. Is volume related to outcome in health care? A systematic review and methodologic critique of the literature. *Ann Intern Med* 2002;137:511-520
5. Kirsch M. Measuring quality: Why the numbers don't add up. *Am J Gastroenterology* 2006; 101:417-419
6. Thompson R. Quality in Health Care, In : *Textbook of Management for Doctors*, Ed. Tony White, Churchill Livingstone, New York and London, 1996 pgs 273-295
7. Carneiro de Moura M. Mudança de gestão dos sistemas de saúde - O Modelo Canadiano. *J Port Gastroenterol* 2006; 13:105-110
8. European Board of Gastroenterology. EGB. The blue book. 2002 (www.gastrohep.com/eums)
9. Carneiro de Moura M. Training in Hepatology GE - *J Port Gastroenterol* 2001; 8 :207-211
10. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *New Engl J Med* 1989; 320: 53-56

Miguel Carneiro de Moura
Professor Catedrático da

Faculdade de Medicina de Lisboa
Director, Serviço de Gastroenterologia e
Hepatologia, Hospital de Santa Maria, Lisboa

Endoscopia Digestiva em Pediatria

Introdução

As doenças do aparelho digestivo são frequentes e importantes na criança desde o nascimento, embora diferentes consoante o grupo etário.

A endoscopia digestiva está indicada para o diagnóstico e tratamento de algumas patologias digestivas na criança e pode hoje ser efectuada em qualquer idade, incluindo o período neonatal, graças ao aperfeiçoamento e miniaturização dos endoscópios e ao desenvolvimento e evolução da anestesia e da sedação em Pediatria.

A execução de endoscopia na criança implica uma avaliação muito criteriosa das indicações, operadores experientes e a ausência de contra-indicações, o que condiciona a sua realização a centros especializados e com treino na resolução de possíveis complicações. O apoio de outras especialidades pediátricas tais como a Cirurgia Pediátrica e os Cuidados Intensivos é indispensável sempre que se efectuam exames terapêuticos.

Por princípio, a endoscopia deve ser realizada apenas por Gastroenterologistas Pediátricos. Aceita-se que em crianças com mais de 10 anos e em situações de urgência possa ser efectuada nos Serviços de Gastroenterologia dos hospitais gerais.

As unidades de endoscopia pediátrica devem ter estrutura, organização e funcionamento semelhantes às unidades para adultos, pessoal em número adequado às necessidades e obedecendo às regras de boas práticas, às normas e recomendações da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva.

A criação de decoração apropriada ao grupo etário e a formação de todo o pessoal para trabalhar com crianças é muito importante. É indispensável o apoio sistemático de Anestesia que deve ser feito por equipas especializadas em Pediatria.

Endoscopia Digestiva Alta

A observação do esófago, estômago e duodeno deve ser feita de forma sistemática em todos os exames endoscópicos; deve ser escolhido o aparelho de maior calibre que o doente aceite para podermos ter melhor imagem e canal de trabalho. Abaixo dos 2.500g aconselha-se um aparelho de 5-6mm de diâmetro, nos doentes com mais de 2.500gr e menos de 10Kg endoscópios de 7mm e acima dos 10kg endoscópios de 9mm. O doente deve fazer em regra jejum de oito horas, aceitando-se três horas para os lactentes.

Todos os exames devem ser feitos sob anestesia ou sedação profunda e sempre que aconselhável com entubação orotraqueal, sob vigilância e controlo de equipa de Anestesia.

As principais indicações para endoscopia alta na criança constam do quadro anexo.

As complicações são pouco frequentes quando o exame é efectuado em centros especializados, apontando a literatura percentagens que variam entre 0,5 e 1,7%.

Endoscopia Digestiva Alta Indicações

Hemorragia
Disfagia
Recusa alimentar
Anemia crónica
Ingestão corpos estranhos
Biopsias intestinais

Refluxo Gastro/esofágico
Vómito persistente
Emagrecimento
Dispepsia
Esclarecer Rx
Hipertensão portal

Dilatação
Esclerose/hemostase

Polipectomia
Colocação de PEG

Endoscopia Digestiva Baixa

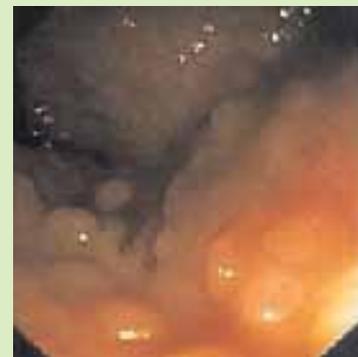
Esta técnica permite a observação do recto e de todo o cólon e quase sempre da porção terminal do ileum. Este exame deve ser efectuado sob sedação profunda ou anestesia geral e correcta monitorização do doente, sempre que se pretende observar para além do recto. É aconselhável a sua realização em meio hospitalar e o doente deve ser sempre preparado para a realização simultânea de qualquer técnica terapêutica, nomeadamente a polipectomia – frequentemente necessária –, pelo que deve possuir um hemograma e estudo da coagulação.

A limpeza intestinal é um factor decisivo para o êxito deste tipo de exame, permitindo a correcta observação e, portanto, diagnóstico e a realização de manobras terapêuticas. Na consulta que precede a realização do exame devemos sempre expor aos pais e aos doentes o tipo e o modo de efectuar a limpeza intestinal e decidir com eles se deverá ser feita no domicílio ou em meio hospitalar. Nos lactentes utilizamos apenas clisteres de soro fisiológico morno, nas crianças com menos de 3 anos dieta líquida durante três dias, laxante em xarope e enemas com soro fisiológico 10ml/Kg (Max. 500ml) na véspera à noite e no dia do exame. Acima dos três anos preferimos sempre que possível usar a solução de polietilenoglicol 25-40ml/kg/h, via oral ou por sonda nasogástrica em perfusão contínua durante cerca de duas horas.

Quanto ao aparelho a utilizar devemos usar nos lactentes os videogastrososcópios, acima dos 2-3



Pancreatite crónica. Criança de 9 anos com citopatia mitocondrial



Polipose cólica familiar. Criança com 12 anos



Espinha de peixe. Criança com 2 anos

anos o colonoscópio pediátrico e acima dos 10 anos pode usar-se um colonoscópio standard. As principais indicações para a observação endoscópica do cólon e recto na criança são a perda de sangue nas fezes – cerca de 90% dos casos na nossa experiência –, a diarreia crónica de causa desconhecida, rastreio de poliposes familiares, polipectomia ou dilatação de estenoses secundárias a quadros inflamatórios. Os diagnósticos mais frequentes são os pólipos (90% de tipo juvenil, únicos e localizados ao recto e sigmoide), as poliposes, as colites (Colite Ulcerosa, Doença de Crohn, Colite Alérgica por vezes associada ao leite de vaca, Colite Infecciosa e Colite Indeterminada), hiperplasia linfoide folicular (responsável por perdas hemáticas nas crianças mais pequenas), lesões de vasculite, úlceras isoladas, infecciosas ou traumáticas

e lesões vasculares associadas ou não a hipertensão portal ou doenças congénitas (Blue Rubber Bled Nevus Syndrome).

O exame terapêutico mais vezes realizado nas unidades de endoscopia pediátrica é a polipectomia, mas todas as técnicas disponíveis (dilatação, hemostase, colocação de próteses, esclerose) podem ser utilizadas na criança, desde que em condições adequadas à idade e patologia do doente.

Constituem contra-indicações à realização de colonoscopia a instabilidade hemodinâmica e cardio-respiratória, a perfuração intestinal, o megacolon tóxico, enterocolite necrosante e alterações da coagulação. A neutropenia e a isquémia intestinal são contra-indicações relativas. A má limpeza cólica é uma contra-indicação importante, em especial se o objectivo é a realização de um exame terapêutico.

As complicações ocorrem até 0,4%, sendo mais frequentes a perfuração ou hemorragia e a sua ocorrência está habitualmente relacionada com o grau de experiência do executante.

CPRE

Esta técnica endoscópica é útil no diagnóstico diferencial e no tratamento da patologia biliar e pancreática da criança, embora tenha indicações cada vez mais reduzidas após o aparecimento de outros métodos menos inva-

sivos como a colangiorensonância.

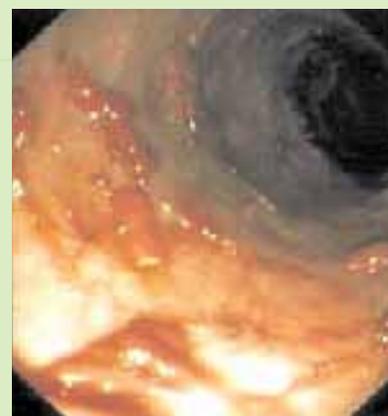
Tendo em conta o pequeno número de exames anuais necessários neste grupo etário a CPRE deve ser feita em serviços gerais de Gastroenterologia com a colaboração do Gastroenterologista Pediátrico. Existem duodenoscópios pediátricos com diâmetro de 7,5mm que permitem o exame em qualquer grupo etário.

As principais indicações são na colestase neonatal (atrésia das vias biliares, hepatite neonatal e pobreza canalicular sindromática ou não), quisto do colédoco,coledocolitíase, colangite esclerosante, estenose biliar e patologia traumática. As atitudes terapêuticas estão indicadas na litíase biliar e na dilatação de estenoses e na síndrome da bile espessa. Deve referir-se que sempre que possível deve ser evitada a esfincterectomia na criança.

Na patologia pancreática, as principais indicações são o diagnóstico da pancreatite recorrente (associada a fibrose quística, pâncreas divisum, divertículo ou duplicação duodenais e anomalias da junção), da pancreatite crónica e traumatismos ou tumores do pâncreas. As parasitoses podem ser igualmente uma indicação diagnóstica e terapêutica neste grupo etário. A pancreatite aguda (cerca de 8%) a hemorragia, a infecção e



Polipose Juvenil.
Criança com 12 anos



Colite ulcerosa, pseudopólipos inflamatórios.
Criança com 14 anos

a perfuração são complicações mais frequentes.

Videocápsula endoscópica

Aplicável para observação do intestino delgado em crianças com mais de 17Kg, ou seja, em regra acima dos 10 anos de idade. É uma técnica pouco invasiva pelo que deve ser desenvolvida para mais vasta aplicação pediátrica. As indicações são: doença inflamatória intestinal, poliposes do delgado (Sind Peutz-Jeghers), hemorragia digestiva oculta, tumores intestinais e doença celíaca. A dificuldade técnica mais frequente é, por vezes, a ingestão da cápsula, que pode ser facilmente resolvida com introdução endoscópica. A complicação mais frequente é a sua retenção em zona de estenose.

Enteroscopia

Apesar do progresso técnico continua a ser difícil a observação do intestino delgado nas crianças mais pequenas, uma vez que quer a cápsula endoscópica quer a enteroscopia, mesmo com duplo balão, são difíceis de executar. Devemos por isso analisar minuciosamente as indicações mais

adequadas caso a caso e sempre que necessário recorrer à enteroscopia per-operatória orientada se possível por laparoscopia.

Ecoendoscopia

Esta técnica, em franca evolução nos últimos anos, é difícil de realizar nas crianças com menos de 10 anos, pela dimensão dos ecoendoscópios existentes e mesmo no caso das mini-sondas, pelo canal de trabalho do endoscópio que exigem.

As suas indicações na criança são na patologia do esófago (esofagite eosinofílica, estenose congénita, lesões submucosas) no estômago (Duplicação, tumores do estroma, leiomiomas e pâncreas heterotópico e lesão de Dieulafoy), no pâncreas (lesões sólidas ou quísticas, biopsias e drenagem) e no cólon (varizes coloreticais, duplicação e lesões perianais e perirectais da doença de Crohn).

Deve ser realizada nos centros de Gastroenterologia com treino específico.

Comentário final

A recente criação da Subespecialidade de Gastroenterologia Pediátrica pela Ordem dos Médicos é o reconhecimento da enorme importância que esta área da patologia tem na criança, quer nos seus aspectos clínicos quer técnicos. O futuro será seguramente de maior desenvolvimento destas técnicas de diagnóstico e da sua aplicação cada vez mais frequente neste grupo etário.

*Fernando Pereira
Gastrenterologista Pediátrico
Hospital Maria Pia - Porto*



Anel de brilhantes no esófago.
Criança com 3 anos



Duplicação rectal.
Criança com 1 ano



Fístula traqueo-bronquica congénita.
Criança com 15 meses

Entrevista ao Dr. Jorge Amil Dias, Presidente do Colégio da É Essencial um Intercâmbio Científico Estreito Particularmente com a Sociedade de Endoscopia

ENDOnews – Qual a importância da patologia digestiva na criança?

Dr. Jorge Amil Dias –

A patologia digestiva mais frequente na criança e no adolescente é geralmente tratada pelos Médicos de Clínica Geral e Pediatras gerais. Há, contudo, situações em que o diagnóstico e tratamento requerem competências diferenciadas. A investigação de diarreia crónica, hemorragia digestiva e atrasos de

crescimento por causa digestiva, entre outros, necessitam de médicos com formação específica para maior eficiência dos cuidados aos doentes.

Tendo em conta os diversos grupos etários que a pediatria compreende que doenças digestivas gostaria de salientar nos lactentes, crianças e adolescentes?

Algumas doenças merecem des-

taque pela modificação epidemiológica dos últimos anos: a *alergia alimentar* com colite tem ocorrido com frequência crescente em pequenos lactentes, mesmo se alimentados ao peito. É bem conhecido o aumento da doença alérgica em geral que ocorre também nos lactentes. A doença celíaca foi outrora considerada em extinção com o atraso do glúten na alimentação infantil, mas reconhece-se que se mantém como uma das

situações mais frequentes (um estudo que realizámos em todo o país revelou prevalência de cerca de 1:200 hab). O carácter permanente da intolerância e da respectiva dieta sem glúten exige critérios diagnósticos rigorosos. A doença inflamatória intestinal que há poucas décadas atingia predominantemente adultos jovens, é hoje corrente nas consultas de Gastreenterologia Pediátrica. No Hospital de S. João temos casos de colite ulcerosa em crianças de 3 anos! A ocorrência frequente de sintomas gerais inespecíficos na doença de Crohn pediátrica exige sensibilidade diagnóstica apurada para diagnóstico e tratamento atempados com vista a minimizar as complicações da doença.

A endoscopia com as suas diferentes possibilidades técnicas desempenha um papel muito importante no diagnóstico e no tratamento de várias doenças digestivas. Gostaria de comentar a sua importância na criança?

A endoscopia e suas técnicas diagnósticas e terapêuticas entraram definitivamente na prática pediátrica. Houve progressiva diferenciação de Pediatras e Gastreenterologistas na execução de técnicas endoscópicas em crianças e adolescentes. A indústria desenvolveu aparelhos e acessórios particularmente adaptados a crianças e até a recém-nascidos. Assim, com equipamento adequado e profissionais especificamente treinados é possível oferecer diagnóstico e



Subespecialidade de Gastrenterologia Pediátrica com os Gastrenterologistas de Adultos e Digestiva

tratamento endoscópico a todos os grupos etários. Haverá sempre um “cordão umbilical” entre a Endoscopia Pediátrica e a de Adultos, na medida em que os avanços técnicos começam sempre por esta última e caberá aos Colegas de Adultos a execução de técnicas em que o número de casos pediátricos não permite adquirir e manter experiência adequada.

Os pediatras que se dedicam ao estudo e tratamento das crianças com doenças digestivas estão organizados numa Secção dentro da Sociedade Portuguesa de Pediatria. O que é e como funciona essa organização?

As subespecialidades pediátricas decorrem todas da especialidade-mãe, a Pediatria. Também na organização científica os Pediatras se revêm na Sociedade Portuguesa de Pediatria, embora criando Secções Especializadas. A Gastrenterologia e Nutrição Pediátrica compõem uma dessas secções. Contudo, devem também criar laços científicos com os Colegas Gastrenterologistas de Adultos para troca de experiências e formação técnica.

Considera útil o estabelecimento de uma colaboração formal entre a Secção de Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica e a Sociedade Portuguesa de

Endoscopia Digestiva? Qual a forma que lhe parece mais apropriada?



Pelo que já afirmei, parece-me essencial que os médicos com interesse em Gastrenterologia Pediátrica mantenham intercâmbio científico estreito com os Gastrenterologistas de Adultos e particularmente com a Sociedade de Endoscopia Digestiva. A indispensável prática de técnicas endoscópicas exige formação e contínua actualização; o contacto com SPED é essencial para promover esses objectivos. Para além de participar na vida geral da SPED parece correcto criar-se uma Secção de Endoscopia Pediátrica que se dedique aos problemas específicos desse grupo etário. A organização de sessões de âmbito pediátrico no Congresso Nacio-

nal da SPED será um ponto de atracção de todos os Colegas Pediatras ou não com particular interesse nessa área.

Foi recentemente criada pela Ordem dos Médicos a Subespecialidade de Gastroenterologia Pediátrica, o que constitui o reconhecimento da importância da Gastroenterologia Pediátrica. Gostaria que nos falasse um pouco da importância deste reconhecimento para a Pediatria e para a Gastroenterologia Nacional e as suas consequências para o futuro desta actividade médica.

Como na Medicina de Adultos, a diferenciação da Pediatria em conhecimentos específicos era

inevitável. Por todo o mundo surgiram, há anos, sociedades científicas de especialidades pediátricas que reflectem essa realidade. Se o reconhecimento formal dessa formação corresponde, por um lado, à natural evolução dos conhecimentos, por outro significa a obrigação de criar um percurso formativo bem definido particularmente importante em especialidades instrumentais que implicam aquisições técnicas. Corresponde pois ao reconhecimento de profissionais devidamente treinados e à segurança proporcionada aos doentes pela formação médica garantida. É certo que falta ainda a incorporação do reconhecimento da Gastrenterologia Pediátrica na organização hospitalar mas esperamos que tal venha a ser feito com brevidade bem como a definição dos serviços com capacidade formativa para treinar novos especialistas.

*Fernando Pereira
Gastrenterologista Pediátrico;
Hospital Maria Pia - Porto*



Tema de Revisão

Pólipos Gástricos Benignos

O termo “pólipo” aplica-se a qualquer nódulo ou massa que se projecta além do contorno interno do lume do órgão, independentemente da sua natureza histológica. Ocasionalmente, uma lesão com origem nas camadas mesenquimatosas da parede gástrica (lipoma ou leiomioma) pode fazer procidência e tomar uma aparência polipóide. Contudo, o uso do termo “pólipo”, relativamente ao tracto gastrointestinal, é mais frequentemente aplicado às lesões com origem na mucosa.

Epidemiologia

As lesões polipóides gástricas são geralmente achados acidentais na endoscopia digestiva alta ou menos usualmente nos exames radiográficos do tubo digestivo. São pouco frequentes, encontrando-se em 0,4 % das autópsias de adultos. Archimandritis, na maior série publicada, envolvendo 13.000 doentes, submetidos a endoscopia digestiva alta, independentemente da indicação para a sua realização, encontrou pólipos gástricos em 1,2 % dos doentes. Outras séries têm confirmado incidências semelhantes entre 1 e 2%.

Os mesmos estudos indicam que a idade se correlaciona com a probabilidade de aparecimento destas lesões, aproximadamente dois terços das quais são identificadas em indivíduos com mais de 60 anos, não se tendo demonstrado predomínio de sexo.

As lesões são únicas em cerca de 70% dos casos, sendo encontradas com maior frequência no antro e corpo.

Clínica

Os pólipos gástricos são, habitualmente, lesões assintomáticas. Por vezes, podem ser causa de perda hemática crónica, traduzida por anemia ferropénica, raramente podem manifestar-se por hemorragia digestiva maciça. Estão também descritos raros casos cuja manifestação clínica se traduz por quadro de obstrução ao esvaziamento gástrico, neste caso identificam-se pólipos de dimensões maiores, localizados no antro, condicionando mecanismo “valvular” de oclusão do piloro.

Histologia

O tipo histológico e respectiva frequência nos pólipos gástricos é variável nas diversas séries publicadas. Também a classificação histológica não é uniforme entre

estas séries, o que dificulta a validação dos resultados.

Tendo por base a classificação da OMS relativa aos tumores gastrointestinais podemos considerar o seguinte:

- Frequentemente não são encontradas alterações relevantes no exame anatomopatológico, sendo apenas referidas alterações inflamatórias inespecíficas;
- Na grande maioria dos casos o tipo histológico encontrado é o de pólipo hiperplásico (entre 50 e 93% dos casos) ou o de pólipo com histologia de glândula fúndica (em cerca de 24% dos casos);
- As lesões hiperplásicas podem ainda subdividir-se em hiperplasia foveolar e pólipo hiperplásico típico, de acordo com a classificação de Elster. Alguns autores atribuem significado prognóstico distinto a estas duas entidades;
- O adenoma encontra-se entre 6 e 10% destes pólipos. Ao contrário dos anteriores que são lesões pseudo-tumorais, o adenoma é considerado uma lesão tumoral e, ainda que benigna, obriga a vigilância pois tem potencial evolutivo para neoplasia maligna;
- Entre 0 e 1% dos casos foram encontradas alterações displásicas ou malignas;
- Outros subtipos histológicos descritos, mas com menor frequência, são o tumor carcinóide (≈ 1 a 2%); heterotopia das glândulas de Brunner (≈ 1 %); pólipos de Peutz-Jeghers, pólipos juvenis e heterotopia pancreática.

caso de pólipos hiperplásicos e adenomatosos parece haver associação com a inflamação crónica da mucosa gástrica, nomeadamente nas situações de gastrite atrófica associada à presença de *Helicobacter pylori*.

Alguns estudos indicam uma associação entre o aparecimento de pólipos gástricos e a terapêutica de longa duração com os inibidores da bomba de protões. Esta associação foi descrita para os pólipos hiperplásicos, de glândulas fúndicas e tumores carcinóides. Os resultados são porém pouco consistentes.

Está também descrita uma possível relação com as síndromes de polipose do cólon, como a Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) e ainda a Síndrome de Peutz Jegher.

Estima-se que aproximadamente 40% e 100% dos indivíduos com polipose adenomatosa familiar apresentem concomitantemente pólipos do estômago ou do duodeno. Num estudo prospectivo envolvendo 100 doentes com PAF, foram encontrados pólipos em 46 doentes quando da realização de endoscopia digestiva alta. Destes pólipos 33 eram adenomas e 26 lesões hiperplásicas.

Vigilância e tratamento

As recomendações para o tratamento e vigilância dos pólipos gástricos epiteliais permanecem controversas e dependem, sobretudo, do seu potencial evolutivo para a malignidade.

De acordo com a classificação dos tumores do estômago estabelecida pela OMS, a probabilidade de transformação maligna depende do tipo histológico.

O risco tem sido estimado em

Quadro 1

Qualquer pólipo gástrico deverá ser avaliado por endoscopia e obtido material para histologia

A polipectomia é preferível, sempre que possível, à biópsia, especialmente para pólipos ≥ 5 mm

A vigilância é obrigatória após remoção de pólipos adenomatosos ou displásicos com reavaliação endoscópica após um ano e subsequentemente em intervalos de 3 a 5 anos

No caso de pólipos múltiplos aconselha-se a remoção do(s) maior(es) e biópsias representativas dos restantes

Pólipos irrissecáveis por endoscopia devem ser considerados para remoção cirúrgica se a biópsia demonstrar tecido adenomatoso ou displásico

0 a 8% (média 2,1%) para os pólipos hiperplásicos, aproximadamente 5% para os adenomas tubulares e 25 a 40% para os adenomas vilosos.

Se a possibilidade de um adenoma evoluir para uma lesão maligna parece indiscutível, já relativamente aos pólipos hiperplásicos alguns autores têm afirmado que estes apresentam um potencial praticamente nulo de evoluir nesse sentido.

Contudo, a evidência científica é suficiente para questionar esta afirmação.

A razão para a discrepância existente no risco de evolução para neoplasia nos pólipos hiperplásicos pode prender-se com o facto de estes corresponderem a grupos histológicos distintos, como atrás referimos, subdivi-

de malignidade.

Já os pólipos hiperplásicos típicos, se bem que geralmente “inocentes”, podem evoluir para condições pré-malignas ou malignas (especialmente quando maiores que 2 cm).

A associação existente entre pólipos gástricos e a síndrome de polipose familiar levantou a hipótese de um pólipo do estômago, especialmente se do tipo glândula fúndica, poder ser um marcador de neoplasia do cólon na população em geral. Na tentativa de responder a esta questão foi efectuado um estudo retrospectivo onde se demonstrava que doentes com pólipos gástricos benignos tinham uma incidência aumentada de pólipos e cancro do cólon. No entanto, estudos

de modo a uma correcta caracterização histológica.

Uma abordagem possível é sugerida nas normas orientadoras da Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal, ASGE, (ASGE guidelines: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract) que recomenda:

- A remoção, se possível, de todos os pólipos pediculados (independentemente do tamanho);
- A remoção de qualquer pólipo maior que 2 cm e a biopsia ou remoção de pólipos inferiores a esta dimensão.

Estudos mais recentes propõem que a actuação clínica actual deva passar pela remoção de qualquer pólipo com dimensões superiores a 1 cm ou mesmo a 0,5 cm. A erradicação do *Helicobacter pylori* poderá ser uma opção possível no tratamento dos pólipos hiperplásicos, conforme evidenciado em pelo menos um estudo no qual se demonstrou a regressão dos pólipos em doentes Hp positivos submetidos, com sucesso, a terapêutica de erradicação. Não existem, no entanto, dados suficientes que permitam recomendar esta abordagem. Relativamente à vigilância subsequente, os dados publicados na literatura são claramente insuficientes.

A recorrência de pólipos adenomatosos tem sido reportada entre 0 e 5,2 % e a detecção de carcinoma durante o segui-

mento de doentes submetidos a polipectomia foi encontrada em 1,3% dos casos.

A vigilância é geralmente recomendada pela maioria dos autores se bem que os intervalos propostos sejam meramente especulativos.

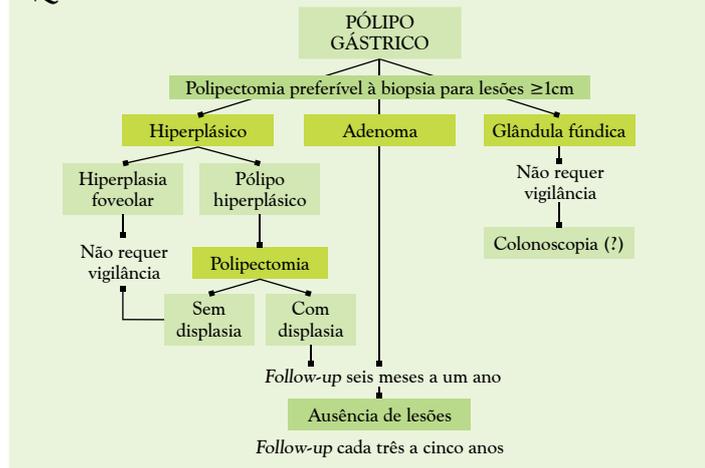
A Sociedade Americana de Endoscopia Gastrointestinal, ASGE, sugere que apenas no caso de pólipos displásicos ou adenomatosos se justifica vigilância, com reavaliação endoscópica ao fim dum ano após a remoção dos pólipos.

Na ausência de pólipos detectados nesta avaliação, deverá ser realizada subsequentemente em intervalos de três a cinco anos.

No caso particular de múltiplos pólipos gástricos deverão ser removidos os maiores e feitas biopsias representativas dos restantes. A actuação ulterior depende dos resultados histológicos.

Tiago Bana e Costa, Miguel Bispo,
Paula Peixe, Leopoldo Matos;
Serviço de Gastrenterologia,
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Quadro 2



dindo-se em dois tipos: pólipos hiperplásicos típicos e hiperplasia foveolar focal.

De facto, os pólipos hiperplásicos do tipo hiperplasia foveolar são geralmente pequenos, inferiores a 5 mm, não parecem estar associados outras lesões da mucosa, como gastrite ou infecção por Hp e não evidenciam potencial

prospectivos mais recentes não provaram esta associação. Alguns autores recomendam, ainda assim, a realização de colonoscopia sempre que se encontrem pólipos gástricos adenomatosos ou de glândulas fúndicas.

Assim, qualquer pólipo gástrico encontrado endoscopicamente deve ser analisado microscopica-



Caso Clínico

Tumores do Estroma Gastrointestinal (GIST): Uma Causa Rara de Hemorragia Digestiva

Miguel Bispo, Tiago Bana e Costa, Isabel Seves, Paula Peixe, Leopoldo Matos;
Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Homem, de 55 anos, aparentemente saudável até 2 dias antes do internamento, altura em que refere o aparecimento de melenas seguidas de hematemesa associada a lipotímia. Objectivamente apresentava ligeira taquicardia e palidez, sem outras alterações. O laboratório registou Hb 10,5g/dl. Foi realizada endoscopia digestiva alta, que evidenciou sangue digerido no lúmen gástrico

mesenquimatoso, complicado de ulceração e hemorragia, o doente foi proposto para cirurgia electiva e submetido a gastrectomia segmentar (atípica), por via laparoscópica. Na peça operatória observou-se lesão (4, 5cm), ulcerada em superfície, cuja histologia mostrou padrão arquitetural e citomorfológico de tumor mesenquimatoso e marcação imunocitoquímica com positividade para CD117 (c-kit) e CD34, compatível com

A expressão clínica mais frequente é a hemorragia digestiva, sendo apesar disto, uma causa rara de perda hemática pelo tracto gastrointestinal.

O diagnóstico habitualmente é endoscópico, contudo, as características macroscópicas das lesões não são patognomónicas.

Também as biopsias endoscópicas convencionais não permitem obter tecido suficiente para um diagnóstico definitivo.

Perante a forte suspeita dum tumor mesenquimatoso, aparentemente ressecável, o tratamento de primeira linha deve ser cirúrgico.

A origem destes tumores parece ser nas células intersticiais de Cajal, estando implicadas mutações activadoras do gene c-kit e expressando as células um receptor de membrana com actividade tirosina-cinase (o designado c-kit (CD117)). A marcação imunocitoquímica com positividade para CD117 (c-kit) e CD34 é considerada, actualmente, diagnóstica de GIST.



Figura 1



Figura 2

e volumoso coágulo aderente à porção média da grande curvatura, não sendo possível observar a lesão subjacente.

Houve persistência das melenas, sem repercussão hemodinâmica, e descida do valor de Hb para 8,7g/dl.

Realizou-se reavaliação endoscópica identificando-se, na zona onde se encontrava o coágulo, massa submucosa, séssil, com cerca de 4cm, ulcerada sangrando activamente, em toalha (figura 1). A hemorragia foi controlada após injeção de adrenalina e polidocanol (figura 2). O doente manteve-se clinicamente estável, sem recidiva das perdas hemáticas. Dada a evidência de um provável tumor

o diagnóstico de GIST.

O doente está assintomático, mantendo-se sob vigilância.

Comentário

Os tumores gástricos submucosos correspondem habitualmente a neoplasias mesenquimatosas que, classicamente, englobam os leiomiomas e os leiomiomas, além dos GIST, que constituem as atípicas mais frequentes neste grupo.

São responsáveis por cerca de 1% das neoplasias gastrointestinais diagnosticadas, mas este valor subestima a sua verdadeira prevalência pois na maioria são assintomáticos.

O comportamento biológico destes tumores é variável e todos têm potencial maligno.

A possibilidade de obter uma ressecção completa, a par do baixo índice mitótico encontrado na histologia, constitui provavelmente o factor prognóstico mais importante, pese embora, que pequenas lesões podem metastizar e mesmo quando totalmente ressecadas, cerca de 50% poderão recorrer, motivo pelo qual os doentes devem ser mantidos sob vigilância. Dada a resistência dos GIST à quimioterapia convencional e a sua comprovada sensibilidade ao Imatinib (inibidor do c-kit), este fármaco deverá ser a opção nos casos que requerem terapêutica adjuvante.

Novas Tecnologias

O “Aer-O-Scope”



Figura 2 - Estação de trabalho

Se, no contexto do doente sintomático, com queixas sugestivas de patologia intestinal, a indicação para a realização de colonoscopia não merece, dada a sua capacidade de observação de pequenos detalhes da mucosa e de colheita de biópsias, qualquer reparo, já no caso do rastreio do carcinoma de cólon e do recto a perspectiva poderá ser diferente. De facto, apesar de esta ser uma doença susceptível de ser eficazmente prevenida, é sobretudo



nas limitações dos testes actualmente disponíveis, incluindo os endoscópicos, que esbarram os esforços para a

realização de rastreio da população assintomática com idade superior a cinquenta anos. Embora considerando que a colonoscopia constitui o método de rastreio preferencial, o que é facto é que a esta técnica se associa, frequentemente, desconforto ou dor. O incómodo que provoca resulta da circunstância de o colonoscópio, ao mover-se contra a parede intestinal, originar o seu estiramento, acarretando assim, não só maior dificuldade, como maior duração do procedimento o que, por sua vez, condiciona a aceitabilidade do exame por parte dos doentes.

O Aer-O-Scope (GI View Ltd, Ramat Gan, Israel) constitui, segundo os seus inventores, o primeiro colonoscópio com autopropulsão. O sistema tem um componente não reutilizável que inclui um introdutor rectal, um cabo alimentador e um sistema de captação de imagem constituído por uma cápsula electro-óptica com 1,5 x 4,1 cm (figura 1). O supra-referido cabo alimentador está ligado a uma estação de trabalho que tem por base um computador que permite visualizar e registar o exame endoscópico (figura 2). A propul-

são da cápsula é assegurada, ao contrário do que acontece na colonoscopia convencional em que o aparelho é empurrado, pela instilação de dióxido de carbono proveniente da estação de trabalho. A pressão atingida é monitorizada e constantemente ajustada de forma a que um valor previamente estabelecido de 54 mbar não seja ultrapassado. Graças ao sistema de pressões que se estabelece em volta da cápsula é possível condicionar a sua movimentação, imprimindo avanço, retrocesso ou paragem.

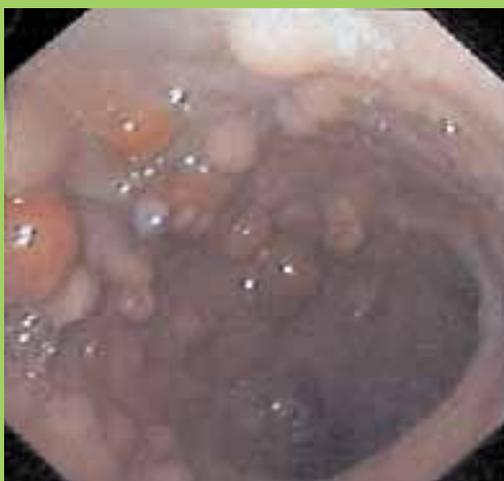
Com a utilização deste sistema de colonoscopia espera-se que a tolerância dos pacientes seja superior à da colonoscopia convencional, dado que o avanço do aparelho não se processa por impulsão, havendo, sim, uma adaptação à forma natural do cólon. Esta técnica mereceu, em 2006, a publicação de dois trabalhos, um dos quais em modelo animal. A investigação em humanos incluiu doze indivíduos saudáveis, tendo sido realizada uma colonoscopia total em dez. O tempo médio de duração do exame foi de 14 minutos, tendo apenas dois indivíduos solicitado a administração de analgésicos.

Pedro N. Figueiredo
Serviço de Gastrenterologia
Hospitais da Universidade de Coimbra

Instantâneo Endoscópico

Pólipos de Glândulas Fúndicas

Tiago Bana e Costa, Miguel Bispo, Paula Peixe, Leopoldo Matos



Doente do sexo masculino, de 72 anos de idade, seguido em consulta de gastrenterologia desde 1997 por quadro de doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE). Nessa ocasião, realizou

protões, numa dose padrão. O doente referiu melhoria significativa com desaparecimento dos sintomas e recuperação da sua qualidade de vida. Contudo, não foi possível suspender a ad-

ministração daqueles fármacos por reaparecimento das queixas, mantendo o doente desde então a toma dos mesmos. Repetiu endoscopia digestiva alta por aparecimento de queixas dispépticas, sob medicação, tendo neste exame sido identificadas múltiplas formações polipóides de pequenas dimensões, algumas erosionadas na sua superfície, dispersas pelo corpo e fórnix gástricos. Foi realizada polipectomia endoscópica das lesões de maior dimensão e

biópsias dos pólipos não extirpados. O exame histológico destas revelou tratarem-se de pólipos de glândulas fúndicas.

A histologia de glândula fúndica é um achado frequente, surgindo até 30% dos casos, nas diversas séries. São geralmente lesões de pequenas dimensões, benignas, não estando relatados casos de transformação maligna a partir de pólipos deste tipo. Não requerem, por este motivo, vigilância subsequente.

A histologia de glândula fúndica é um achado frequente, surgindo até 30% dos casos, nas diversas séries.

São geralmente lesões de pequenas dimensões, benignas, não estando relatados casos de transformação maligna a partir de pólipos deste tipo.

Não requerem, por este motivo, vigilância subsequente.

Probióticos no Tratamento da Síndrome do Cólon

A síndrome do cólon irritável (SCI) é uma entidade pouco compreendida que se caracteriza por desconforto ou dor abdominal, diarreia ou obstipação, flatulência e distensão abdominal, sintomas para os quais não existe nenhuma causa orgânica óbvia. É uma patologia extremamente frequente, atingindo cerca de 20% da população e para a qual não existe terapêutica específica. Os múltiplos fármacos disponíveis produzem, na melhor das hipóteses, um alívio sintomático e nenhum fármaco até à data se mostrou capaz de alterar a história natural da doença. Embora a causa precisa não seja conhecida, admite-se que factores psicossociais, alterações da motilidade gastrointestinal, uma hipersensibilidade visceral bem como alterações da fermentação intestinal possam estar envolvidas. Este último aspecto (alterações da fermentação intestinal) sugere que alterações da microflora intestinal possam ser importantes na patogénese da SCI e daí a potencial utilidade dos probióticos no tratamento desta patologia.

De facto, uma proporção elevada de doentes com SCI associa o início das queixas a factores que reconhecidamente alteram a microflora intestinal: gastrenterite aguda, cirurgia abdominal ou pélvica e utilização de antibióticos, estão frequentemente associados ao início das queixas de SCI. Por outro lado, outros estudos que avaliaram a flora intestinal de doentes com SCI, encontraram diferenças significativas em comparação com um grupo controlo. Assim, alguns destes estudos concluíram que doentes com SCI tinham um número significativamente menor de coliformes comparando com um grupo de controlo, bem como um número mais baixo de *Lactobacillus* e bifidobactérias. Apesar de não haver diferenças qualitativas entre doentes com SCI e os grupos de controlo, as diferenças quantitativas foram reportadas por diversos autores. Outros estudos encontraram também uma diferença qualitativa na flora bacteriana dos doentes com SCI, na medida em que nestes os microrganismos anaeróbios são sobretudo os *Clostridium spp* em vez dos habituais *Bacteroides spp* ou *Bifidobacterium spp*. Contudo, apesar da evidência a favor desta alteração da microflora intestinal nos doentes com SCI, a dúvida persiste em relação à questão destas alterações serem causa ou consequência de uma motilidade alterada nos doentes com SCI.

A consequência directa desta alteração da microflora intestinal é uma perturbação dos processos de fermentação, nomeadamente dos

hidratos de carbono complexos. Estes processos de fermentação vão resultar na produção de gases, os quais podem desempenhar um papel importante na patogénese da SCI. De facto, alguns estudos indicam uma quantidade de gás produzido anormalmente alta, nomeadamente hidrogénio, em doentes com SCI quando comparados com grupos de controlo submetidos a dieta semelhante. Esta produção aumentada de gás seria responsável por queixas frequentemente reportadas por estes doentes, tais como flatulência, distensão abdominal ou mesmo dor. Adicionalmente, outros autores reportam que esta perturbação da fermentação intestinal poderia também ser devida a uma “intolerância alimentar” não mediada por mecanismos imunológicos. Assim, estudos recentes indicam que a administração de alimentos específicos parece desencadear queixas numa proporção elevada de doentes com SCI, apesar de não se verificar um aumento dos níveis circulantes de IgE, o que contraria a possibilidade de os mecanismos clássicos das alergias alimentares estarem envolvidos. Por outro lado, dietas de exclusão resultam, por vezes, numa melhoria da sintomatologia em doentes com SCI. Mais uma vez se levanta a questão: serão estas intolerâncias alimentares a causa ou antes a consequência do SCI?

Independentemente da resposta, podemos dizer que existe evidência segura de que nos doentes com SCI existe uma perturbação da relação entre microflora intestinal, fermentação cólica e intolerâncias alimentares. Foram estas associações que motivaram a realização de diversos estudos examinando o efeito da administração de probióticos em doentes com SCI. Por definição, probióti-

cos são microrganismos – vivos ou atenuados – ou produtos bacterianos cuja ingestão pode exercer efeitos benéficos para além dos que derivam simplesmente do seu valor nutricional. São vários os mecanismos através dos quais os próbióticos podem ser úteis na terapêutica da SCI.

1. Efeitos antibacterianos ou antivirais

Os probióticos podem prevenir ou alterar o curso da SCI pós-infecciosa, nomeadamente nos doentes que referem o início das queixas pós-gastrenterite aguda, viral ou bacteriana.

2. Efeitos anti-inflamatórios

A SCI pode também estar ligada à inflamação ou activação do sistema imunológico, na ausência de um estímulo infeccioso desencadeante. Assim, uma larga percentagem de doentes com SCI tem evidência de inflamação microscópica inespecífica em biopsias do cólon ou mesmo do intestino delgado. O significado deste infiltrado inflamatório permanece por esclarecer. Será causa ou consequência? Adicionalmente, alguns estudos experimentais demonstraram que a administração oral de um *Bifidobacterium* ou da mistura VSL#3 em modelos animais de colite resulta numa supressão da produção das citocinas pró-inflamatórias. Em humanos, estudos anteriores demonstraram que os probióticos podem ter um efeito anti-inflamatório em doentes com *pouchitis*, ou mesmo diminuir o risco de recidiva neste grupo de doentes tratados com antibiótico. Este efeito anti-inflamatório parece estar limitado às estirpes de *Bifidobacterium* mas não de *Lactobacillus*.

Irritável – Qual a Evidência?

3. Alteração da composição da flora bacteriana

Os efeitos benéficos dos probióticos nesta situação podem derivar do aumento da flora comensal (*Lactobacilli* e *bifidobacterium*), diminuição da flora bacteriana patogénica ou redução dos processos de inflamação e fermentação mediados pela flora bacteriana.

4. Efeito no conteúdo luminal

Os probióticos podem alterar a composição das fezes, o conteúdo em gás, ou ainda a produção de muco. Daí o efeito regulador do trânsito intestinal, independentemente da queixa inicial ser a diarreia ou obstipação.

Todos estes mecanismos não são mutuamente exclusivos e o potencial efeito benéfico dos probióticos em doentes com SCI pode derivar da interacção

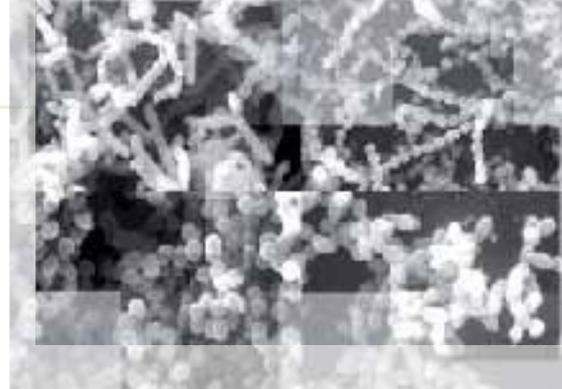
entre vários destes factores. Assim, alterações quantitativas e qualitativas da flora bacteriana em doentes com SCI, com aumento dos microrganismos produtores de gás, podem interagir com os hidratos de carbono não absorvidos (por exemplo, doentes com deficiência de lactase), com aumento dos processos de fermentação e da sintomatologia que daí deriva tais como flatulência, distensão e dor abdominal. Existem já diversos estudos que avaliam o efeito terapêutico dos probióticos em doentes com SCI. O primeiro estudo, realizado por Halpern, em 1996, foi um estudo aleatório, controlado e prospectivo, utilizando um preparado designado por *Lacteol Forte* e contendo 5×10^{10} de *Lactobacillus acidophilus* inactivados pelo calor versus placebo, em doentes com SCI com queixas de diarreia. Os autores observaram um efeito

benéfico, estatisticamente significativo, nos doentes que receberam o *Lacteol Forte*. Seguiram-se outros estudos utilizando outros microrganismos, nomeadamente *Enterococcus faecium* ou *Lactobacillus plantarum* 299v, todos eles obtendo uma melhoria sintomática significativa nos doentes medicados com o probiótico. Porém, a maioria dos estudos apenas faz uma avaliação subjectiva das queixas não havendo uma quantificação da produção de gás ou uma avaliação quantitativa ou qualitativa da flora bacteriana. Por outro lado, estudos mais recentes, aleatórios, controlados com placebo e com *cross-over*, utilizando *Lactobacillus casei*, não observaram qualquer diferença no que concerne a dor abdominal, flatulência e urgência nos doentes medicados com o probiótico apesar de se ter re-

gistado uma redução dos episódios de diarreia.

Assim, apesar dos estudos realizados até à data produzirem resultados ainda muito contraditórios, existe alguma evidência que justifica seguramente a realização de estudos futuros, sobretudo por se tratar de uma terapêutica bem tolerada, com poucos efeitos secundários. Algumas estirpes parecem seguramente mais eficazes do que outras e os mecanismos envolvidos parecem múltiplos. O principal efeito benéfico poderá residir na prevenção dos fenómenos inflamatórios que se seguem a uma infecção aguda, bacteriana ou viral, ou à utilização de antibióticos.

Marília Cravo
Assistente hospitalar graduada de
Gastroenterologia - IPO Lisboa



19º Curso Internacional de Endoscopia Terapêutica

Contando anualmente com um importante corpo docente internacional e regularmente com a participação de um grupo de gastroenterologistas portugueses, decorreu, entre 10 e 14 de Outubro, pela 19ª vez desde 1983, na cidade de Toronto, no Canadá, o Curso Internacional de Endoscopia Terapêutica organizado pelo *Therapeutic Endoscopy Group* do Hospital de St. Michael's, sob direcção do Dr. Norman Marcon.

Este curso possibilita a discussão interessante e fundamental entre os participantes, o painel de discussão na sala e o corpo docente, através de excelentes sessões ao vivo transmitidas do Hospital de St. Michael's para o *Four Seasons Hotel* em Toronto (e este ano também para Vancouver), permitindo assim a demonstração e ensino das mais diversas técnicas, novas tecnologias e suas aplicações endoscópicas.

Saliento a didáctica conferência '*Chronic Pancreatitis: Role of Endoscopic Therapy*' por um

dos mais importantes nomes e pioneiro das técnicas endoscópicas de terapêutica biliopancreática, Michel Cremer, e as mesas-redondas de avanços no diagnóstico e terapêutica endoscópica de condições pré-malignas, como o esófago de Barrett e colite ulcerosa. Neste aspecto, a discussão da necessidade de uniformização e divulgação da classificação da junção esófago-gástrica e Esófago de Barrett, o uso das novas tecnologias de imagem como o

narrow-band imaging (da Olympus) e microscopia confocal (da Pentax) e o actual impacto do uso das diversas metodologias de ressecção e ablação endoscópica de mucosa motivaram o maior interesse. Neste último ponto, parece interessante, carecendo no entanto de estudos de longa duração, o uso de técnicas de ablação térmica para a destruição de todo o segmento de esófago Barrett.

Mário Dinis Ribeiro



Programa-piloto de Rastreio do Cancro Colo-Rectal

O rastreio do cancro colo-rectal (CCR) tem sido um objectivo essencial do trabalho que a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) tem vindo, desde há alguns anos, a desenvolver.

A incompreensível e injustificável ausência de resposta dos vários governos aos sucessivos apelos da SPED levou esta Sociedade Científica a promover um programa-piloto de rastreio de CCR de âmbito nacional utilizando a colonoscopia esquerda.

Para este efeito, a SPED mobilizou o imprescindível apoio da indústria farmacêutica, alimentar e tecnológica, de forma a tornar possível a aquisição de oito torres de videocolonosopia com os respectivos acessórios, bem como o *software* adequado para registo dos dados.

No passado dia 3 de Novembro teve lugar a entrega simbólica do material atrás referido aos Serviços de Gastrenterologia selec-

cionados (Almada, Braga, Caldas da Rainha, Castelo Branco, HUC, IPO de Lisboa, Litoral Alentejano e Vale de Sousa) após um processo de candidatura aberto a todos os Hospitais públicos do país. Estiveram presentes, ou fizeram-se representar, o presidente e os vice-presidentes da SPED, os directores dos Serviços contemplados, assim como os directores clínicos e os presidentes dos conselhos de administração dos respectivos Hospitais. Compareceram, ainda, os representantes das entidades patrocinadoras, a saber: Altana, AstraZeneca, Boston, Danone, Fujinon/Elnor, Janssen-Cilag e Seber Portuguesa. Não estiveram presentes, nem se fizeram representar, apesar de expressamente convidados para o efeito, o coordenador da Comissão Oncológica Nacional e os presidentes das ARS, com excepção do presidente da ARS do Centro, que se fez representar por um vice-presidente da SPED, tendo ainda enviado uma carta



felicitando a SPED pela sua iniciativa. Uma missiva de idêntico teor foi também remetida pelo presidente da ARS do Algarve. No início da reunião, a Secretária-Geral da SPED fez uma breve introdução ao grave problema de saúde que o CCR representa entre nós, tendo assinalado que “todos os dias morrem mais de 9 portugueses por CCR” e acrescentado que “50% dos doentes com CCR falecem nos 5 anos seguintes ao diagnóstico”, sendo portanto imperiosa a implementação de um programa nacional de rastreio. Salientou ainda que “o CCR tem origem em lesões precursoras

cujas remoções endoscópicas impedem a progressão para cancro”, tendo concluído que “a estratégia de rastreio tem necessariamente que incluir a endoscopia”.

De seguida, procedeu-se à assinatura formal, por cada um dos Directores dos Serviços seleccionados e pelo presidente da SPED, do termo de aceitação do material endoscópico cedido.

Finalmente, o Dr. Venâncio Mendes encerrou a sessão agradecendo a todos os presentes e, muito em particular, aos representantes das entidades patrocinadoras.

*Anabela Pinto e José Manuel Romãozinho;
Membros da Direcção da SPED*

ENDOnews recomenda

Tratado de Hepatologia

Coordenador: Jorge Areias

Obra de fundo sobre as áreas mais comuns, debatidas e controversas da moderna hepatologia, este tratado contou com a colaboração de numerosos especialistas portugueses de Gastrenterologia, Medicina Interna, Pediatria e Infeciologia.



Como afirma o seu Coordenador, Prof. Jorge Areias, o livro tem por objectivo principal contribuir para a formação e actualização dos profissionais de saúde envolvidos nesta área. Editado pela Permanyer Portugal com o apoio da Roche Farmacêutica Química, Lda.

Protocolos Clínicos Adis Doença do refluxo gastroesofágico

Coordenador: Venâncio Mendes



Nesta nova edição da Adis, dedicada à DRGE, apresentam-se orientações relativamente a aspectos clínicos da abordagem diagnóstica e terapêutica da doença.

Analisa-se a sua relação com o *Helicobacter pylori* e aborda-se a problemática do esófago de Barrett.

A publicação contou com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e foi apoiada pelo laboratório AstraZeneca.

UEGW Berlim 2006

14ª Semana Europeia de Gastrenterologia

A 14ª UEGW (Semana Europeia de Gastrenterologia) teve lugar em Berlim, em Outubro de 2006, proporcionando uma actualização em gastrenterologia, hepatologia e endoscopia digestiva, quer através de Simpósios e Conferências sobre um leque variado de temas, quer através da apresentação de comunicações de investigação originais, as quais constituíram mais de metade do programa. A sessão inaugural, que contou com o prémio Nobel da Medicina de 2005, Barry Marshal, foi um evento memorável. Esta Reunião contou com a participação de cerca de 7.500 gastrenterologistas e de cerca de 400 enfermeiros de endoscopia. Foi colocada uma ênfase especial em Simpósios interdisciplinares, que exploraram a interface entre diferentes modalidades terapêuticas. A título de exemplo referimos os Simpósios sobre o tratamento da coledocolitíase, da hemorragia digestiva alta e dos pólipos colorrectais, e ainda sobre novas medidas preventivas e implicações genéticas do cancro colorrectal, fígado e sexo, hepatotoxicidade medicamentosa e hepatite aguda viral. Foram organizadas sessões ao almoço, com intervenção de peritos em várias áreas, focando aspectos da prática clínica diária da gastrenterologia, com discussões centradas no doente e oportunidade para in-

teracção em grupos.

As discussões de casos clínicos – *Clinics in Gastroenterology and Hepatology* – tiveram como objectivo a abordagem de problemas clínicos que não estão abrangidos pelas normas de orientação clínica existentes.

A apresentação da investigação original teve lugar sob a forma de comunicações e de posters. Estes foram ainda realçados através de visitas organizadas a grupos de posters por peritos seleccionados, com apresentação do trabalho através de um sumário de 1-2 minutos, seguido de uma curta discussão.

Gostaria de destacar a contribuição de investigadores portugueses nesta prestigiada Reunião Europeia (ver quadro). Também deve ser dado destaque às apresentações sob a forma de videograções, a área de ensino da European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), a zona de aprendizagem de ecoendoscopia, os cursos pós-graduados, as reuniões de grupos de interesses comuns, os simpósios satélites e os pequenos-almoços de trabalho. Entre os cursos pós-graduados destaco a realização, pela primeira vez, de um *workshop* para Directores de Unidades de Endoscopia. Na área de ensino da ESGE, realço o centro de treino em modelos biológicos e em simuladores de endoscopia, as conferências sobre vários tópicos seleccionados, assim como

a possibilidade de visualizar vários DVD sobre técnicas endoscópicas.

Este Congresso é acreditado pela European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME), que é um instituto da European Union Of Medical Specialists (UEMS).

M. Isabelle Cremers
Assistente Graduada de Gastrenterologia;
Hospital de São Bernardo, Setúbal

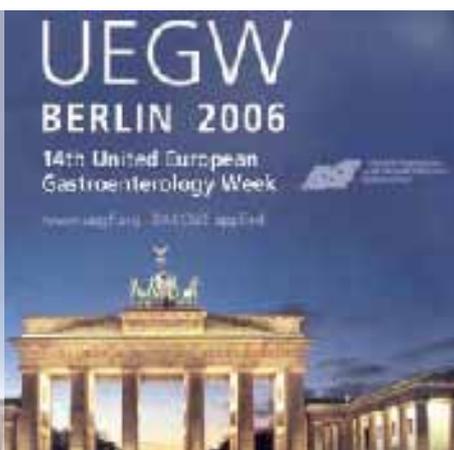
Participação de investigadores portugueses na UEGW:

COMUNICAÇÕES:

- CTLA4-1147*C/T promoter polymorphism is associated with increased risk of developing celiac disease
- A. Ferreira e col - Porto
- Colorectal cancer screening: a randomized controlled trial with annual fecal occult blood test or flexible sigmoidoscopy every 5 years? Preliminary results
- A. Pinto e col – IPOFG, Lisboa

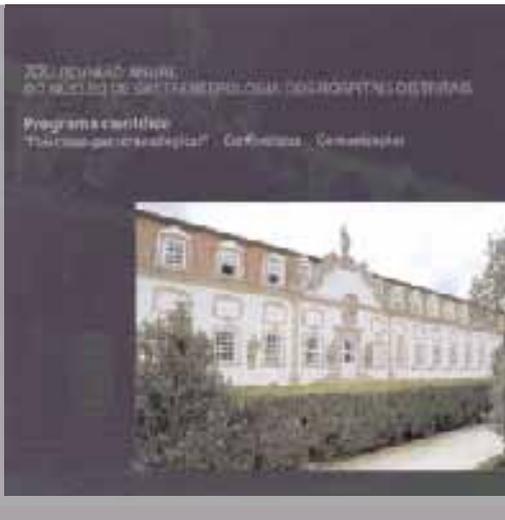
POSTERS:

- Do grupo do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Vila Nova de Gaia:
 - Non-invasive fibrosis tests in chronic hepatitis C? Validation and comparison of routinely available test in a portuguese population
- R. Pinho e col
 - Besides chronic hepatitis C, is apri also useful to predict fibrosis in non-alcoholic steatohepatitis and chronic hepatitis B? A study of portuguese patients
- R. Pinho e col
 - Non-alcoholic steatohepatitis: metabolic syndrome and visceral fat
- S. Fernandes e col
 - Histological assessment of non alcoholic fatty liver disease in patients evaluated for endoscopic treatment of obesity with intragastric balloon
- R. Pinho e col
- Do grupo do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santa Maria e da Faculdade de Farmácia:
 - Bile acid profiles in the liver of patients with steatohepatitis
- M.M. Aranha e col
- Do grupo do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santa Maria e do Centro de Nutrição e Metabolismo:
 - Systematic review of hepatic histology in obese patients submitted to bariatric surgery
- M. Machado e col
 - Increased prevalence of H63D mutation and iron load in alcoholic liver disease: comparison with excessive drinkers without liver disease
- Martins e col
- Do grupo do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Garcia de Orta, Almada:
 - HIV1 infection impact on total serum ghrelin, with and without HAART
- P. Pinto-Marques e col
 - Sodium/potassium ration on random urine sample assessing diuretic-induced natriuresis on ascitis associated cirrhosis: a pilot study
- P. Pinto-Marques e col
- Do grupo do Serviço de Gastrenterologia do IPOFG de Lisboa:
 - Peuts-Jeghers syndrome: phenotype characterization and mutation analysis in STK11 gene
- S.I. Ferreira e col
 - Colorectal adenomas in young patients: microsatellite instability is present only in cases with family history of HNPCC
- S.I. Ferreira e col
 - Diagnosis of HNPCC families on a genetic basis; an approach based on multiple clinical criteria
- R. Sousa e col
 - Columnar-lined oesophagus without intestinal metaplasia (CLE): phenotypic features and long-term follow-up
- A. Dias-Pereira e col
- Do grupo de Cancer Genetics, IPATIMUP, Departamento de Cirurgia Oncológica do IPO-Porto e Departamento de Higiene e Epidemiologia, FMUP do Porto:
 - Pro-inflammatory genetic polymorphisms and the risk of developing colorectal cancer
- F. Pereira e col
- Do grupo do Serviço de Pediatría do Hospital de S. João e do IPATIMUP, Universidade do Porto, Porto:
 - Multiple strains of *Helicobacter pylori* in children – is it relevant?
- A. Reis e col
- Do grupo do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra):
 - Gastrointestinal stromal tumors – population analysis
- S.F. Alberto e col
- Do grupo do Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra:
 - Incidence of portal hypertension manifestations in the small bowel
- N.P. Almeida e col
 - The diagnostic value of the endoscopic video-capsule in patients with undetermined colitis
- P. Freire e col
 - Excessive medical restriction of milk consumption in inflammatory bowel disease
- H. Sousa e col
 - Spontaneous bacterial peritonitis: a clinical score to identify high-risk at the time of hospital admission
- S. Nobre e col
 - In-hospital mortality and predictive factors of community-acquired early diagnosed, cefotaxime treated, spontaneous bacterial peritonitis
- S. Nobre e col
 - Recurrence and long-term mortality of spontaneous bacterial peritonitis in portuguese cirrhotic patients
- S. Nobre e col
- Do grupo do Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra e do IPO do Porto:
 - Magnification chromoendoscopy for the diagnosis of gastric cancer precursor lesions – external validation of a classification
- M. Areia e col
 - Endoscopic mucosal resection (EMR) of gastric superficial neoplastic lesions: an European series of CAP-assisted EMR (EMR-C)
- P. Amaro e col
- Do grupo do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de S. Sebastião de Santa Maria da Feira:
 - Celiac disease in children and adults with Down syndrome
- R. Cerqueira e col
 - Bone mineral density in portuguese patients with inflammatory bowel disease
- R. Cerqueira e col
 - Is model for end stage liver disease (MEDL) score a predictive model for in hospital mortality in patients with oesophageal variceal bleeding?
- R. Cerqueira e col
- Do grupo do Centro de Transplante Hepático do Hospital Curry Cabral:
 - Prognostic factors for post-liver transplantation survival in patients with primary biliar cirrhosis, auto-immune hepatitis, primary sclerosing cholangitis and overlap syndromes
- A. Martins e col



XXI Reunião Anual do Núcleo de

De 17 a 19 de Novembro decorreu em Guimarães, a cidade-berço, a XXI Reunião Anual do Núcleo de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais (NGHD), organizada com brilho pelo Serviço de Gastreenterologia do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães e presidida pelo Dr. José Cotter



Esta Reunião contou com mais de 200 participantes, entre os quais sócios do NGHD, gastreenterologistas de outros Hospitais, médicos de medicina geral e familiar, alguns alunos dos últimos anos do Curso de Medicina da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho e alguns enfermeiros. O tema dominante foi “Polémicas em Gastreenterologia”, tendo sido discutidos de forma dinâmica vários assuntos controversos, como o tratamento do *H. pylori* em pediatria, a doença de refluxo gastroesofágico no jovem, a utilização do balão intragástrico no tratamento da obesidade, a endoscopia de emergência na hemorragia digestiva, a

associação de IBP ao tratamento com AINE, o tratamento da fissura anal, a utilização de imunomoduladores e anti-TNF na doença inflamatória do intestino, a prevenção da recorrência pós-operatória da doença de Crohn, a CPRE urgente na pancreatite aguda litíásica, a prevenção primária da hemorragia por rotura de varizes esofágicas, a abordagem prioritária na hemorragia digestiva de causa obscura e aspectos relacionados com o tratamento das hepatites crónicas víricas.

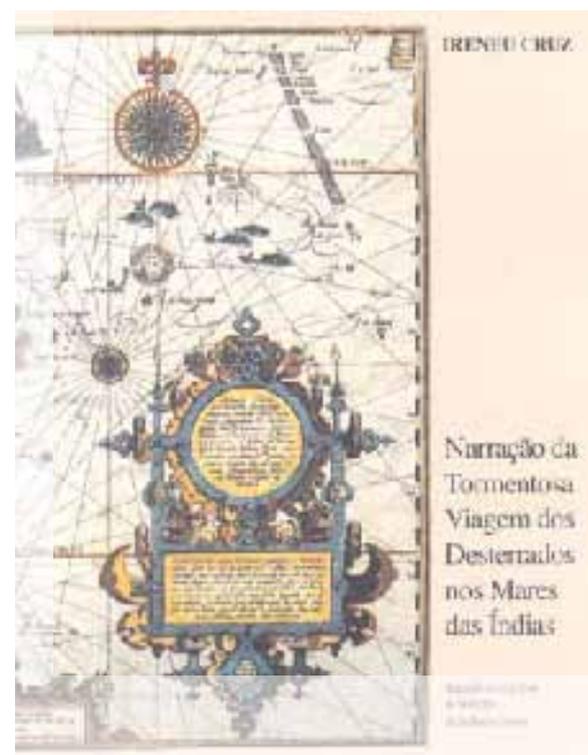
O programa contou ainda com 3 conferências:

- Novas estratégias na abordagem da doença de refluxo gastroesofágico – António Curado;
- Doença inflamatória intestinal: estado da arte – Fernando Magro;
- Tratamento da hepatite C: Estado da arte. Para além dos consensos – Lurdes Gonçalves.

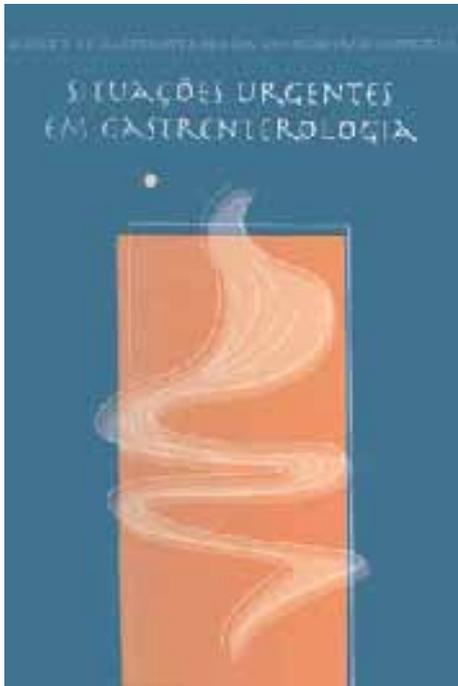
Vários Serviços apresentaram os resultados da sua investigação clínica, sob a forma de comunicações livres, casos clínicos, video-gravações e casos *flash*. Foram atribuídos os seguintes prémios:

- Melhor comunicação livre – patrocínio Ferring:
 - Expressão aberrante de apomucinas gástricas na colite ulcerosa – estudo imunohistoquímico. Trabalho realizado com o apoio do NGHD (bolsa de investigação do NGHD em 2003). Paula Borralho, A.Vieira, J. Freitas, A. Cóias, C. Carneiro, P. Chaves; Serviços de Anatomia Patológica e de Gastreenterologia do Hospital Garcia de Orta – Almada.
- Menções Honrosas:
 - Genes COX 2 e PDX 1 na colite ulcerosa – relação com apomucinas gástricas e com carcinogénese. Paula Borralho, A.Vieira, J. Freitas, A. Coias, C. Carneiro, P. Chaves; Hospital Garcia de Orta – Almada.
 - Folículos Linfóides na hepatite C crónica: factor preditivo de resposta à terapêutica? Ricardo Freire, P. Borralho, C. Fonseca, C. Lobato, A. L. Alves, F Augusto; Hospital de S. Bernardo – Setúbal.

- Melhor caso clínico – patrocínio Ferring:
 - Forma de apresentação rara de tumor neuroendócrino. Rui Loureiro, A.Vieira, M.J. Brito, J. Freitas; Serviço de Gastreenterologia do Hospital Garcia de Orta – Almada.
- Menção Honrosa:
 - Hemocromatose e sarcoidose com atin-gimento hepático – associação pouco frequente. Rui Ramos, P. Duarte, D. Herrias, M. Herrera, C.Vicente, C. Casteleiro Alves; Centro Hospitalar da Cova da Beira – Covilhã.
- Melhor documento audiovisual – patrocínio Ferring:
 - Doença de Whipple - aspectos endoscópicos”. Eugénia Cancela, A. Sadio, P. Peixoto, J. Silva, A. Silva, A. Carragoso, A. Cas-



Gastrenterologia dos Hospitais Distritais



5º Livro do NGHD, lançado na XXI Reunião Anual do NGHD

tanheira, P. Ministro, A. Caldas; Hospital S. Teotónio – Viseu.

Foi ainda atribuída a Bolsa de Investigação do NGHD para 2006 – patrocínio Altana – ao seguinte projecto:

- Colonoscopia virtual e colonoscopia óptica no diagnóstico de lesões do cólon.

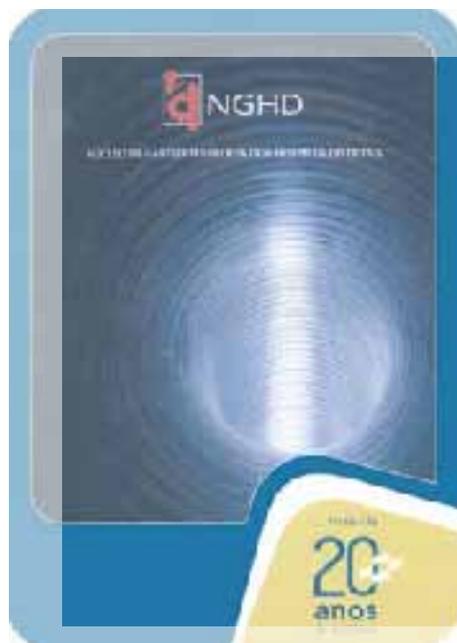
Sílvia Leite, Sónia Barroso, M. João Moreira, Salomé C. Lima, J. Manuel Ribeiro, José Cotter, Filipe Macedo, J. A. Pinho, A. Sousa Dias; Serviços de Gastrenterologia e de Imagiologia do Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães.

Nesta Reunião foi lançado o quinto livro editado pelo NGHD, com o título “Situações Urgentes em Gastrenterologia”, cujo editor foi o Dr. José Pedrosa (apoio Astra-Zeneca); um livro do NGHD, compilando os estatutos, os regulamentos e a lista dos sócios actualizada (colaboração Laboratórios Vitória); um folheto do NGHD, relatando vários aspectos da vivência do Núcleo nos seus 21 anos de existência (apoio Janssen-Cilag); um livro da autoria do Dr. Ireneu Cruz, que ganhou o prémio literário na XX Reunião Anual, em 2005, intitulado “Narracção da Tormentosa Viagem dos Desterrados

nos Mares das Índias” (patrocínio Delta). Na tarde do segundo dia realizou-se uma sessão regional com a Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino (DII), que contou com a presença de dezenas de doentes com DII, que assistiram a apresentações de temas relacionados com a sua patologia e tiveram a oportunidade de colocar as suas dúvidas e debater alguns dos seus problemas. Nesta XXI Reunião Anual decorreu a Assembleia-Geral, que neste ano foi eleitoral, tendo sido eleitos os novos corpos sociais. Ao novo Presidente do NGHD, Dr. António Curado, do Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, desejamos as maiores felicidades! Não se trata de encerrar um ciclo (não esqueçamos que as Caldas da Rainha viram nascer o NGHD), mas sim de manter e dinamizar uma Associação que atingiu a sua maioridade. O jantar de encerramento, no Parque da Pehna, servido pelo Restaurante São Gião, com o patrocínio exclusivo da Altana, e o programa social no domingo de manhã, com um passeio no centro de Guimarães, constituíram dois momentos especiais, numa Reunião que se caracterizou pelo seu elevado nível científico num ambiente de convívio extremamente agradável.

M. Isabelle Cremers

Presidente da Assembleia-Geral do NGHD



Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais

CORPOS SOCIAIS 2006-08

Direcção

Presidente:	António Curado
Vice-Presidentes:	José Pedrosa António Banhudo
Secretária-Geral:	Luísa Glória
Tesoureiro:	João Baranda
Vogais:	Ana Isabel Vieira Henrique Morna Isabel Cotrim José Estevens Paula Ministro Rui Ramos

Assembleia-Geral

Presidente:	Isabelle Cremers
Secretários:	Horácio Guerreiro Américo Silva

Conselho Fiscal

Presidentes:	Carlos C. Alves Laura Carvalho José Renato Pereira
--------------	----------------------------------------------------------

Fernando Pereira



Endo Club Nord 2006



Tivemos a oportunidade de assistir à segunda transmissão do fórum endoscópico ao vivo transmitido em directo a partir de três Hospitais em Hamburgo – o Altona General Hospital, o Barmbek General Hospital e o University Hospital Eppendorf – sob a presidência do Professor Dr Friedrich Hagenmüller, em 3 e 4 de Novembro.

Este curso, patrocinado pela Altona, foi transmitido em directo para o Centro de Congressos em Hamburgo, para a Irlanda, para a Austrália e para o Hotel Mirage, no Estoril, permitindo a assistência de um elevado número de médicos (cerca de 230 inscrições). À semelhança de 2005, foram apresentados, no primeiro dia, vários casos endoscópicos, com destaque para aspectos relacionados com a endoscopia de alta resolução, as técnicas de polipectomia, a ressecção em bloco de carcinomas superficiais, a endoscopia do intestino delgado, diagnóstico e tratamento das vias biliares por via percutânea e endoscópica, a “narrow-band imaging”, a microscopia endoscópica “in vivo”, a cirurgia transgástrica num modelo animal (tratou-se de uma laqueação de

trompa numa porca).

Assistimos ainda a duas conferências:

- Joseph Sung, de Hong Kong, abordou os problemas relacionados com a reintrodução da aspirina após hemostase endoscópica. Na sua conferência, J. Sung lembrou o elevado número de indivíduos que tomam aspirina nos Estados Unidos da América – cerca de 1/3 dos homens e 1/4 das mulheres – em baixas doses, para prevenção de doenças cardiovasculares. Na Europa também se nota uma utilização crescente da aspirina, não só para prevenção de doenças cardiovasculares, mas também para prevenção de tumores do tubo digestivo.

Lembrou, ainda, que a taxa de complicações, nomeadamente hemorragia digestiva por úlcera gástrica/duodenal, é dependente da dose da aspirina e não diminui com administração de formas entéricas; a taxa de complicações também aumenta com a terapêutica combinada com AINE e aspirina; o risco das complicações relacionadas com a aspirina aumenta nos doentes Hp+, pelo que a erradicação do *H. pylori* diminui significativamente os riscos associados à aspirina. Mais recentemente, a introdução do clopidogrel e a sua associação à aspirina vieram aumentar muito o risco de hemorragia digestiva alta e ainda não há um consenso sobre a melhor forma de proteger estes doentes.

Quanto ao problema do que fazer quando estamos em presença de uma hemorragia digestiva alta em doentes que estão a fazer aspirina, referiu um estudo aleatório, no qual os doentes, cuja idade média era de 74 anos e todos ASA 2 ou

3, foram medicados com inibidores de bomba de prótons EV, submetidos a endoscopia alta e a 2 métodos de hemostase endoscópica. Os doentes em quem a aspirina foi reintroduzida precocemente (no dia seguinte à hemorragia), tiveram mais recidivas, mas a diferença não foi significativa. É de realçar que a mortalidade neste grupo foi inferior ao grupo placebo, no qual a aspirina foi suspensa até à cura endoscópica. Neste segundo grupo a taxa de mortalidade foi superior, tendo a maioria dos doentes falecido por causas cardiovasculares, embora alguns tenham morrido por recidiva hemorrágica.

Concluiu, sublinhando que a decisão depende muito do risco cardiovascular, devendo assim ser discutida com os médicos que prescreveram a aspirina, o doente e a sua família.

- Alan Thomson, do Canadá, explicou a forma de avaliar resultados no tratamento da doença de refluxo gastroesofágico (DRGE).

Abordou a epidemiologia, aspectos relacionados com a qualidade de vida e com os resultados do tratamento da DRGE. Referiu que a avaliação dos resultados do tratamento pode ser feita sob vários pontos de vista:

- Do ponto de vista do médico – a percentagem de horas em que o doente tem um pH>4;
- Do ponto de vista endoscópico – cura da esofagite erosiva;
- Do ponto de vista sintomático e de qualidade de vida – perspectiva do doente;
- De um ponto de vista mais abrangente, reunindo os anteriores, como é apresentado pelo ReQuest™, que apresenta o conceito de “remissão completa”.

O ReQuest™ é um novo questionário que parece ser melhor do que os anteriores, tendo sido validado em várias línguas diferentes, sendo fácil, simples e rápido de utilizar. Não distingue a DRGE erosiva da não erosiva. Tem-se revelado útil para diferenciar respostas terapêuticas entre diferentes inibidores da bomba de prótons, tendo A. Thomson dado o exemplo de um ensaio que comparou o pantoprazole com o esomeprazole.

Concluiu afirmando que o ReQuest™ é provavelmente o novo “gold Standard” na avaliação sintomática e na resposta ao tratamento dos doentes com DRGE.

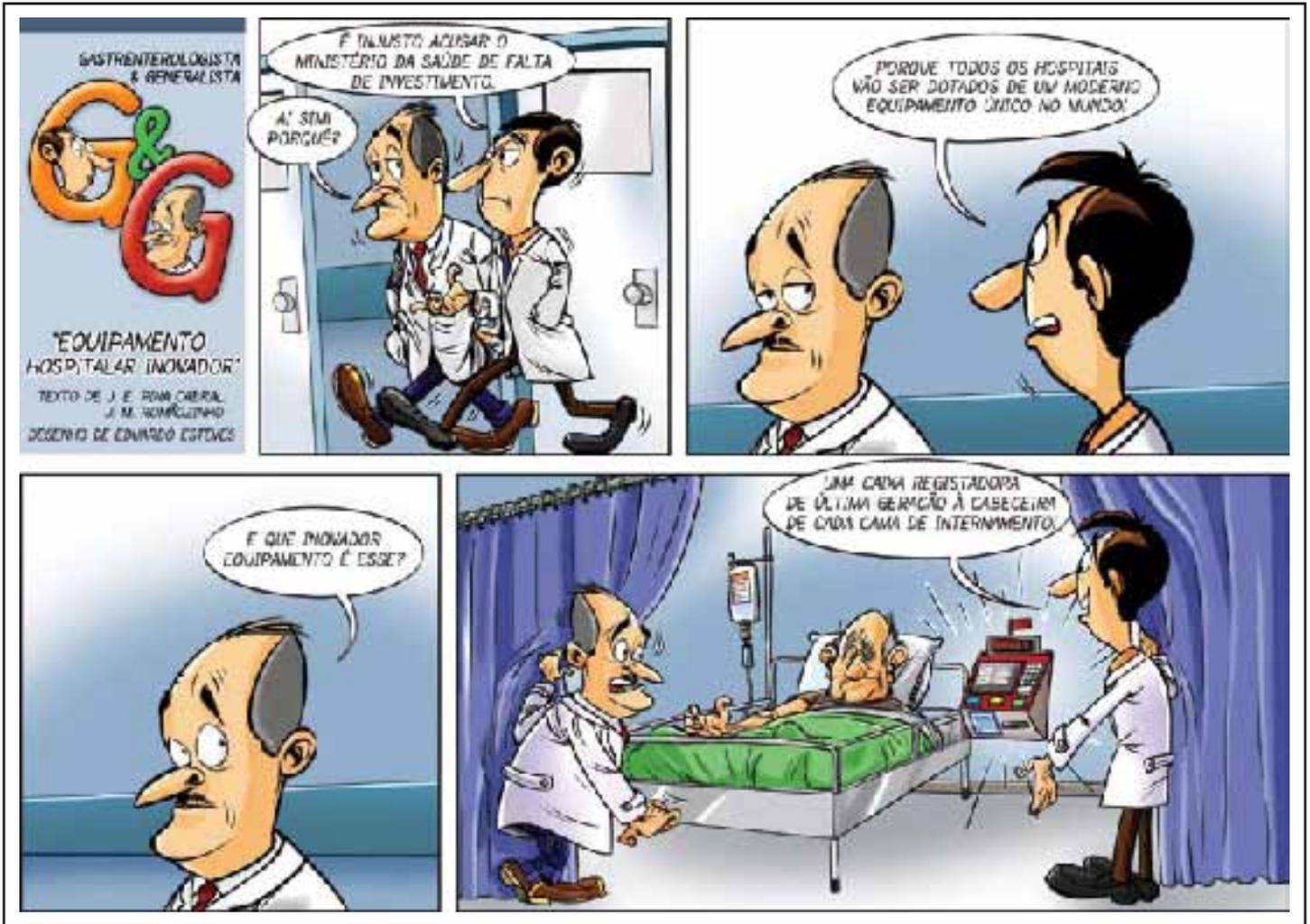
No segundo dia tiveram lugar duas mesas-redondas, com os seguintes temas:

- *Métodos térmicos na endoscopia digestiva*, que teve como participantes: Dr.ª Paula Alexandrino; Dr. Rui Silva (Árgon Plasma); Dr. Ricardo Gorjão (Heat-Probe e Bicap); Dr. J.E.Pina Cabral (Laser) e como moderador Prof. Dr. José M Romãozinho;
- *Colonoscopia virtual ou endoscopia*, em que participaram: Prof. Dr. A. Alberto Santos; Dr.ª Isabel Távora (Radiologia); Dr. José Soares (Endoscopia) moderados por Dr. Leopoldo Matos.

O Curso terminou com uma conferência intitulada “Novas técnicas no diagnóstico e tratamento na endoscopia digestiva”, proferida pelo Prof. Dr. C. Nobre Leitão, na qual referiu os novos métodos de imagem, a sua aplicação prática e a necessidade de estudos no sentido de confirmar a sua utilidade clínica, comparando-os com os métodos actualmente existentes.

M. Isabelle Creemers;
Assistente Graduada de Gastrenterologia
Hospital de São Bernardo, Setúbal





Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva

SECRETARIA
 Presidente: **Dr. Venâncio Mendes**
 Presidente Adjunto: **Dr. António Figueira**
 Presidente Honário: **Dr. António Figueira**
 Presidente Honorário: **Dr. António Figueira**

SECRETARIA GERAL
 Presidente: **Dr. Venâncio Mendes**
 Presidente Adjunto: **Dr. António Figueira**
 Presidente Honário: **Dr. António Figueira**
 Presidente Honorário: **Dr. António Figueira**

SECRETARIA GERAL
 Presidente: **Dr. Venâncio Mendes**
 Presidente Adjunto: **Dr. António Figueira**
 Presidente Honário: **Dr. António Figueira**
 Presidente Honorário: **Dr. António Figueira**

SECRETARIA GERAL
 Presidente: **Dr. Venâncio Mendes**
 Presidente Adjunto: **Dr. António Figueira**
 Presidente Honário: **Dr. António Figueira**
 Presidente Honorário: **Dr. António Figueira**

www.sped.pt

Agenda

2007

15 de Janeiro

Serões da Gastroenterologia:
 Fígado
 Local: Sede da SPED, Lisboa
 Organização: SPG / SPED
 Tel: 217 995 530
 E-mail: sped.sped@mail.telepac.pt

Tel: 217 995 530
 E-mail: sped.sped@mail.telepac.pt

16 de Abril

Serões da Gastroenterologia:
 Cólon
 Local: Sede da SPED, Lisboa
 Organização: SPG / SPED
 Tel: 217 995 530
 E-mail: sped.sped@mail.telepac.pt

12 de Fevereiro

Serões da Gastroenterologia:
 Intestino Delgado
 Local: Sede da SPED, Lisboa
 Organização: SPG / SPED
 Tel: 217 995 530
 E-mail: sped.sped@mail.telepac.pt

23 a 25 de Abril
 4º Curso Nacional de Endoscopia Digestiva / 5ª Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva/Clube Endoscópico do Eixo Atlântico
 Local: Porto

9 e 10 de Março

Simpósio "Cuidados Intensivos em Gastroenterologia – A propósito dos 15 anos da UGICE dos HUC"
 Local: Auditório dos HUC, Coimbra
 Organização: Serviço de Gastroenterologia dos HUC
 Tel: 239 701 517 / 239 703 666

Para mais informações:
 Dr. Venâncio Mendes
 Serviço de Gastroenterologia
 Centro Hospitalar de Vila Real - Peso da Régua
 Tel: 259 300 500, ext. 611
 E-mail: gastro@chrpr.min-saude.pt

12 de Fevereiro

Serões da Gastroenterologia:
 Pâncreas e Vias Biliares
 Local: Sede da SPED, Lisboa
 Organização: SPG / SPED

6 a 9 de Junho

XXVI Congresso Nacional de Gastroenterologia e de Endoscopia Digestiva Local: Vilamoura
 Tel/Fax: 239 701 517