

**Resultados do Inquérito à
Prática da Endoscopia Digestiva
em Portugal**

Train the Trainers em Portugal

**Cuidados Intensivos em
Gastroenterologia: a Propósito dos
15 anos da UCIGE nos HUC**

**4º Curso Nacional
de Endoscopia Digestiva**



Sumário

- 4 EDITORIAL
- 7 O QUE ELES DIZEM
OUTRAS FOTOS
- 9 O CANTO DO INVESTIGADOR
- 10 CONSULTÓRIO DE PALAVRAS
- 12 Inquérito à Prática da Endoscopia Digestiva em Portugal
- 16 QUALIDADE EM ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- 18 ENTREVISTA COM HENRIQUE JONES
E DARLAN SCHENEIDER
Exercício físico e alimentação equilibrada preocupam cada vez mais os portugueses
- 20 TEMA DE REVISÃO
Hepatocarcinoma
- 24 CASO CLÍNICO
Carcinoma Hepatocefal – Variações Sobre o Tema
- 25 INSTANTÂNEO ENDOSCÓPICO
Cirurgia Electiva Precoce na Úlcera Péptica Sangrante
- 26 REPORTAGEM
Simpósio “Cuidados Intensivos em Gastroenterologia: a propósito dos 15 anos da UCIGE nos HUC” Colonoscopies in Portuguese Distric Hospitals: A multicentric transverse study
- 27 REPORTAGEM
Cromoscopia e endoscopia de ampliação
- 28 REPORTAGEM
Train the Trainers
- 30 REPORTAGEM
4º Curso Nacional de Endoscopia Digestiva
5ª Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva
Eleição do Prof. Jacques Devière como sócio honorário da SPED
- 31 ENDONEWS RECOMENDA
- 33 REPORTAGEM
Curso de Doença Inflamatória Intestinal para Internos
- 34 BANDA DESENHADA

Capa:

“Formação Polipóide em toalha. Hiperplásica, em Pancolite Ulcerosa de Longa Evolução”, da autoria de: C. Costa Santos, A. Machado, P. Pereira, F. Taveira Veloso
Unidade de Gastroenterologia, Hospital S. João, Porto
2º Prémio de Fotografia Endoscópica – SPED 2005

Nota do Editor

Cumpre-nos, enquanto editores adjuntos, redigir esta nota no presente número do *Endonews*, o oitavo do biénio 2005-2007, que encerra o mandato dos actuais Corpos Sociais. Nesse sentido, salientamos o editorial da autoria do Presidente da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, Dr. Venâncio Mendes, que, como balanço de um mandato, enumera alguns dos principais projectos da nossa Sociedade e exprime as suas preocupações acerca do programa de rastreio do cancro do cólon.

Na presente publicação merecem, também, referência dois textos: um relatando os principais resultados de um inquérito à prática da endoscopia digestiva em Portugal, o outro sobre a análise a um questionário realizado a médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar que participaram em acções de formação, realizadas pela SPED, durante estes dois anos.

A qualidade em endoscopia digestiva será abordada desta vez pelo Prof. Dr. Perez - Piqueras, antigo Presidente da Sociedade Espanhola de Patologia Digestiva e que tem colaborado em várias reuniões científicas realizadas pela nossa Sociedade. Nele, podemos constatar a visão de um experiente endoscopista que tem uma preocupação constante com o aperfeiçoamento e segurança das vá-

rias técnicas da endoscopia digestiva. Destacamos ainda mais um canto do investigador que, desta vez, divulga os trabalhos do Doutor Fernando Magro na área da Doença Inflamatória do Intestino.



Por fim, referenciamos duas reportagens. Uma delas, sobre um programa de formação de formadores intitulada *Train the Trainers*, que decorreu, este ano, com enorme sucesso, em Portugal. A outra faz a cobertura de mais umas Jornadas Luso-Galaicas e do 4º Curso Nacional de Endoscopia Digestiva. Estes eventos representam um grande dinamismo e importante investimento, dos actuais Corpos Sociais, no plano da formação e divulgação da endoscopia digestiva, em Portugal.

Mário Dinis Ribeiro
Bento Albuquerque Charrua

Ficha Técnica

ENDOnews Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • N.º18 • Abril/Junho 2007. **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** António Alberto Santos, Catarina Brandão, C. Nobre Leitão, Dário Gomes, Fernando Magro, Javier Perez - Piqueras, Maria Augusta Cipriano, Maria Frago, Maximino C. Leitão, Nuno Almeida. **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** Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. **Redacção e Produção** 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

Editorial



Venâncio Mendes
Presidente da Direcção

Balanço de um Mandato

Quando, em Junho de 2005, assumimos a Direcção da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, fizemo-lo com a convicção que nos esperava uma tarefa árdua, de muita responsabilidade, mas simultaneamente estimulante e desafiadora. Foram dois anos em que nos empenhámos profundamente na consecução dos objectivos a que nos propusemos. Não foi fácil presidir aos desígnios da nossa Sociedade vivendo e trabalhando afastados dos grandes centros. Volvido este biénio, sentimo-nos cientes do dever cumprido e recompensados pelo trabalho desenvolvido. Seria utópico esperar a total realização do plano de actividade que definimos, mas parece-nos ser importante realçar os aspectos que consideramos mais marcantes:

- A SPED, desde há cerca de nove anos, tem empenhado grande parte do seu labor em implementar e desenvolver um programa de rastreio do cancro colo-rectal no nosso País. Competia-nos, enquanto Sociedade Científica, sensibilizar não só os profissionais de saúde, a população em geral e a comunicação social, como também os órgãos governamentais. Esta actividade é de todos conhecida, com os re-

sultados francamente positivos já oportunamente divulgados. No entanto, a total passividade da Tutela no combate a este gravíssimo problema de saúde pública obrigou-nos a definir uma estratégia adicional. Graças aos contributos das indústrias farmacêutica, tecnológica e alimentar foi possível a angariação de verbas que nos permitiram equipar tecnologicamente oito centros-piloto de rastreio. Estes centros, com distribuição geográfica mais ou menos equitativa, foram seleccionados por concurso, mediante proposta de candidatura ao programa-piloto de rastreio definido e promovido pela SPED.

Temos plena consciência que não se trata de um programa de rastreio de âmbito nacional, mas esperamos que os 15 mil exames de rastreio a realizar constituam um alerta e um estímulo para que a breve trecho o rastreio do cancro que mais “mata” em Portugal se torne uma realidade.

Foi gratificante, conseguir passar das palavras aos actos.

- A exemplo do que se passa noutros países, alterámos a interligação da nossa Sociedade com a indústria, criando-se a figura de patrocinador oficial, com benefícios evidentes para ambas as partes.

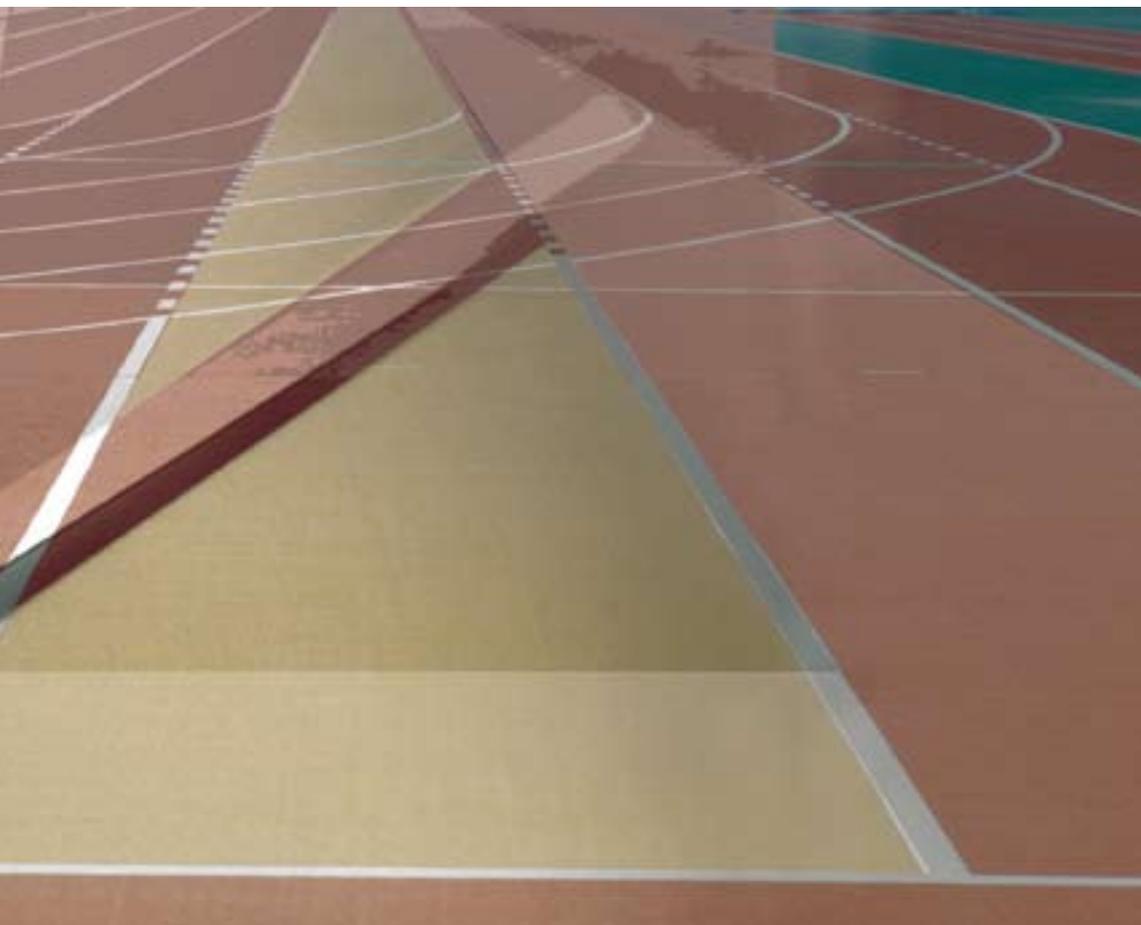
- A realização do Train the Trainers em Portugal foi um marco muito importante da actividade desta Direcção, pela importância a nível mundial que esta organização representa e pelo impacto e divulgação que os nossos gastroenterologistas tão bem souberam transmitir, pela postura, definição e posição da especialidade em Portugal.



- A recente alteração dos estatutos, aprovada em Assembleia Geral Extraordinária, vai com certeza permitir criar a secção especializada de endoscopia pediátrica. Consideramos ser da maior importância a criação desta secção, tendo em conta o desenvolvimento que a prática da endoscopia pediátrica tem tido no nosso país nos últimos anos. Esta parceria, das duas Sociedades, afigura-se em nossa opinião como altamente profícua, tendo em vista a qualidade da prática do acto endoscópico em pediatria.
- A proclamação do professor Jacques Devière como sócio honorário da nossa Sociedade foi também um momento alto, que merece ser destacado, pela figura que representa no panorama da endoscopia digestiva e por este acto de reconhecimento que a SPED lhe devia.
- No plano geral: mantivemos a realização das reuniões com a especialidade de Clínica Geral/Medicina Familiar, participámos em inúmeras iniciativas promovidas pelos meios de comunicação social, foram publicados dois livros com o aval científico da nossa Sociedade – “Doença do Refluxo Gastroesofágico e Síndrome do Intestino Irritável” – e organizámos o Curso Nacional de Endoscopia Digestiva, que este ano decorreu simultaneamente com as Jornadas Luso-Galaicas.
- Desde há muito que entendemos e defendemos que as Sociedades Científicas se devem constituir como fonte de consulta dos Órgãos Dirigentes da Saúde. Lamentavelmente, os vários contactos que estabelecemos (ARS Norte, Departamento de Formação do Ministério da Saúde, Comissão Oncológica...), mostraram-se totalmente infrutíferos, não sendo possível o diálogo com quem não o quer e não o deseja...

Não gostaríamos de terminar sem algumas palavras de agradecimento:

- Às indústrias farmacêutica, tecnológica e alimentar, pelo apoio manifestado e sem o qual teria sido de todo impossível concretizar os objectivos a que nos propusemos;
- A toda a Direcção, não esquecendo a Assembleia Geral e o Conselho Fiscal, pelo apoio, colaboração e dedicação que nos deram e pelo empenho que mostraram em todas as iniciativas desenvolvidas.



O que ELES Dizem



Maria Fragoso

Serviço de Oncologia
Médica do IPO-Porto
Europacolón Portugal

No caso do cancro colo-rectal há todo um conjunto de intervenções que permitem modificar este grave problema: intervir de forma eficaz no rastreio e diagnóstico precoce; intervir no tratamento adequado e de acordo com o estado da arte, e; intervir no apoio aos doentes em fase avançada e em fase terminal.



C. Nobre Leitão

Serviço de Gastrenterologia
do IPO-Lisboa

Concordamos plenamente com Lieberman quando afirma, em resposta à questão “como podemos melhorar a endoscopia digestiva?”, que um dos meios mais poderosos que temos para o fazer é avaliá-la diariamente. O estudo e investigação sobre qualidade em endoscopia digestiva necessita de ser uma cultura diária inerente à prática clínica.

Outras Fotos



Encontro de Épocas
(painel mural – Montreal, Canadá)
J. E. Pina Cabral

O Canto do Investigador

Em cinco anos de investigação realizada no Instituto de Farmacologia e Terapêutica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, estudámos as alterações do sistema monoaminérgico intestinal em áreas da mucosa, com e sem lesão, de doentes com DII e num modelo com colite transmural induzida pelo TNBS no rato; neste último descrevemos, ainda, as alterações associadas à actividade da ATPase Na⁺,K⁺, enzima responsável pelos mecanismos absorptivos de água e sódio. Os resultados obtidos mostram que as concentrações tecidulares de noradrenalina (NA), dopamina (DA) e 5-hidroxitriptamina (5-HT) têm variações significativas em relação aos da população controlo. Demonstrou-se que as concentrações tecidulares de NA se encontram diminuídas nos segmentos com e sem lesão endoscópica, na doença de Crohn (DC), e na colite ulcerosa (CU), unicamente nas áreas

endoscopicamente afectadas. Na DC, na mucosa lesada, os níveis da DA encontravam-se diminuídos e na CU verificámos as mesmas alterações na mucosa com e sem lesão endoscópica. Como o sistema dopaminérgico se encontrava alterado na DC, seguidamente verificámos que os portadores do genótipo A2A2 para o receptor D₂ da DA, possuíam uma diminuição do risco de desenvolver doença refractária ao tratamento médico, em comparação com os portadores do genótipo A1A1 e A1A2. O alelo A₁ confere diminuição da densidade do receptor D₂. O receptor D₂ está envolvido na resposta inflamatória com inibição da produção de IL-2 e IFN-γ. No respeitante aos níveis tecidulares da 5-HT, estes encontravam-se diminuídos na DC e na CU. Em ratos com colite transmural induzida no cólon distal (segmento inflamado) constatou-se, igualmente, diminuição dos níveis de NA e DA e uma diminuição dos níveis

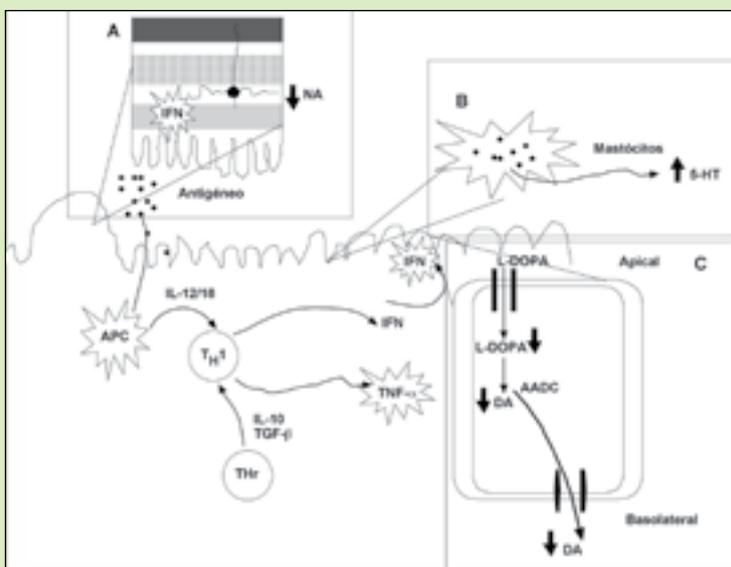


Figura 1 — Modelo representativo das alterações induzidas no cólon inflamado no modelo de colite transmural induzida pelo TNBS. A- a inflamação condiciona diminuição dos níveis de NA, B- aumento do número de mastócitos com aumento dos níveis tecidulares de 5-HT e C- diminuição da captação de L-DOPA com diminuição dos níveis tecidulares de DA

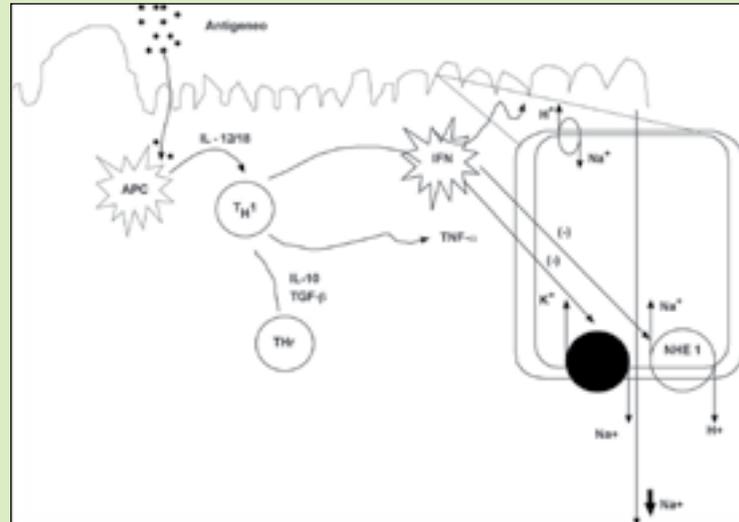


Figura 2 — Modelo representativo das alterações induzidas pelo IFN-γ na actividade da ATPase Na⁺,K⁺ e do trocador Na⁺/H⁺, com consequente diminuição da absorção de sódio e água

do precursor da DA - L-DOPA. Como não encontramos diminuição da actividade da enzima responsável pela conversão da L-DOPA a DA (AADC) e no plasma os níveis do IFN-γ estavam aumentados, células CaCo2 foram expostas ao IFN-γ. Foi possível observar inibição da captação da L-DOPA dependente da concentração e este efeito manteve-se ao longo do tempo (até às 18 h). Ao contrário dos doentes com DII, no modelo animal, não se verificaram alterações das concentrações tecidulares de NA e DA em áreas não inflamadas, contudo, a 5-HT encontrava-se francamente aumentada nas áreas com e sem lesão. Verificou-se diminuição da actividade da ATPase Na⁺,K⁺, no modelo animal e em células de origem intestinal (CaCo2 e HT-29) expostas ao IFN-γ, bem como diminuição da actividade do trocador Na⁺/H⁺. Este efeito inibitório envolveu a participação de três importantes entidades: p38, STAT1 e PKC. Em células HT-29 verificamos, a par da di-

minuição da actividade do trocador Na⁺/H⁺ do tipo I, aumento da expressão do trocador Na⁺/H⁺ membranar e da ezrina, radixina e moesina. A ezrina, radixina e moesina são um conjunto de proteínas envolvidas na ligação do trocador Na⁺/H⁺ à membrana actuando como elementos de fixação, interagindo directamente com os filamentos de actina do citoesqueleto. Por último, para esclarecer o relevo da 5-HT na absorção de água, demonstrámos que a 5-HT induz aumento da actividade do trocador Na⁺/H⁺ mediado pelos receptores 5-HT_{1A} e 5-HT₂, utilizando, respectivamente, uma proteína G_i e G_{q/11} para efeitos de transdução de sinal. Em conclusão, os resultados obtidos demonstraram uma profunda alteração do sistema monoaminérgico intestinal e dos mecanismos responsáveis pela absorção de água e sódio em modelos de colite e de inflamação (Figuras 1 e 2).

Doutor Fernando Magro,
Assistente Hospitalar
Hospital de S. João

Consultório de Palavras

por Fausto Pontes



Vou hoje tratar de alguns vocábulos relativos à porção proximal do tubo digestivo.

Boca

As palavras que no Português originaram vocábulos relativos à boca são três: o grego *στομα*, *στοματό* e os latinos *bucca*, *ae*, e *os*, *oris*.

Στομα, *στοματο*: significa boca, parte do corpo, no homem e nos animais; por extensão, significa também face e rosto. Compreende não somente a abertura desenhada pelos lábios como também a própria cavidade bucal. Em Português deu origem a **estoma**, que muitas vezes significa, sobretudo, o orifício de comunicação criado cirurgicamente entre dois segmentos ou órgãos tubulares ou cavitários. Chama-se também, a esse procedimento ou àquilo que dele resulta, *αναστομοσι*, **anastomose**: o sufixo *a, αν* significando “decomposição ou alteração” para, neste caso, construir uma abertura que antes não existia.

O adjectivo correspondente ao substantivo *στομα*, é *στοματικό*, que deu em Português **estomático**, e significa “que diz respeito a estoma”; é diferente de **estomáquico**, que deriva do grego *στομαχικό*, *η, ον*, um adjectivo correspondente a *στομαχό, ον*, que significou primeiro orifício ou garganta do estômago e depois o próprio estômago. A palavra latina correspondente a esta é **stomachus**, *i*. Tem ainda esta origem *στοματολογία* que, como a palavra portuguesa correspondente, **estomatologia**, diz respeito à especialidade médica que estuda e trata as doenças da boca. Recordando que a boca é também o órgão da fala, pode referir-se que quem desenvolve essa função a um nível de excepção é *χρυ-*

σφοστομό (*χρσφ, ό, ον*, que significa ouro + *στομα*, *στομτό*, que significa boca); em Português deu **Crisóstomo**, que por isso quer dizer “boca de ouro”, eloquente, persuasivo. *Bucca*, *buccae*: deu em Português **boca** (no sentido de cavidade), o adjectivo **bucal**, e várias palavras compostas com a raiz latina, como **bucofaríngeo** e **bucolingual**.

Os, **oris**: significa boca (de uma pessoa ou animal), e boca como órgão da fala e, neste sentido, por extensão significou também “lábios” e “voz”. Neste último sentido é em Português o principal fornecedor de vocábulos, desde o adjectivo **oral** e os advérbios correspondentes, como substantivos e verbos diversos: **orar**, **oração**, **oratória**, **oratório**, **orador**.

No sentido de boca persiste na sua forma diminutiva: **oscillum**, **oscilli**, e **osculum**, **osculi**, que significam boca pequena ou boquinha; em Português deu **ósculo** ou beijo. A etimologia impõe, contudo, uma restrição: o ósculo é o beijinho, formal ou cerimonioso, pelo que a variante passional e algo violenta tem de encontrar outra forma de expressão verbal...

Lábium, *labii*: significa **lábio**, e dele derivam também adjectivos e palavras compostas diversas, como **labial**, **labiado**, **labiodental**, **labionasal**.

Χειλό, *χειλεό*, *χειλού*: Significa **lábio** (da boca), e **lábio** de uma abertura ou orifício. No Português deu origem a vários vocábulos, como **queilite** (do grego *χειλιτί*, que significa inflamação dos lábios) e **queiloplastia** (*χειλοπλαστια*: *χειλ-ο-πλαστ-ια*) que significa moldagem, formação, ou reconstrução dos lábios.

Dens, *dentis*: esta é a palavra latina de onde provém directamente a palavra portuguesa **dente**. Mas outras palavras do Português têm esta mesma origem: **dentado**, no sentido de provido de dentes, que tem origem no latim **dentatus**, *-a, -um*; **denticulo**, que provem de **denticulus**, *-i*, que significa “dente pequeno”; **dentição**, que provem de **dentitio**, *-onis*, que tem aquele significado; **dentífrico**, que provem de **dent** (dente)+ **frico** (verbo esfregar)+ **ium** (desinência de substantivo neutro), significando, por isso,

ró ou **pasta** “para esfregar os dentes”.

Οδοῦ, *οδοντό*: é a palavra grega que significa dente e que deu em Português várias palavras como as seguintes:

- *Οδοντολογία*, **Odontologia**, composta de *οδοντ* (raiz de *οδοῦ*, *οδοντό*) + *ο* (vogal de ligação) + *λογ* (radical de *logos*) + *ια* (desinência de substantivo), que significa ciência ou profissão que cuida dos dentes;

- *Ορθοδοντια*, **Ortodontia**, composta de *ορθο* + *οδοντ* + *ια*, que significa a especialidade ou técnica que procura corrigir uma implantação defeituosa dos dentes. Deve pronunciar-se com o acento tónico no *i*.

Uma curiosidade: **mastodonte** provém de *μαστ* (*mama*) + *οδοῦ*, *οδοντό* (*dente*): é o nome dado a um animal fóssil de grande corpulência caracterizado, e assim chamado, por ter dentes com a forma de mama: uma porção maior globosa encimada por uma outra mais pequena em forma de bico ou mamilo: como que um denticulo (ou dente pequeno) na crista de um dente. A ideia que vulgarmente se tem do mastodonte (de corpo grande e medonho) resultou de se ter tomado *μαστ* (*mama*) por *massa*, ou tamanho massivo ou grande, do corpo do animal.

Faringe

Provem do grego *φαρυγξ*, *φαρυγγό* (*tema φαρυγγ-*) que significa **faringe**, mas passou pelo latim **pharynx**, **pharyngis** (*tema pharyng-*). Há uma variedade de palavras compostas em que faringe aparece quer como primeiro elemento, quer noutra posição, como **faringo-esofágico**, **bucofaríngeo**, etc..

Esófago

Vem originalmente da palavra grega *οισοφαγό*, *οισοφαγου*, que se compõe de *οισω* (que é o futuro do verbo *φερω*, que significa levar ou transportar consigo) e *φαγό*, *φαγου* (que significa comida, alimento), e que passou ao latim como **oesophagus**, **oesofagi**. A mesma origem se mantém quer em adjectivos e advérbios, quer em palavras compostas: **esofágico**, **esofagogástrico**, **gastresofágico**. Vou hoje tratar de alguns vocábulos relativos à porção proximal do tubo digestivo.

Inquérito à Prática da Endoscopia Digestiva em Portugal

Durante o último ano, a Direcção da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) conduziu um inquérito com o objectivo de conhecer as condições actuais de funcionamento das unidades de endoscopia nacionais, designadamente no que diz respeito às condições técnicas e humanas (caracterização e qualidade das instalações, equipamentos e pessoal), à prática da sedação e anestesia e procedimentos de desinfectação. O inquérito foi efectuado sob a forma de questionário, enviado pelo correio a todos os sócios da SPED para que fosse respondido de forma anónima por aqueles que assumissem funções de responsáveis de Unidades de Endoscopia.

Foram obtidas 37 respostas no total: 23 de instituições públicas (representando 47% do

total de 51 instituições públicas portuguesas). 55% das respostas foram oriundas de instituições localizadas no Sul (Lisboa, Setúbal) e Açores, 23% no Norte (Braga, Porto, Vila Real) e 22% no Centro (Aveiro, Coimbra, Castelo Branco, Leiria e Santarém). Estes valores assumem uma distribuição sobreponível ao universo das instituições públicas portuguesas com Serviço de Gastrenterologia. Não se registaram diferenças na distribuição geográfica em termos de instituições privadas ($p=0.772$).

Neste texto serão apresentados os resultados de forma resumida. Não impedindo que diferenças entre as respostas obtidas das unidades públicas daquelas provindas das privadas, a informação aqui registada será respeitante às unidades de instituições públicas por duas ordens de factores: conhecimento do total de instituições públicas e pequeno número de instituições privadas respondentes.

Nas unidades públicas, em pelo menos 50% (mediana), existem 3 salas de endoscopia (mínimo de 1, máximo de 9). 60% tem, pelo menos, uma sala de endoscopia partilhada, nomeadamente para a prática de CPRE (91% das unidades refere que essa sala é partilhada). Tal aspecto poderá ser relacionado com o facto de 83% das unidades referir não ter nenhuma sala com equipamento de radiologia, sendo em 70% dos casos referidos como localizado fora da unidade. Igualmente, cerca de um terço das unidades tem sala própria para endoscopia de urgência e cerca de metade das unidades pratica endoscopia em crianças (<10anos).

Em pelo menos 50% das unidades públicas existem 7 endoscópios altos (máximo 17) e 2 colonoscó-

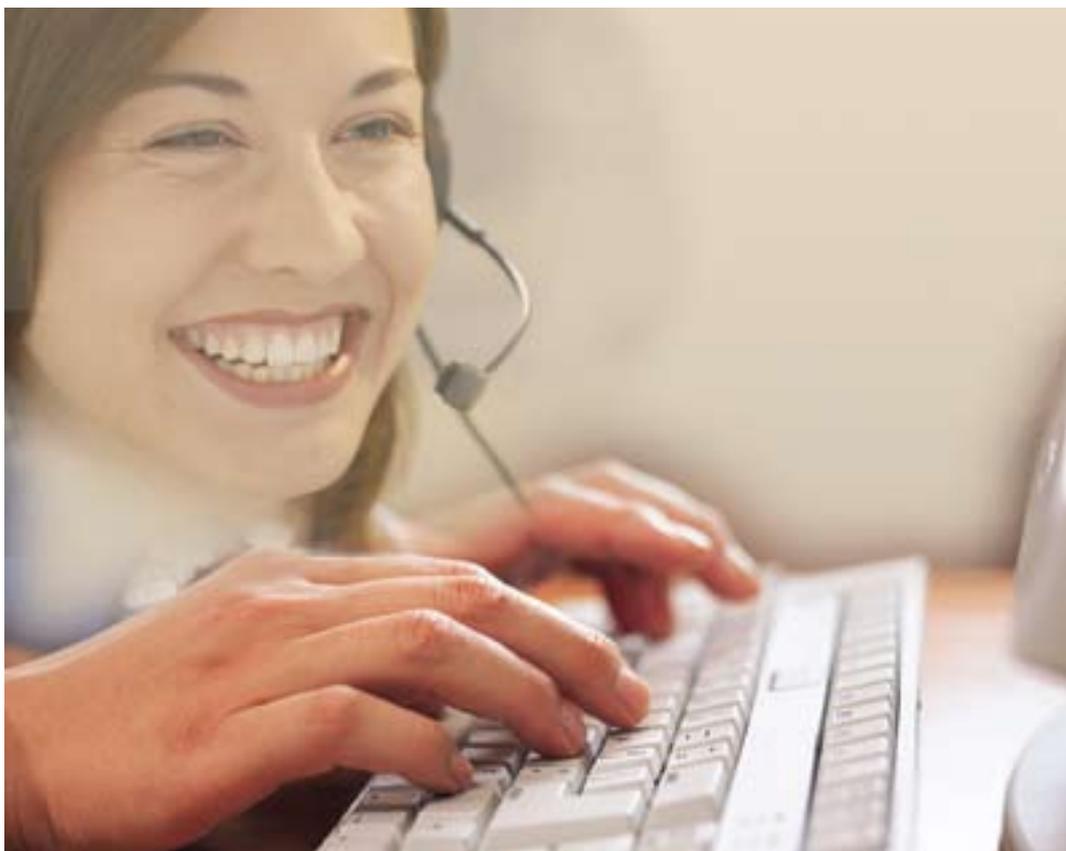


Tabela 1

| | Unidades públicas mediana (min - máx) | Unidades privadas mediana (min - máx) |
|--|--|--|
| Endoscopia digestiva alta | 1652 (170-5274) | 700 (100-2000) |
| Ligadura elástica | 18 (0-102) | 10 (0-20) |
| Dilatações esofágicas | 21 (0-156) | 15 (0-30) |
| Próteses esofágicas | 4 (0-55) | 5 (0-10) |
| Polipectomia | 29 (0-756) | 15 (1-100) |
| Mucosectomia | 4 (0-20) | 0 (0-5) |
| PEG | 7 (0-75) | 10 (0-20) |
| <i>Urgência</i> | <i>250 (1-725)</i> | <i>30 (0-200)</i> |
| Colonoscopia total | 1122 (13-2666) | 782 (140-2200) |
| Colonoscopia esquerda | 113 (20-781) | 100 (10-1000) |
| Sigmoidoscopia | 177 (8-1433) | 50 (0-70) |
| Polipectomia | 312 (6-748) | 84 (20-300) |
| Mucosectomia | 4 (0-60) | - |
| Terapêutica proctológica | 88 (0-708) | 30 (15-100) |
| <i>Urgência</i> | <i>81 (0-188)</i> | <i>50 (0-100)</i> |
| CPRE | 120 (0-530) | 0 (0-60) |
| Esfincterotomia | 88 (0-284) | 28 (0-55) |
| Próteses biliares | 37 (0-121) | 20 (20-50) |
| Próteses pancreáticas | 5 (0-28) | 0 |
| Enteroscopia | 2 (0-215*) | |
| Duplo balão | 0 (0-50) | - |
| Cápsula | 8 (0-150) | - |
| Ecoendoscopia | | |
| Tubo digestivo superior | 42 (0-200) | - |
| Pâncreas | 5 (0-60) | - |
| Cólon e Recto | 41 (0-184) | - |
| Punções ecoguiadas | 5 (0-20) | - |
| Neurolise ou drenagem de lesões císticas | 0 (0-10) | - |

pios (máximo de 10), existindo 2 endoscópios altos e 2 colonoscópios em 50% das unidades privadas. Quatro unidades públicas referiram possuir ecoendoscópio alto radial, 5 possuem sonda rectal, 2 ecolonoscópio radial e 4 linear. Em 66% das unidades públicas existe pelo menos 1 videoduodenoscopia (máximo de 5). Em 57% das unidades existe a possibilidade de realizar cápsula endoscópica. Numa proporção superior a 90% existem fontes de electrocirurgia, possibilidade de uso de esclerosantes, colocação de PEG e balões TTS. Estão geralmente disponíveis ligaduras elásticas, endoclips, velas de Savary e possibilidade APC – ver Figura 1. Na Tabela 1 são resumidos os principais resultados em termos de técnicas efectuadas (número). Em pelo menos 50% das unidades trabalham 9 pessoas (entre 1 e 36), sendo 3 a mediana do número de especialistas (1 a 22) e 1 interno em formação (máximo de 8). A mediana do número de enfermeiros é de 3,5 (1-17) e 1,5 auxiliares (0-10), sendo de 1,5 administrativos (0-4). Nas unidades públicas, em média cada especialista realiza 276 endoscopias digestivas altas e 241 baixas (colonoscopias totais, esquerdas e sigmoidoscopias). Nas unidades privadas, os valores médios obtidos por endoscopista foram de 505 EDA e 730 endoscopias digestivas baixas. A enorme maioria (proporções acima dos 90%) das unidades refere que as suas salas estão equipadas com ar condicionado, monitorização de oximetria, ECG e TA, gases canalizados, aspiração de parede. As mesmas condições estão presentes em unidades privadas em percentagens que variam entre os 42 e 85%. Quarenta e um por cento das unidades públicas possuem ventilador, 83% equipamento de reanimação, sendo maioritariamente um carro, partilhado em cerca de metade das unidades. Oitenta e três por cento das unidades públicas tem sala de recobro.

A grande maioria dos profissionais, 95% dos médicos e 87% dos enfermeiros tem formação em suporte básico de vida; e 45% e 26% respectivamente em suporte avançado de vida. Em 87% das unidades praticam-se exames com analgesia/sedação consciente¹ (69% nas unidades privadas) dispendo de protocolos aplicados de forma uniforme por todos os médicos em 57%. Os fármacos mais usados são o midazolam (100%), petidina (51%) e propofol (45%) – sempre com apoio de anestesista – sendo a combinação midazolam + propofol usada em cerca de 1/3 dos casos. É efectuada monitorização em 80% das unidades durante estes procedimentos. Numa unidade foi referido (5%) ter acontecido uma morte associada ao uso desta prática. Em 92% são efectuados exames com analgesia sedação profunda / anestesia (sendo de 30% esta prática nas unidades privadas). De entre aqueles que não praticam, a maior razão é a inexistência de valência ou serviço de anesthesiologia na instituição (43%). O apoio

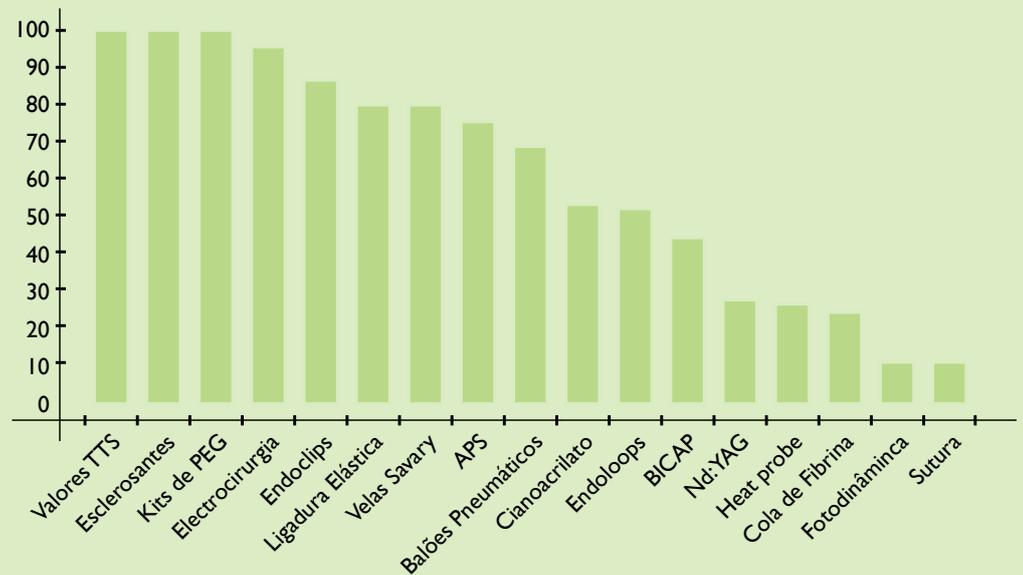
de anestesista quando existente, é efectuado de forma programada em 95%, disponível em mediana em 2 períodos semanais (por período entendeu-se uma manhã ou tarde de exames) (mínimo 1 – máximo 7) ou diário em apenas 13% das unidades. Em cerca de metade das unidades é efectuada uma consulta pré-anestésica e a equipa é fixa. Estes exames, se realizados, são-no em salas preparadas para o efeito na área de técnicas, em 50% dos casos, em qualquer das salas de endoscopia, em 14%, ou no bloco operativo, em 27%. Em todos os casos, a técnica anestésica usada é endovenosa, sendo utilizado o propofol em 90% das ocasiões, midazolam em 60%, fentanil em 53%, propofol + midazolam 50%. Estes doentes são sempre monitorizados, com oximetria, frequência cardíaca e TA. Não houve qualquer unidade a registar complicações.

A motivação para a prática desta técnica prende-se, no caso da endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, com a não tolerância

a exames prévios em cerca de 50 a 60% dos casos, ainda que em 13% seja pelo tipo de patologia ou em 13% pelo tipo de exame. Em 18% das EDA foi realizada algum tipo de sedação, a consciente maioritariamente realizada por gastroenterologistas, e a anestesia praticada por anestesista sem entubação orotraqueal (EOT), em 85% dos casos. Já em 57% das colonoscopias houve recurso à sedação, registando-se em 25% das unidades (> 75% dos exames realizados em 2005 com recurso à sedação). 56% destes foram realizados por anestesista no sentido de proporcionar sedação profunda (anestesia, em 3/4 dos casos sem EOT). Em 100% das unidades que referiu efectuar enteroscopias, em 90% das CPRE ou em 75% das EUS são também praticados os exames sempre com sedação profunda/

anestesia. Em 50% das unidades foi possível dispor de sedação para exames de urgência. Setenta e quatro por cento tem sala de limpeza e desinfeção, sendo partilhada em 12,5%, e sem ventilação forçada em 13%. No que diz respeito às unidades privadas, apenas 39% tem sala de desinfeção e apenas 50% ventilação forçada. 83% das unidades utiliza material descartável: agulhas (100%), ansas (47%) e pinças (33%). Todas as unidades procedem à desinfeção do material de endoscopia entre exames, sendo em 70% dos casos automático (note-se, neste caso, que nas unidades privadas que responderam esta prática é efectuada em 15% dos casos). 14% das unidades procede à desinfeção automática em 74% dos

Figura 1



casos antes da sessão. 18% apenas o faz no final da sessão e maioritariamente de forma manual. 74% das unidades referiu usar mais de 15 minutos na desinfeção. 4% das unidades referiram gastar menos de 10 minutos, proporção que sobe para 23% nas unidades privadas respondentes. 100% das unidades tem protocolos de desinfeção, tendo os enfermeiros formação em 96% dos casos e 74% dos auxiliares. 25% das unidades tem um elemento na comissão de controlo de infecção do hospital, sendo em 2/3 dos casos enfermeiros. Em 52% das unidades há registo de patologia atribuível ao serviço em endoscopia, designadamente associado ao uso de desinfetantes e ergonomia, sem relação

específica com a presença de sala de desinfeção ou a presença de ventilação forçada.

Direcção da SPED

Notas:

1. **Analgesia sedação consciente:** Nível de sedação em que o doente está consciente e é capaz de responder a estímulos verbais ou tácteis. Não há necessidade de intervenção sobre a via aérea, a ventilação espontânea é adequada e a função cardiovascular está mantida habitualmente. **Analgesia sedação profunda:** Nível de sedação em que o doente poderá ser desperto e responder adequadamente após estimulação repetida ou dolorosa. A capacidade de manutenção da via aérea poderá estar comprometida exigindo intervenção, a ventilação espontânea poderá ser inadequada e a função cardiovascular está habitualmente mantida. **Anestesia:** Nível de sedação em que o doente não é despertável mesmo com estímulos dolorosos, há necessidade frequente de intervenção sobre a via aérea, a ventilação espontânea é frequentemente inadequada, e a função cardiovascular poderá estar alterada [in Continuum of depth of sedation definition general anaesthesia and levels of sedation/analgesia. American Society of Anaesthesiology, House Delegates on October 27, 2004 ; 2. Distinguishing monitored anaesthesia care from moderate sedation/analgesia (conscious anaesthesia). American Society of Anaesthesiology, House Delegates on October 27, 2004]

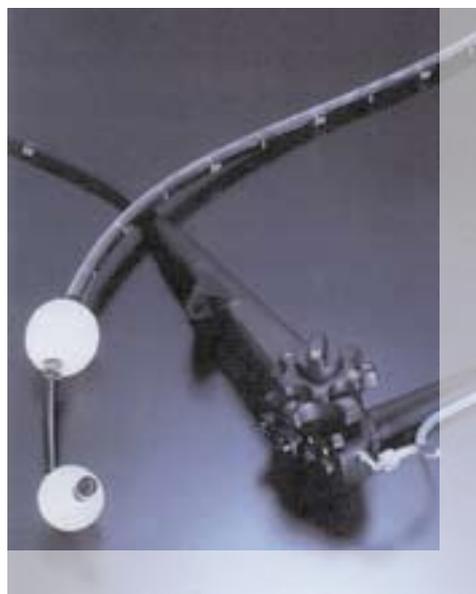


O Professor Dr. Javier Perez-Piqueras foi Presidente da Sociedade Espanhola de Gastreenterologia, é Sócio Honorário da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e colaborador assíduo da nossa Sociedade em múltiplos eventos científicos organizados em Portugal. Presentemente dirige o Departamento de Gastreenterologia do Hospital S. Francisco de Assis, em Madrid. Foi, pois, com muito gosto que o convidámos a participar neste número do ENDOnews. Queremos, desde já agradecer-lhe, bem como ao seu colaborador, Prof. Dr. Guilherme Payeras, que tão gentilmente aceitou a colaborar.

Depois de 35 anos de actividade profissional ininterrupta no mundo da Gastreenterologia, decidi dedicar o último terço da minha actividade profissional à prática da endoscopia como único trabalho com uma visão atraente, mas mantendo sempre uma grande inquietude no sentido de melhorar a qualidade da endoscopia digestiva.

Breve recordação histórica

Ainda que tenha tido a sorte de



começar na era da endoscopia flexível, é bom recordar os difíceis começos dos nossos mestres com a endoscopia rígida ou semi-rígida durante as décadas de 1940 a 1960.

O “boom” da endoscopia ocorreu, fundamentalmente, durante os anos 1980-1990 com o desenvolvimento da fibra óptica e a aparição de um importante arsenal de aparelhagem e de acessórios para os endoscópios. Foi então que, em Espanha, o sistema MIR de formação de especialistas incluiu, como obrigatória, a formação básica em diversas técnicas e, particularmente, a endoscopia nos seus conceitos básicos.

A introdução do videoendoscópio e o aparecimento de diversas escolas com prestígio no nosso País permitiram que se começasse a complementar esta formação básica com uma formação mais avançada e direccionada para a terapêutica. Foi neste momento que se começou a pensar na importância da

dedicação preferencial ou exclusiva de um especialista, em aparelho digestivo, que domine as técnicas endoscópicas. A máxima “com a melhor experiência, os melhores resultados e menor número de complicações” contribuiu, nestas últimas décadas, para a divisão da nossa especialidade em diversas áreas ou disciplinas, entre as quais se

destaca, muito claramente, a endoscopia digestiva.

Material actual

Hoje em dia, o grande avanço da endoscopia e a grande investigação no desenho de novos aparelhos deram lugar a uma geração de endoscópios – que actualmente utilizamos – de grande flexibilidade, com importantes melhorias no campo da visualização e com possibilidade de documentar, com interessantes sistemas informáticos, a informação do doente e a obtenção de material para o ensino da endoscopia.

Toda esta avançada aparelhagem inclui novos gastroscópios e colonoscópios pediátricos, endoscópios de visão lateral, ecoendoscópios e enteroscópios de duplo balão.

Tudo isto, adicionado ao desenvolvimento de acessórios tão importantes na realização de numerosas técnicas, faz-nos pensar que estamos no limite do desenvolvimento tecnológico da endoscopia por tubo. A recente aparição da chamada “Wireless” endoscopia ou cápsula endoscópica veio trazer um importantíssimo contributo no estudo das doenças do intestino delgado.

Consentimento informado e sedação

A importância da informação prestada ao doente, prévia à técnica a realizar, incluindo os resultados e as possíveis complicações, vieram facilitar as relações médico-doente com um aumento da confiança mútua, da segurança e uma melhor relação entre ambos. É um direito inalienável do doente e pressupõe uma defesa

jurídica para o endoscopista.

A sedação, utilizada em grande número das técnicas endoscópicas, também configurou um importante avanço, ao permitir a realização de todo o tipo de técnicas, numa situação confortável, tanto para o doente como para a equipa médica. Hoje em dia, não se compreende a realização de muitos dos exames endoscópicos sem utilizar estes fármacos. Cada grupo utiliza-os de maneira diferente, embora o midazolam, propofol, atropina, anexato, naloxona, etc. devam ser bem conhecidos por todos os que realizam endoscopia, incluindo as dosagens adequadas, as possíveis complicações e a sua solução na própria Unidade de Endoscopia. Importantes publicações, nas mais prestigiadas revistas do mundo falam da boa utilização destes fármacos por todos os componentes das Unidades de Endoscopia. Só um escasso número de doentes, pelas suas características ou dificuldades da técnica, requer a realização de alguns procedimentos no Bloco Operatório com assistência anestésica.

Unidades modernas e pessoal

Os bons resultados nestas técnicas e a reduzida percentagem de complicações devem-se ao entendimento de que as unidades de endoscopia actuais são como um tandem inseparável entre as equipas em boas condições e a selecção e formação especial do pessoal que nelas trabalha. A especialização do pessoal é fundamental e, por isso, a realização de cursos e reuniões periódicas,

com intenção de manter esta alta especialização, deveria ser complementada, como ocorre noutros países desenvolvidos, com a obrigação de acreditar a dita formação.

Se pensamos numa actividade de alta especialização (CPRE, colocação de próteses, cápsula endoscópica, etc.) entenderemos melhor a importância desta formação continuada. O aparecimento, a cada dia que passa, de novos equipamentos e materiais pressupõe que a sua utilização seja feita por pessoal altamente qualificado.

Material descartável

Nestes últimos anos, foi melhor entendida a grande importância da utilização de material descartável, que diminui, praticamen-

te para zero, a possibilidade de transmissão de doenças infecciosas. Este facto, aliado à compreensão por parte de todo o pessoal hospitalar da importância da correcta limpeza e desinfecção dos endoscópios, permitiu-nos chegar a este alto nível de endoscopia sem risco.

Há que recordar que, dentro do material auxiliar, existe material de alto risco, que deve ser sempre descartável (agulhas de esclerose, etc.) e material de médio ou baixo risco que poderá ser reutilizado, sempre que seja feita uma limpeza correcta e desinfecção, geralmente em autoclave.

Como conclusão, podemos dizer que, hoje em dia, encaramos o alto nível destas técnicas como



uma especialidade que exige dedicação exclusiva e que, juntamente com as técnicas de cirurgia laparoscópica, nos permitem olhar o presente da endoscopia e o seu futuro imediato com um altíssimo nível de êxito e uma ínfima percentagem de complicações. Com a utilização de instrumentos e material auxiliar cada dia mais fáceis de manejar e que facilitam, de enorme maneira, o encurtamento do tempo de

intervenção e de internamento hospitalar, modificou-se, radicalmente, a forma de fazer medicina diagnóstica e terapêutica.

Como dizia no início, hoje, após 35 anos de actividade em endoscopia, sinto-me mais seguro, quer com a realização das técnicas, quer com os resultados obtidos e estou convencido que esta mesma sensação é sentida pelos nossos doentes.

Javier Perez – Piqueras

O Rastreio do Carcinoma do Colon e Recto A Realidade dos Médicos de Clínica Geral

A SPED tem divulgado junto dos Clínicos Gerais (CG), a importância do rastreio do Carcinoma do Cólon e Recto (CCR). Neste sentido, têm decorrido reuniões realizadas de Norte a Sul do país. Durante estas reuniões, os CG foram convidados a responder a um inquérito anónimo, que tem como objectivo avaliar o seu interesse no rastreio do CCR e qual a sua atitude.

Todos os CG inquiridos responderam ao inquérito. Assim, analisámos os resultados correspondentes às respostas de 160 CG, dos quais 54% pertenciam à zona centro e 29% à zona norte do país. O tempo médio de exercício da especialidade foi de 25,5 anos.

Verificámos que 83% dos CG identificam o CCR como o tumor de maior mortalidade e 96% conhecem a importância do rastreio na prevenção do CCR. No entanto, e apesar de 86% dos CG solicitarem o rastreio

do CCR, este tumor foi o menos rastreado, em relação ao cancro da mama (99%) e cancro do colo do útero (97%). No entanto, se existir história familiar então a percentagem sobe para 99%. É importante referir que em 30% dos doentes o rastreio resultou da sua própria iniciativa.

Em relação ao conhecimento do Plano Oncológico Nacional (PON), 3/4 dos CG conhecem as suas normas, mas são cumpridas apenas, por metade dos inquiridos. Foi ainda possível constatar, que apenas 40% dos CG considera que o PON está actualizado e adaptado à realidade nacional. Este foi, seguramente, o motivo pelo qual os métodos endoscópicos foram os preferidos pelos CG (98%). No entanto, para 37% dos inquiridos a Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) constituiu ainda, o teste mais pedido. Um acesso difícil à colonoscopia foi

identificado por 34% como a principal razão. Finalmente, os CG que têm maior conhecimento em relação à importância do CCR ($p=0,001$) e em relação às normas do PON ($p=0,003$) foram os que mais solicitaram o rastreio. Não registámos diferenças em relação ao tempo de exercício da especialidade. Podemos assim concluir que os CG estão informados em relação à importância do CCR e do rastreio. O rastreio do CCR é solicitado pela maioria dos CG, principalmente quando existe história familiar. Mais de metade dos CG considera que o PON não está actualizado, nem adaptado à realidade nacional e os métodos endoscópicos são os preferidos. O acesso difícil à colonoscopia poderá justificar a utilização da PSOF por alguns dos CG inquiridos.

*Anabela Pinto
Sandra Faias*

Entrevista com Henrique Jones e Darlan Scheneider

Exercício físico e alimentação equilibrada preocupam

Neste número da nossa revista não iremos entrevistar nenhum investigador. Resolvemos inovar um pouco. Assim, iremos trocar umas impressões, de maneira aberta e informal, com dois dos elementos do departamento técnico da nossa Selecção Nacional de Futebol.

São eles Henrique Jones, Médico Ortopedista e responsável pela parte clínica e Darlan Scheneider, preparador físico dos atletas.

Procurámos que nos respondessem a algumas perguntas que nos pareceram úteis, não só para os gastroenterologistas, mas também

para todos os leitores de outras especialidades. Algumas têm a ver com a prevenção do cancro do cólon e recto, outras com assuntos relacionados com anti-inflamatórios (AINE) e mucosa gástrica, e ainda outras sobre aspectos da preparação física.

Esperemos que sejam úteis para todos os nossos leitores.

ENDOnews – Dr. Jones, muito obrigado por aceitar o nosso convite. O senhor é um ortopedista com elevada experiência em lesões traumáticas. Por esse motivo,

gostávamos de saber se, quando usa AINE por curtos períodos, faz, ou não, protecção gastrointestinal?

Henrique Jones – Aquando da utilização de AINE, por curtos períodos, em doentes ou atletas sem história gastrointestinal, não é nosso hábito a associação a protectores gastrointestinais. Pensamos, no entanto, que atletas utilizadores frequentes de AINE, muitas vezes erradamente, e “quase por vício de utilização”, deveriam, no mínimo, ser aconselhados a protecção e monitorização regular da função gastrointestinal.

Os inibidores da COX-2 têm sido apontados como grande alternativa aos AINE clássicos, no que se refere aos efeitos sobre a mucosa gástrica. O que pensa sobre a sua utilização?

É quase consensual nos trabalhos publicados, e na clínica diária, que os inibidores da COX-2 poderão ter um efeito de menor agressividade da mucosa gástrica, face aos AINE clássicos e, como tal, constituírem uma boa alternativa à sua utilização. Sobre esta temática, pensamos que a inocuidade gástrica deste grupo de fármacos não será assim tão linear visto que, se no caso da hemorragia digestiva essa constatação é inquestionável, no caso de sintomatologia minor tipo “desconforto gástrico” ou azia, os doentes, predispostos continuam a referenciá-la, embora, admitimos, com menor regularidade. No doente em geral, e no desportista em particular, a utilização dos inibidores da COX-2 poderá ser, efectivamente, uma boa opção no caso de patologias crónicas com necessidade frequente de recurso a uma acção anti-inflamatória.

Como sabe, uma das formas de prevenção do cancro do cólon e recto é a alimentação adequada. Acha que a população portuguesa tem uma alimentação saudável?



cada vez mais os portugueses

A população portuguesa não terá, na perspectiva de prevenção do cancro do cólon e recto, uma alimentação saudável: o abuso de alimentos ricos em gorduras saturadas, o recurso a enchidos, enlatados e outros produtos com tratamento químico e conservantes, a utilização de alimentos fumados, a fraca utilização de leguminosas, vegetais e frutos frescos, a preferência por óleos e margarinas na confecção dos alimentos, são aspectos que, por factores sociais, educacionais ou económicos, terão de ser alterados, nos hábitos dos portugueses.

Fale-nos um pouco sobre o regime alimentar de um atleta de alta competição.

O regime alimentar de um atleta de competição visa sobretudo duas perspectivas que têm a ver com a quantidade e qualidade face às solicitações energéticas. A idade, o tipo de actividade implicada, as características metabólicas, a composição corporal, as condições climatéricas, as deslocações, o calendário desportivo, entre outros, ditam a



adequação individual em termos nutricionais, energéticos e de hidratação. Em norma, um atleta de alta competição necessita de cerca

de 3.000 Kcal/dia, distribuídas por 50-60% de hidratos de carbono, 11-18% de proteínas e 25-30 % de gorduras.

ENDOnews – Professor Schneider, muito obrigado por aceitar o nosso convite. O exercício físico é muito importante na prevenção primária do cancro do cólon e recto. Acha que os portugueses, de uma maneira geral, se preocupam com o exercício físico?

Professor Schneider – Penso que sim. Em Portugal, nota-se cada vez mais, uma preocupação com a mudança dos hábitos alimentares e com a procura de uma actividade física, seja em locais públicos ou em ginásios, sob a orientação de um profissional de Educação Física.

É muito difícil preparar bem um atleta de alta competição? Isto é, exige grandes sacrifícios por parte dos atletas?

É um trabalho muito complexo. Ao contrário do que muitos pensam, não é simplesmente colocá-los a correr, há que proceder a muitas avaliações antes de passarmos à parte prática. Primeiro, e no início da temporada, realizamos uma avaliação físico-clínica para sabermos as condições em que cada atleta se encontra. Na posse destes resultados, fazemos o planeamento das actividades com o objectivo de melhorar os índices físicos e técnicos, visando o início da competição. Nesse sen-

tido, procedemos a um controlo diário das actividades para verificarmos a evolução dos atletas diante da carga proposta e a respectiva resposta aos trabalhos executados. Perante todo este contexto é claro que há uma certa dose de sacrifício por parte dos atletas, já que estamos a falar de equipas de alto rendimento, e para isso, tem que se prescindir de algumas regalias a fim de atingirmos altos níveis de performance.

O que recomendaria, para manter a forma, a um médico, com vida sedentária e pouco tempo para a prática regular de exercício físico?

É uma situação um pouco complicada, levando-se em conta que geralmente os médicos não têm horários fixos. O ideal seria, para além de uma alimentação equilibrada, procurar a orientação de um profissional de Educação Física, que saberá exactamente que tipo de trabalho deve ser feito, e fará o respectivo acompanhamento das actividades. Não sendo possível, recomendaria uma actividade física mais leve, como por exemplo, uma caminhada de 30 minutos três vezes por semana, seguida de exercícios de alongamentos e relaxamento, o que ajudaria muito na melhoria da condição física e também a nível mental, já que o stress diário é constante.

Tema de Revisão

Hepatocarcinoma

Frequência e distribuição mundial

O hepatocarcinoma (CHC) representa a mais importante neoplasia primária do fígado e a quinta neoplasia mais frequente do mundo, causando cerca de um milhão de mortes por ano ⁽¹⁾.

Apresenta uma variabilidade geográfica determinada pela prevalência dos factores etiológicos. Nas regiões de alta incidência (África Subsariana, China, Taiwan) pode atingir mais de 15 habitantes por cada 100.000, enquanto que nas regiões de baixa incidência (Europa, EUA, Austrália) menos de três habitantes em cada 100.000 têm CHC (Figura 1).

Tem-se verificado um aumento de incidência do CHC nos países desenvolvidos que, infelizmente, não tem sido acompanhado por resultados satisfatórios na sobrevivência destes doentes ⁽²⁾.

Principais factores etiológicos

Múltiplos factores etiológicos estão já estabelecidos no CHC, nomeadamente a infecção pelos vírus da hepatite B (VHB) e C (VHC), a aflatoxina B1 e a hemocromatose. A cirrose, como factor independente ou associada a outros factores etiológicos, é também um elemento determinante para o desenvolvimento de CHC. Em cerca de 80% dos CHC os factores etiológicos são VHB, VHC e aflatoxina B1.

A infecção crónica por VHB é um importante factor de risco no desenvolvimento de CHC ⁽³⁾. O vírus da hepatite B exerce o seu potencial oncogénico através de três vias fundamentais: 1) infecção crónica com con-

sequente desenvolvimento de cirrose; 2) cis-activação, na qual se verifica a integração do VHB no ADN das células hospedeiras; 3) transactivação, na qual as proteínas do VHB alteram a expressão de genes da célula hospedeira, sendo a proteína X um verdadeiro “pivot” em todo este processo ⁽⁴⁾.

Cerca de 350 milhões de pessoas, isto é, 5% da população mundial, estão cronicamente infectadas pelo VHB, a maioria delas localizada nas regiões endémicas da Ásia e África.

Nestas regiões endémicas, onde a aquisição precoce tem uma importância determinante, a relação entre a infecção crónica e o aparecimento do CHC está documentada. Nas regiões de elevada incidência de CHC a cirrose está intimamente associada a infecção VHB e precede o desenvolvimento de CHC na maioria dos casos. O programa de vacinação universal contra a hepatite B tem conseguido uma redução significativa na incidência de CHC, especialmente nos países de elevada incidência. Nos países desenvolvidos, de baixo risco de CHC, a infecção por VHB é adquirida no adulto através da via sexual, transfusões sanguíneas ou procedimentos invasivos em condições inadequadas, isentas de esterilização conveniente. Nas regiões de alto risco, o hepatocarcinoma pode surgir antes da 2ª década de vida, enquanto que nas regiões de baixo risco é raro antes da 5ª década.

Na infecção por VHC, por se tratar de um vírus ARN, não é esperada integração vírica nas células hospedeiras. Embora a

actividade necro-inflamatória e a fibrose estejam já estabelecidos como ambientes promotores de carcinogénese, o papel de proteínas do vírus tem sido emergente como elemento transactivador e promotor de transformação neoplásica ⁽⁴⁾.

Cerca de 170 milhões de pessoas, isto é, 3% da população mundial, estão cronicamente infectadas pelo VHC, e entre 3 a 4 milhões são anualmente infectadas.

Em geral, a taxa de incidência de CHC em doentes com cirrose por VHC é superior à verificada nos casos de cirrose por VHB ou álcool. A crescente prevalência da hepatite crónica por VHC nos países Ocidentais parece justificar o aumento da incidência e de mortalidade por CHC nestes países que surge, em média, 10 a 30 anos após a aquisição da infecção pelo VHC ⁽⁵⁾.

A aflatoxina é um metabolito fúngico, produzido pelo *Aspergillus flavus*. Este agente contamina os alimentos em algumas regiões do mundo, estando a sua exposição associada a uma incidência aumentada de CHC. Embora existam quatro aflatoxinas principais (B1, B2, G1 e G2), a aflatoxina B1 é a mais nociva ⁽⁴⁾.

O sinergismo entre infecção por VHB e a exposição a aflatoxina tem sido amplamente explorada. A exposição a aflatoxina na dieta em doentes com infecção por VHB implica um risco aumentado de CHC (60 vezes) relativamente à infecção isolada por VHB (7 vezes) ou à exposição isolada de aflatoxina (4 vezes).

A cirrose é actualmente considerada como um importante factor etiológico tendo sido

comprovada uma prevalência elevada de CHC, relativamente a fígados não cirróticos. A cirrose, independentemente da etiologia, pode propiciar o desenvolvimento de CHC, sendo a infecção persistente por VHB (50-55%) ou VHC (20-25%) responsável por cerca de 80% dos casos em todo o mundo. Em indivíduos com cirrose, a incidência anual de CHC descrita é de cerca de 3%. Embora o CHC se possa desenvolver sem cirrose, em cerca de 80% dos casos aparece neste contexto ⁽⁶⁾.

Estão, ainda, descritos múltiplos factores de risco independentes para CHC em doentes com cirrose documentada, nomeadamente o sexo masculino, idade avançada e raça não-caucasiana.

Qual a apresentação clínica?

A apresentação clínica do CHC é muito variável, podendo o doente apresentar-se assintomático, num contexto de cirrose compensada, ou verificar-se um quadro de insuficiência hepática exuberante. Pode, ainda, manifestar-se como uma síndrome paraneoplásica, apresentando febre, leucocitose, hipercalcemia, eritrocitose ou hipoglicemia.

Vigilância de hepatocarcinoma

Quando diagnosticado em fase sintomática, o CHC já se encontra habitualmente num estágio avançado, sem opções terapêuticas válidas e com reduzida sobrevivência (0-10% aos 5 anos). Daí advém a importância da vigilância do CHC em doentes de alto risco numa tentativa de diminuir

a sua mortalidade.

No entanto, apenas um estudo comprovou o benefício da vigilância semestral com ecografia hepática e doseamento de alfa-fetoproteína, verificando-se uma redução da mortalidade de 37% (7).

A vigilância de CHC está recomendada nos seguintes grupos: portadores de VHB (homens asiáticos > 40 anos, mulheres asiáticas > 50 anos, cirróticos, história familiar de CHC, africanos > 20 anos) e cirrose de etiologia não VHB (cirrose VHC, cirrose alcoólica, hemocromatose, cirrose biliar primária, deficiência de alfa I-antitripsina, esteatohepatite não alcoólica, hepatite auto-imune) (8).

Como orientar?

A identificação de um nódulo implica abordagens diferentes de acordo com a sua dimensão (Figura 2). Recomenda-se a repetição da ecografia em intervalos de 3-4 meses se o nódulo for inferior a 1 cm. Se mantiver as mesmas dimensões num período de dois anos pode voltar-se ao programa de vigilância convencional, isto é, ecografia a cada seis meses. Se o nódulo tiver dimensões entre os 1 e os 2 cm recomenda-se a realização de dois exames de imagem dinâmicos (TAC e RMN). Se o padrão dinâmico vascular for coincidente nos dois exames deve ser orientado para tratamento, sem necessidade de confirmação histológica. Se este padrão vascular for atípico ou não coincidente nos exames de imagem, então deverá ser efectuada biopsia para confir-

mação histológica. Nos doentes com nódulos superiores a 2 cm, apenas é necessário efectuar um exame de imagem dinâmico sendo considerado diagnóstico se presente o padrão vascular típico (hipervascularização com

'washout' na fase portal/venosa) ou um valor de alfa-fetoproteína superior a 200 ng/ml (8).

Terapêutica e prognóstico

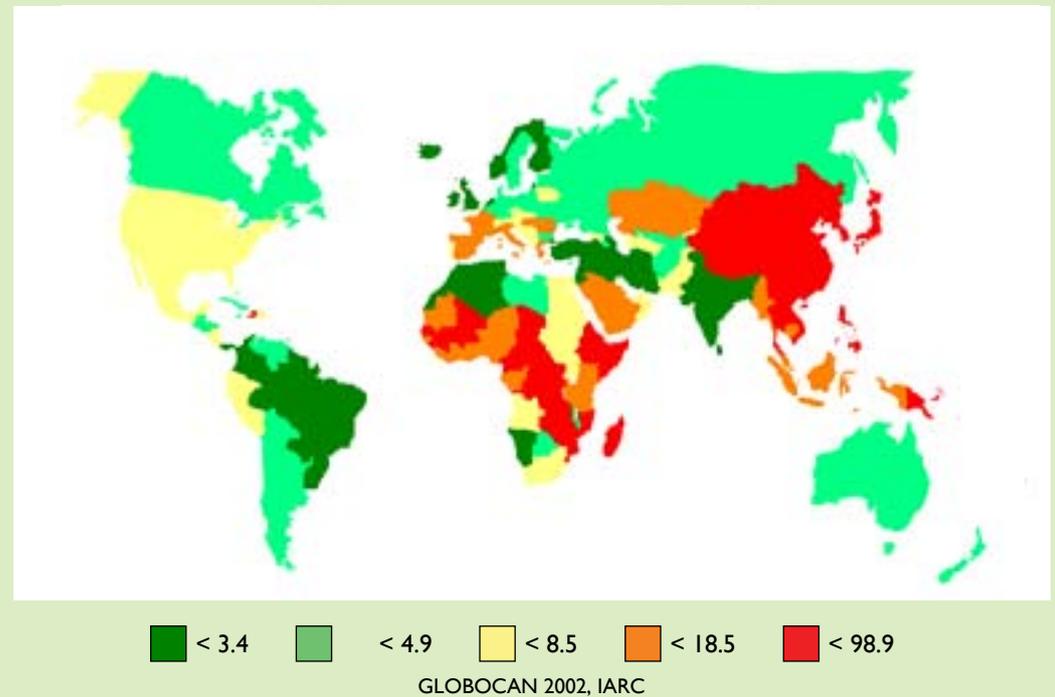
Após o diagnóstico de CHC, múltiplas classificações têm sido

utilizadas no seu estadiamento com vantagens e desvantagens. A classificação TNM (American Joint Committee of Cancer) é a mais amplamente utilizada, considerando o número de lesões, a presença de invasão vascular,

Figura 1

Liver, Males

Age-Standardized incidence rate per 100,000



Liver, Females

Age-Standardized incidence rate per 100,000

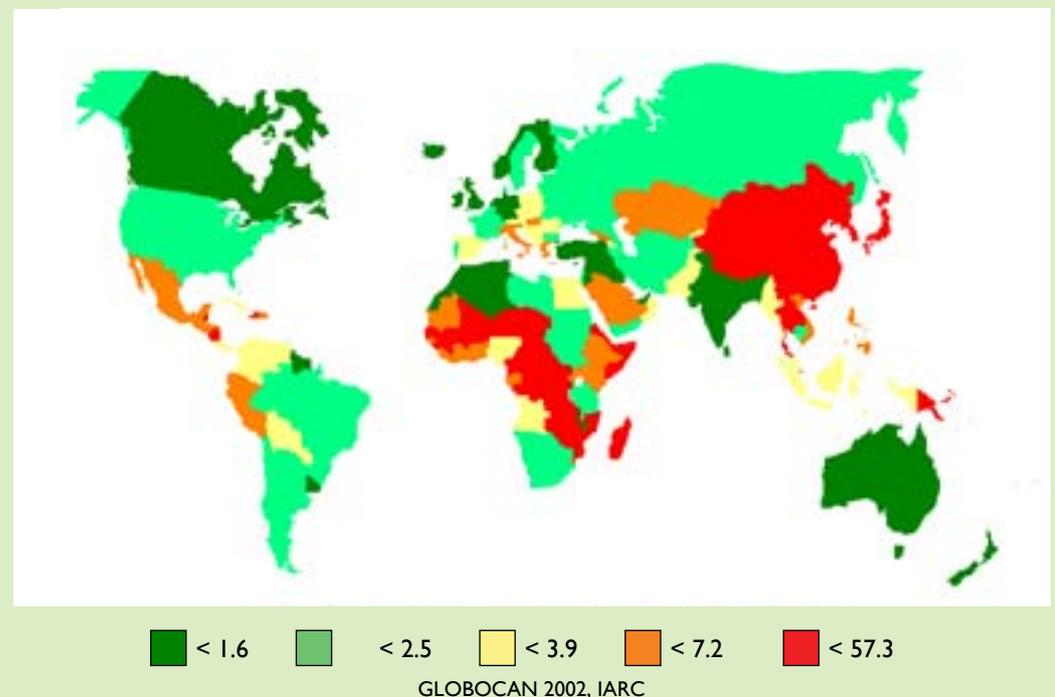
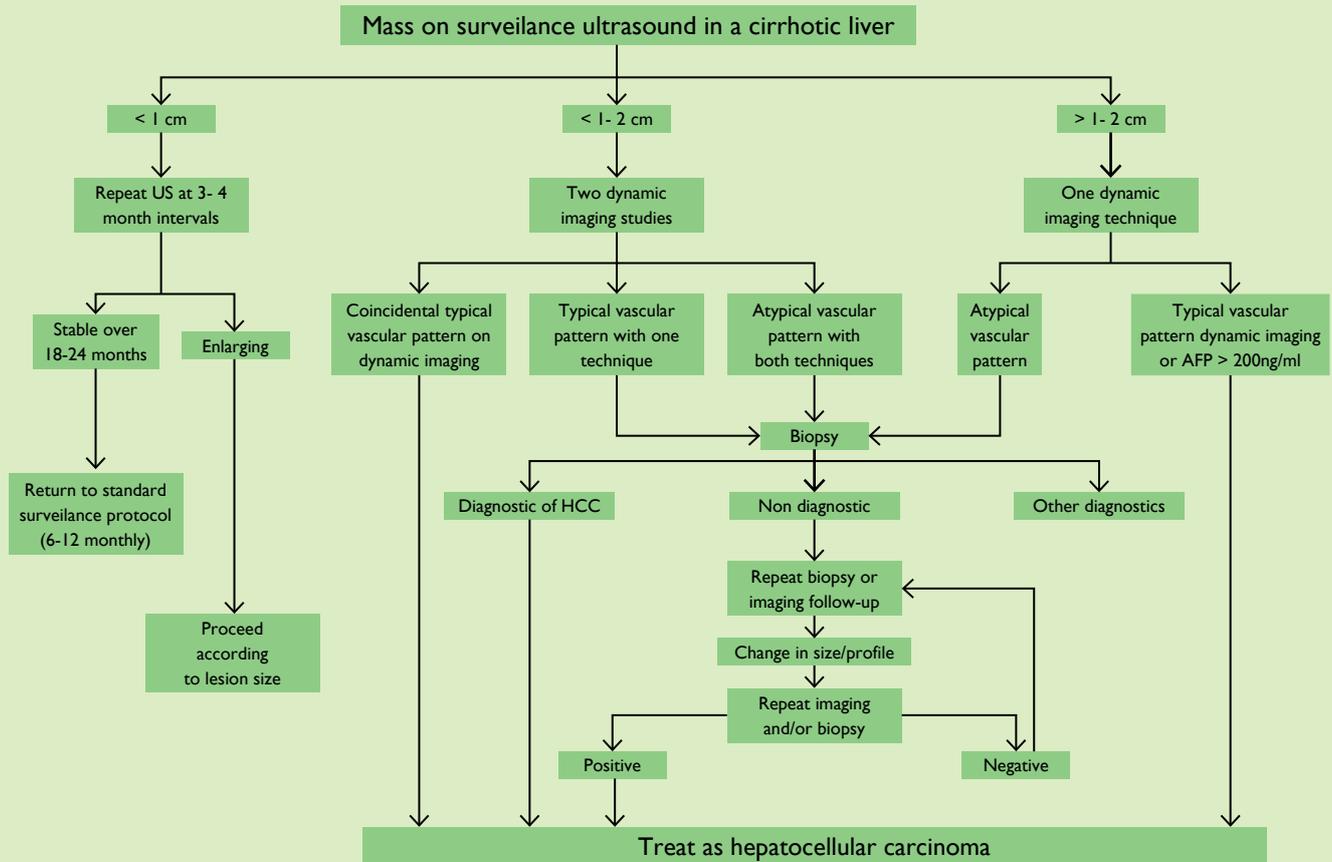


Figura 2



Adaptado de Bruix J. and Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2005; 42:1208-1236

a extensão a órgãos adjacentes, a presença de adenopatias e de metástases à distância. Não considera, no entanto, a doença hepática de base, fundamental na selecção das opções terapêuticas. A classificação de Okuda considera como parâmetros a avaliar a dimensão tumoral, a presença de ascite e os valores séricos de albumina e bilirrubina. Tem como principais limitações não considerar o número de lesões e a presença de invasão vascular.

Actualmente, a classificação de Barcelona tem sido progressivamente utilizada pelos diversos centros. Ela permite a distribuição dos doentes em diferentes estádios – precoce, intermédio, avançado e terminal – directamente relacionáveis com as opções terapêuticas⁽⁸⁾.

Assim, no estágio precoce (A) os doentes apresentam função hepática preservada (Child A/B), lesão única ou menos de três lesões com dimensões inferiores a 3 cm, tendo uma sobrevida aos cinco anos de 100%. A terapêutica, nestes casos, tem intuito curativo e engloba a ressecção hepática, transplante hepático, ablação por radiofrequência ou injeção local com etanol.

No estágio intermédio (B) os doentes permanecem assintomáticos, com boa reserva funcional hepática (Child A/B) apresentando, no entanto, CHC de grandes dimensões ou multinodular, não elegíveis para tratamento curativo. A sobrevida aos três anos é de cerca de 50% sendo a quimioembolização a terapêutica paliativa de eleição.

No estágio avançado (C) os

doentes apresentam sintomas, invasão vascular e disseminação extra-hepática. A sobrevida a um ano é de cerca de 50% e o tratamento paliativo pode incluir novos agentes no âmbito de estudos aleatórios e controlados. Os doentes em estágio terminal (D) são, apenas, passíveis de tratamento sintomático pela insuficiência hepática e deterioração do estado geral, sendo a sobrevida média inferior a três meses. Embora se tenha evoluído positivamente na tentativa da sua identificação precoce e potencial tratamento, o CHC continua a ser um tumor altamente agressivo com uma sobrevida média inferior a um ano após o início dos sintomas⁽⁹⁾.

Catarina Brandão
Assistente Hospitalar de Gastroenterologia;
Serviço de Gastroenterologia – Instituto
Português de Oncologia do Porto - EPE

Referências

1. Bosch FX., Ribes J., Burras J. Epidemiology of primary liver cancer. *Semin Liver Dis* 1999;340:745-750.
2. El-Serag HB, Mason AC, Key C. Trends in survival of patients with hepatocellular carcinoma between 1977 and 1996 in the United States. *Hepatology* 2001;33:62-65.
3. Beasley RP, Hwang LY, Lin CC, Chien CS. Hepatocellular carcinoma and HBV. a prospective study of 22707 men in Taiwan. *Lancet* 1981; ii: 1129-32.
4. Suriawinata A., Xu R. An update on the molecular genetics of hepatocellular carcinoma. *Semin Liver Dis* 2004;24(1): 77-88.
5. Lauer GM, Walker BD. Hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2001;345:41-52.
6. Fatovich G, Stroffolini T., Zagni I., Donato F. Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: Incidence and risk factors. *Gastroenterology* 2004;127:S35-50.
7. Zhang BH., Yang BH., Tang ZL. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. *J Cancer Res Clin Oncol* 2004;130:417-422.
8. Bruix J., Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2005;42:1208-1236.

Caso Clínico

Carcinoma Hepatocelular – Variações Sobre o Tema

Nuno Almeida¹, José Manuel Romãozinho¹, Dário Gomes¹, Maria Augusta Cipriano² Maximino C. Leitão¹Serviços de Gastreenterologia¹ e Anatomia Patológica² dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Os autores apresentam dois casos distintos de carcinoma hepatocelular (CHC).

O primeiro caso diz respeito a um doente de 64 anos, acompanhado em Consulta de Hepatologia desde 1999 por cirrose hepática de etiologia etílica, classe B de Child-Pugh (7 pontos). Na sequência da vigilância semestral efectuada com ecografia abdominal e doseamento de alfa-fetoproteína (α -FP), foi detectado, em Fevereiro de 2005, um nódulo hepático com elevação associada da α -FP (81

ng/ml para um limiar máximo de 8,4 ng/ml). O doente foi submetido a TC abdominal (Figura 1) que confirmou a presença do nódulo, sugerindo tratar-se de uma neoplasia primária. A RMN com administração de gadolínio mostrou tratar-se de um hepatocarcinoma de 3,7 cm localizado ao segmento VII (Figura 2). O doente foi submetido a segmentectomia hepática, sem intercorrências, revelando o estudo histológico da peça operatória tratar-se de um CHC bem diferenciado (GII) (Figura 3). Não ocorreu recidiva nos 22 meses de seguimento.

O 2º caso reporta-se a um doente de 66 anos que, em Agosto de 2005, foi internado por quadro de dor abdominal com elevação da amilásemia. A ecografia, realizada no momento da admissão, revelou a presença de múltiplos nódulos hepáticos confirmados por TC ulterior (Figura 4) e, ainda, litíase vesicular e alterações pancreáticas sugestivas de pancreatite crónica. O doente tinha antecedentes de síndrome mielodisplásica com anemia megaloblástica e HTA, e um consumo etílico que não ultrapassava os 20 g/dia. Os marcadores tumorais (α -FP, CEA, CA 19.9, PSA) e víricos (VHA, VHB, VHC) foram negativos. A RMN mostrou a presença de um nódulo de grandes dimensões (Figuras 5 e 6) ocupando os segmentos V e VI, em contacto com o ramo direito da porta e a porção intra-hepática da veia cava inferior, junto com 16 outros nódulos de menores dimensões dispersos pelo fígado. Foi realizada punção ecoguiada com obtenção de material para estudo citológico e histológico, confirmando tratar-se de CHC moderadamente diferenciado. Perante a extensão das lesões

optou-se por abstenção de terapêutica específica, mantendo-se, mesmo assim, o doente assintomático passados 20 meses.

Comentário:

O carcinoma hepatocelular (CHC) representa a quinta neoplasia maligna mais comum e a terceira causa de morte por cancro a nível mundial¹. A maioria dos casos ocorre em associação com factores de risco bem conhecidos, como a infecção crónica por VHB e VHC, a exposição a aflatoxinas e a ingestão de álcool, sendo os dois primeiros responsáveis, na globalidade, por 80% dos casos de CHC^{2,3}. Nos grupos de risco deve ser realizada vigilância periódica a cada 6/12 meses, com ecografia abdominal e doseamento de α -FP⁴.

Os casos relatados reflectem situações extremas de apresentação do CHC: por um lado, um doente com factores de risco integrado em programa de vigilância regular, permitindo uma intervenção cirúrgica precoce potencialmente curativa; por outro lado, um paciente sem aparentes factores de risco, com diagnóstico incidental do tumor



Figura 1 – Imagem de TC no plano axial, sem contraste EV; nódulo no segmento VII

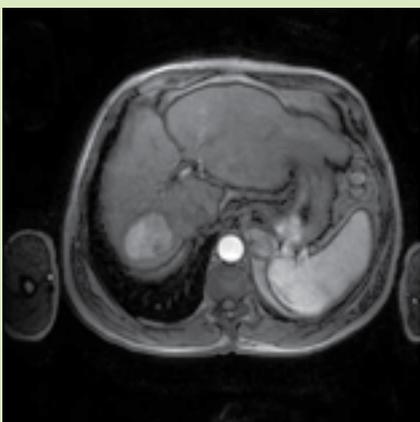


Figura 2 – Imagem de RM no plano axial com sequência T1, após a administração de contraste paramagnético, em fase arterial – nódulo no segmento VII hipervascular

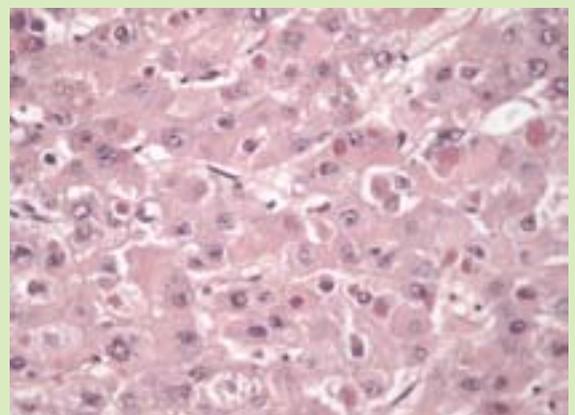


Figura 3 – H-E; 400x; Histologia do nódulo removido, mostrando células com irregularidade nuclear, com formas volumosas e atípicas, com glóbulos hialinos intracitoplasmáticos, correspondendo a CHC bem diferenciado de padrão trabecular/sólido



Figura 4 – Imagem de TC no plano axial em fase portal, com nódulo no segmento VI

numa fase já avançada, impossibilitando qualquer terapêutica específica, mormente de índole curativa.

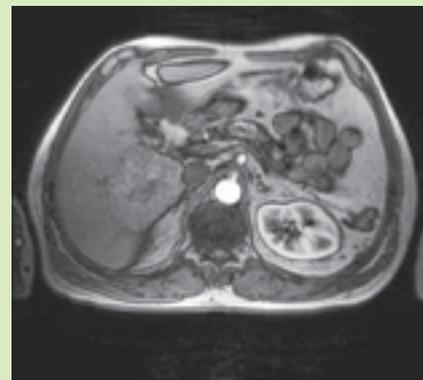


Figura 5 – Imagem de RM no plano axial, com sequência T1, após a administração de gadolínio em fase arterial; nódulo hipervascular no segmento VI

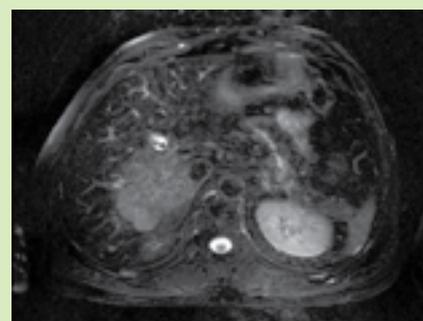


Figura 6 – Imagem de RM no plano axial, com sequência ponderada em T2 com supressão de gordura

Referências:

1. Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000. *Lancet Oncol* 2001; 2: 533-43;
2. McGlynn KA, London WT. Epidemiology and natural history of hepatocellular carcinoma. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2005; 19: 3-23;
3. Pisani P, Parkin DM, Munoz M, Ferlay J. Cancer and infection: estimates of attributable fraction in 1990. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997; 6: 387-400;
4. Bruix J, Sherman M, Practice Guidelines Committee, American Association for

the Study of Liver Diseases. Management of hepatocellular carcinoma. *Hepatology* 2005 Nov;42(5):1208-36.

Instantâneo Endoscópico

Cirurgia Electiva Precoce na Úlcera Péptica Sangrante

Nuno Almeida, José Manuel Romãozinho, Manuela Ferreira, Pedro Amaro, Maximino C. Leitão

Serviço de Gastreenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Doente do sexo masculino, 51 anos, com antecedentes de cirrose hepática de etiologia etílica (classe B de Child-Pugh), submetido recentemente à colocação de TIPS para resolução de ascite refractária, que foi referenciado ao serviço de urgência do nosso hospital por apresentar hematemese abundantes com 12 horas de evolução, com rebate hemodinâmico e necessidade de suporte transfusional.

Após estabilização, foi realizada EDA que revelou a presença de 2 úlceras de grandes dimensões a nível bulbar. Uma delas, na transição da vertente superior para a face posterior, apresentava um volumoso coágulo aderente (figura 1), pelo que o doente foi admitido na UCIGE. Às

24 h de internamento foi repetida a avaliação endoscópica que permitiu constatar a presença de volumoso vaso visível (figura 2). Foi tentada hemostase, com injeção local de 8 cc de adrenalina diluída a 1/10000 seguida da aplicação de um hemoclip, o que desencadeou profusa hemorragia em jacto, a qual foi jugulada com a aplicação de mais 6 cc de

adrenalina diluída.

Às 72 horas, não se verificando recidiva, procedeu-se a nova EDA, a qual permitiu constatar a persistência de volumoso vaso pulsátil no fundo da úlcera (figura 3). Pese embora a existência de um risco operatório não despendendo (derivado da patologia associada apresentada pelo doente), mas tendo em conta, por

outro lado, a elevada probabilidade de recidiva hemorrágica bem como a previsível falência de uma nova tentativa de hemostase endoscópica, optou-se pela realização de cirurgia electiva precoce (laqueação do vaso visível com vagotomia troncular e piloroplastia), a qual foi coroada de sucesso, decorrendo sem intercorrências.



Figura 1 – EDA inicial: úlcera com coágulo aderente



Figura 2 – EDA às 24 horas: volumoso vaso visível sobre o qual foi efectuada hemostase



Figura 3 – EDA às 72 horas: persistência de volumoso vaso visível, pulsátil

Simpósio “Cuidados Intensivos em Gastrenterologia: a propósito dos 15 anos da UCIGE nos HUC”

Teve lugar em Coimbra, nos passados dias 9 e 10 de Março, o Simpósio “Cuidados Intensivos em Gastrenterologia – a propósito dos 15 anos da Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (UCIGE)”, presidido pelo Prof. Doutor J. M. Romãozinho. O 15º aniversário desta Unidade, cumprido precisamente no dia 10 de Março, constituiu a oportunidade para proceder a um balanço da actividade assistencial desenvolvida desde a sua constituição, em 1992, e simultaneamente proceder a uma revisão do estado da arte sobre as principais entidades nosológicas que constituem a razão de ser da sua existência. O extenso programa científico contou com a colaboração de destacados representantes de unidades congéneres, nomeadamente da UCIGE do Hospital de Santa Maria - Lisboa (reunindo assim as duas únicas unidades nacionais), da Unidade de Cuidados Intensivos de Cuidados Digestivos do Hospital Clínic de Barcelona - Espanha e do Serviço de Hepatologia, Hôpital Beaujon, Clichy, França. Na primeira sessão foram destacados os as-

pectos organizacionais, de estrutura e função de cada uma destas unidades, recordando-se os motivos da sua formação e os percursos de afirmação até ao momento, procurando como corolário perspectivar os caminhos futuros e o papel a ocupar no contexto dos respectivos hospitais e sistemas de saúde. Nas sessões subsequentes foram abordadas seis entidades nosológicas, seguindo uma estrutura comum em que cada sessão se iniciou por uma revisão da casuística da UCIGE, apresentada por um dos internos do Internato Complementar de Gastrenterologia dos HUC, seguida de um número variável de palestras proferidas por um conjunto de conceituados participantes, na sua maioria gastrenterologistas nacionais, mas contando ainda com a contribuição de gastrenterologistas de Espanha e França, e de destacados representantes nacionais de Cirurgia, Medicina Intensiva, Doenças Infecciosas e de Enfermagem. No encerramento do programa científico, um painel de conclusões constituiu por cada um dos moderadores sumariou o conteúdo das respectivas sessões, destacando os aspectos mais salientes bem como

as áreas de incerteza que persistem.

A primeira entidade abordada foi a hemorragia digestiva de causa varicosa. O tratamento do episódio agudo foi tema do Dr. Albano Rosa, tendo as áreas de incerteza terapêutica nesta matéria sido abordados pelo Dr. Garcia-Pagán. O tratamento cirúrgico foi objecto de revisão pelo Prof. Guilherme Tralhão.

A hemorragia aguda de causa não varicosa foi o tema seguinte, tendo a Dr. Ana Valente se debruçado sobre a úlcera péptica sangrante, nomeadamente sobre quem admitir na UCI e como orientar o seu tratamento. A lesão de Dieulafoy foi objecto de um estado da arte pelo Prof. J. M. Pontes, enquanto o Dr. J. Ramos Deus abordou a hemorragia digestiva média/baixa.

Na sessão seguinte, o tema foi a colite ulcerosa severa e o megacólon tóxico. Quem admitir na UCI e quando o fazer, o tratamento actual e as perspectivas futuras, foram abordados pela Dra. Lurdes Tavares e pelo Dr. Fernando Magro, respectivamente. A terapêutica cirúrgica, na perspectiva do tratamento da complicação e simultaneamente eliminação da doença, foi tratada pelo Prof. Júlio Leite.

A pancreatite aguda foi o tema seguinte e, uma vez mais, começou-se por definir os critérios e o momento da admissão que foram detalhados pelo Dr. Nuno Almeida. O Dr. Rui Palma abordou o tratamento médico actual e as opções futuras, enquanto que o Dr. António Marques especificou o papel terapêutico da endoscopia, nomeadamente quando actuar, o que fazer e o que esperar desta abordagem. De igual modo, o Prof. Carlos Costa Almeida procurou responder a questões semelhantes na perspectiva do tratamento cirúrgico.

A falência hepática fulminante mereceu a atenção do Dr. Jacques Bernuau, na perspectiva da sua prevenção, quer no indivíduo sem doença hepática prévia, quer no doente com manifestações iniciais de doença hepática severa. O diagnóstico, etiologia e prognóstico constituíram objecto da palestra da



Prof. Estela Monteiro, enquanto que o tratamento médico de suporte foi desenvolvido pela Prof. Helena Pessegueiro. A concluir esta sessão, o Dr. Batista Geraldês expôs as indicações, contra-indicações e resultados do transplante hepático.

A última sessão temática debruçou-se sobre a infecção nosocomial. A perspectiva da Enfermagem ficou expressa na palestra da Enfª Maria José Abrantes, enquanto que as perspectivas do Intensivista e do Infeccionista foram explanadas pelo Prof. Jorge Pimentel e Prof. Saraiva da Cunha.

Por último, é importante destacar que a comemoração deste aniversário, da qual o Simpósio foi a face mais visível, constituiu a



oportunidade de reunir todos os médicos, de várias especialidades (com destaque para a Gastroenterologia) e das mais diversas proveniências nacionais, que ao longo destes anos fizeram formação na UCIGE e que foram ob-

jecto de um convite personalizado, incluindo uma confraternização denominada "Jantar de Formandos da UCIGE" que teve lugar na véspera do início dos trabalhos científicos.

Pedro Amaro

Cromoscopia e endoscopia de ampliação



Sob organização da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (José Soares e Mário Dinis Ribeiro), decorreu a 21 de Abril no Porto, a reunião de Consenso "Cromoscopia e endoscopia de ampliação".

Esta reunião teve como objectivo a apresentação e revisão crítica dos resultados dos estudos de avaliação da aplicação de corantes (e ampliação) em endoscopia digestiva.

Assim, após apresentação dos aspectos gerais do uso de corantes em endoscopia (tipo de corantes, procedimento e segurança) (Mário Dinis Ribeiro, IPO Porto) e dos aspectos a considerar na avaliação da qualidade de estudos de avaliação de testes diagnósticos e formulação de recomendações (Dr. Luís Filipe Azevedo, serviço de Bioestatística e Informática Médica da Faculdade de Medicina do

Porto), num âmbito vivo, foram apresentados por endoscopistas dedicados a esta área e para os diferentes segmentos do tubo digestivo – Dr. Nuno Mesquita do Instituto Português de Oncologia do Porto (esófago), Dr. Pedro Amaro dos Hospitais da Universidade de Coimbra (estômago) e Dr. Susana Mão de Ferro (cólon). A discussão foi activa e dinamizada pela organização e pelos Dr. Dias Pereira e Paulo Fidalgo, do IPO de Lisboa bem como por um painel de cerca de 15 gastroenterologistas de vários hospitais portugueses – Amadora, Braga, Caldas da Rainha, Coimbra, Guimarães, Lisboa (Hospital de Santa Maria), Porto (Hospital de Santo António), Setúbal e Vila Nova de Gaia.

O grupo assim constituído redigirá o texto que possibilitará a futura formulação de recomendações da SPED.

Train the Trainers

De 16 a 19 de Abril, realizou-se em Vila do Conde o 7º Curso de Formação dos Formadores (Train the Trainers - TTT), organizado pela Organização Mundial de Gastrenterologia (WGO) em colaboração com a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). Através da realização destes Cursos, a WGO pretende fomentar e aperfeiçoar a Educação em Gastrenterologia, objectivo só possível de atingir de forma tão brilhante, graças ao entusiasmo e envolvimento de todos os membros do Corpo Docente (Gastrenterologistas e Cirurgiões).

Fizeram parte do Corpo Docente os Drs. Simon Bar-Meir (Israel), Damon Bizos (África do Sul), Christian Glud (Dinamarca), Hein Gooszen e Onno Terpstra (Holanda), Guilherme Macedo e António Alberto Santos (Portugal), Eamon Quigley (Irlanda), Robin Teague (Reino Unido) e James Toouli (Austrália).

Além de 20 Gastrenterologistas portugueses,

participaram no Curso 23 Gastrenterologistas ou Cirurgiões de 18 países (Índia, Paquistão, Uruguai, Chile, Quênia, Iraque, Irão, Itália, Estados Unidos da América, Espanha, Emiratos Árabes Unidos, Bulgária, Colômbia, Líbano, Maurícias, Peru, Roménia, Suíça e Síria).

O formato do curso consiste em vários módulos compostos por partes teóricas, complementadas por exercícios práticos, em que é dinamizada a criação de espírito de grupo, fundamental na prática clínica. Este espírito de grupo é igualmente estimulado no “programa social”, sendo de realçar o torneio de pólo aquático no primeiro dia, organizado entusiasticamente pelo Prof. Guilherme Macedo, e uma noite de convívio, na qual os elementos oriundos dos mais diversos pontos do globo apresentaram temas relacionados com os países de origem.

No primeiro dia foram apresentados os seguintes módulos: 1 - Educação de Adultos; 2 - Relações interpessoais; 3 - Discussões em grupo e 4 - Capacidades psicomotoras. Todos estes módulos enfatizam a importância do envolvimento dos alunos nos objectivos do ensino, de forma a estimular a sua capacidade creativa e crítica, conforme citação de Benjamin Franklin, apresentada pelo Dr. Robin Teague: “Tell me and I forget, show me and I remember, involve me and I learn”. De salientar, nestes primeiros módulos, a crítica positiva, seguindo as regras de

Pendleton, as quais foram postas em prática em todos os módulos posteriores.

Uma vez que o ensino e desenvolvimento de capacidades psicomotoras é fundamental para o ensino nas

áreas da Cirurgia e Endoscopia Digestiva, o módulo 4 foi dedicado a este tema, brilhantemente apresentado pelo Dr. Damon Bizos.

No segundo dia foram apresentados os seguintes módulos: 1 - Como criticar um ensaio clínico; 2 - Medicina baseada na evidência; 3 - Critérios de avaliação; 4 - Treino em Gastrenterologia; 5 - Pesquisa da literatura. No terceiro dia, os módulos apresentados foram dedicados à forma correcta de escrever um artigo, à apresentação de um trabalho num Congresso e ao desenho de ensaios clínicos.

Apesar do seu carácter intensivo (das 8 às 17 horas), foi notável observar que todos os elementos participaram entusiasticamente durante todo o Curso. No último dia, e após avaliação dos resultados obtidos, a maioria dos participantes referiu que a forma de ensino que tinham praticado até ao momento iria sofrer modificações substanciais como resultado da sua participação no TTT.

*António Alberto Santos
Assistente Hospitalar Graduado
IPOFG Lisboa*



Regras de Pendleton

Perguntar à pessoa que apresenta: *O que correu bem na sua apresentação?*

Perguntar à audiência: *O que correu bem na apresentação?*

Perguntar à pessoa que apresenta: *O que melhoraria da próxima vez?*

Perguntar à audiência: *Sugestões para melhoria*

Resumo da apresentação e das sugestões.

4º Curso Nacional de Endoscopia Digestiva

5ª Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva

 Núcleo Norte da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva organizou o 4º Curso Nacional de Endoscopia Digestiva, que decorreu em simultâneo com as 5ª Jornadas Luso-Galaicas de Endoscopia Digestiva. O Dr. Venâncio Mendes foi o Presidente da Comis-

são Organizadora deste curso, que decorreu no Porto, de 23 a 25 de Abril de 2007.

Ao contrário dos cursos anteriores, a comissão organizadora optou por não realizar sessões ao vivo, tendo estas sido substituídas por conferências com vídeos de demonstração, instrumento muito didáctico e eficaz para ensino de técnicas difíceis ou que se efectuam apenas em centros de referência.

O programa científico incluiu ainda conferências:

- Novas técnicas de diagnóstico em Endoscopia Digestiva (Jacques Devière);
- Formação em Endoscopia Digestiva (James Toouli);
- Desinfecção em Endoscopia Digestiva (Vicente Domínguez Hernández);
- Endoscopia Digestiva e Erro Médico (Leopoldo Matos).

Assistimos a 2 mesas-redondas:

- Condições Pré-Malignas do Tubo Digestivo “Diagnóstico e Vigilância”
 - Esófago (Dias Pereira);
 - Estômago (Mário Ribeiro);
 - Intestino (José Soares);
- Informação e Conhecimento

- Terminologia e Base de Dados (Ramiro Macenlle Garcia);
- Processamento Digital da Imagem (João Paulo Cunha);
- Avaliação Baseada na Evidência (Christian Gluud).

No 3º dia do Curso foram apresentados Instantâneos Endoscópicos e Vídeos, com apresentação de casos raros e demonstração de várias técnicas, como o “Narrow Band Imaging”, a Naso-Endoscopia, e a resolução de complicações em endoscopia.

Na cerimónia de abertura foram ainda entregues duas Bolsas:

- Bolsa de Investigação da SPED - Projecto: “Narrow band imaging (NBI) no diagnóstico de displasia em doentes com doença inflamatória do intestino”. Pedro Nuno Valente Reis Pereira, Serviço de Gastrenterologia, Hospital de São Marcos – Braga;
- Bolsa de Estágio na área da Endoscopia Digestiva - Projecto: “Treino em Mucosectomia, no Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Leeds, em Inglaterra”. Rita Gomes de Sousa, Serviço de Gastrentero-



A Bolsa de Investigação da SPED foi atribuída a Pedro Nuno Valente Reis Pereira, do Serviço de Gastrenterologia, Hospital de São Marcos – Braga, que apresentou o projecto “Narrow band imaging (NBI) no diagnóstico de displasia em doentes com doença inflamatória do intestino”

Eleição do Prof. Jacques Devière como sócio honorário da SPED

No decurso da Assembleia-geral Extraordinária da SPED que foi convocada para este curso, o Prof. Jacques Devière foi eleito por unanimidade e aclamação sócio honorário da SPED. A apresentação do Prof. Devière esteve a cargo do Dr. Armando Ribeiro, seu amigo de longa data.

O Prof. Jacques Devière fez a sua formação em gastrenterologia, hepatologia e endoscopia digestiva no Hospital Erasme, em Bruxelas, sob a orientação do Prof. Michel Cremer. Há alguns anos, após o Prof. Cremer se ter reformado, o Prof. Devière assumiu as funções de

director de um dos Serviços mais prestigiados do mundo, conhecido pela sua investigação de ponta, particularmente no campo do diagnóstico e terapêutica de lesões pancreáticas – diagnóstico diferencial de lesões nodulares, quísticas, definição de actuação, terapêutica da pancreatite crónica, etc..

Outro aspecto importante deste Serviço é a sua vertente no ensino pós-graduado, do qual têm beneficiado muitos especialistas, quer através de estágios no Serviço, quer frequentando os Cursos de Endoterapia organizados pela equipa do Hospital Erasme.



A Bolsa de Estágio na área da Endoscopia Digestiva foi atribuída a Rita Gomes de Sousa, do Serviço de Gastrenterologia, IPOF Gentil - Lisboa, que apresentou o projecto "Treino em Mucosectomia, no Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Leeds, em Inglaterra"



logia, IPOF Gentil – Lisboa.

Este Curso, que reuniu gastrenterologistas nacionais e estrangeiros, particularmente da Galiza, foi muito participado, demonstrando mais uma vez a colaboração científica que se tem desenvolvido nas Jornadas Luso-Galaicas.

*M. Isabelle Cremers
Chefe de Serviço de Gastrenterologia
Hospital de São Bernardo*

Este ano festeja-se o 25º aniversário destes Cursos, cuja assistência passou de cerca de 200 a 300 participantes nos primeiros anos para cerca de 800 em 2006. Por outro lado, especialistas do Serviço deslocam-se a vários locais em todo o mundo, para participar em cursos, congressos e outros eventos científicos.

O Prof. Jacques Devière, director do Departamento de Gastrenterologia e Hepato-Pancreatologia do Hospital Erasme de Bruxelas, tem participado activamente na evolução do seu Departamento, liderando muitas das suas inovações. Em particular, deslocou-se

cerca de 50 vezes ao nosso País para transmitir a sua experiência e recebeu no seu Serviço muitos colegas portugueses para estágios de duração variada, estreitando os laços entre as nossas comunidades científicas.

Um projecto actualmente em estudo poderá vir a contribuir para uma colaboração mais proveitosa. Trata-se de uma proposta de discussão de casos por videoconferência, recentemente proposto pelo colaborador do Prof. Jacques Devière, o Prof. Olivier LeMoine.

*M. Isabelle Cremers
Chefe de Serviço de Gastrenterologia
Hospital de São Bernardo*

ENDOnews recomenda

Controvérsias em Gastrenterologia

Sociedade Portuguesa de Coloproctologia

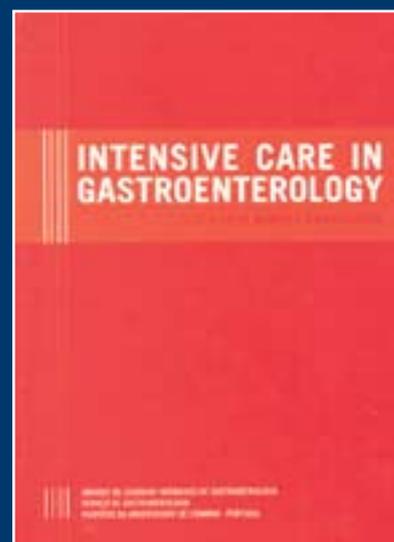


Livro editado pela Sociedade Portuguesa de Coloproctologia, aborda temas de interesse e actualidade no âmbito da coloproctologia, procurando, especificamente, fazer a ponte entre a sua vertente médica e a cirúrgica, mantendo, de acordo com o Presidente da SPC – António Carlos Saraiva, “uma estrutura coesa e assim contribuindo para a formação de gastrenterologistas, cirurgiões e respectivos internos”.

A publicação tem o apoio de Dr. Falk Pharma Portugal.

Intensive Care in Gastroenterology

Editor: José Manuel Romãozinho



Esta colecção de artigos constituiu o syllabus do Simpósium comemorativo do 15º aniversário da Unidade de Cuidados Intensivos de Gastrenterologia do Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Constitui, não só um repositório da experiência acumulada nesta Unidade mas também uma actualização de referência sobre temas de intensivismo gastrenterológico.

A edição teve o apoio do laboratório Nycomed – Altana Pharma.

Curso de Doença Inflamatória Intestinal para Internos

Grupo de Estudos de Doença Inflamatória do Intestino (GEDII), sob a orientação do Prof. Fernando Magro e do Dr. Francisco Portela, organizou um Curso de Doença Inflamatória Intestinal, destinado aos Internos do Internato Complementar de Gastroenterologia. Este Curso teve lugar de 13 a 15 de Abril de 2007, no Pinhão, contando com a presença de 25 Internos e com o patrocínio dos Laboratórios Vitória.

O curso, o primeiro deste tipo a efectuar-se no nosso país, foi precedido de um teste com respostas múltiplas, que foi repetido no



final dos trabalhos.

O programa incluiu aspectos relacionados com:

- Diagnóstico e diagnóstico diferencial da DII;
- Papel da radiologia na DII;
- Endoscopia na DII;
- Terapêutica médica da colite ulcerosa:
 - Com actividade ligeira;
 - Com actividade moderada/grave;
 - Corticodependente/corticoresistente;
- Cirurgia na colite ulcerosa;
- Terapêutica da doença de Crohn:
 - Com actividade ligeira;
 - Com actividade moderada/grave;
 - Corticodependente/corticoresistente;
 - Penetrante;



- Cirurgia na doença de Crohn;
 - Cirurgia na doença de Crohn penetrante anal;
 - Terapêutica nutricional na DII
 - da investigação básica à clínica;
 - Apresentação de casos clínicos pelos internos.
- A avaliação do curso, efectuada através do teste, mostrou uma melhoria dos conhecimentos, quantificada num aumento da classificação obtida no segundo teste. Por outro lado, quando inquiridos sobre a organização e temas apresentados, a maioria dos internos considerou que a frequência deste curso tinha sido útil para a sua prática clínica. No final do curso, o Dr. Nuno Almeida, interno dos HUC, congratulou a organização pela pertinência dos temas e qualidade do curso, traduzindo de uma forma consensual a opinião dos seus colegas.

O ambiente descontraído e a beleza do local onde se realizou este evento contribuíram para que todos os participantes tenham apreciado um fim-de-semana diferente, proveitoso quer no aspecto científico, quer na componente de convívio.

*M. Isabelle Cremers
Chefe de Serviço
de Gastroenterologia
Hospital de
São Bernardo – Setúbal*



Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva



www.sped.pt

Agenda

2007

- 6 a 9 de Junho**
XXVII Congresso Nacional de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
Local: Tivoli Marinotel, Vilamoura
- 17 a 20 de Outubro**
Conferência WONCA Europa 2007
Local: Paris – Palais de Congrès
- 18 a 20 de Junho**
Gastroenterology and Endotherapy European Workshop
Local: Brussels Exhibition Centre
- 18 e 19 de Outubro**
II Congresso de Família, Saúde e Doença
Local: Universidade do Minho
- 21 e 22 de Junho**
1º Congresso Nacional do Idoso
Local: Brussels Exhibition Centre
- 21 e 22 de Junho**
VIII Encontro do Serviço de Psicologia Clínica do Hospital Pulido Valente
Local: Auditório do HPV – Lisboa
- 25 a 27 de Junho**
Congresso internacional Amor, Sexo e Crime
Local: Universidade do Minho
- 24 a 27 de Julho**
18ª Conferência Mundial da WONCA
Local: Singapura - Centro de
- Congressos Internacionais
Suntec Singapore
- 27 a 31 de Outubro de 2007**
15th European Gastroenterology Week
Local: Le Palais des Congrès de Paris
- 2 e 6 de Novembro**
58ª Reunião da American Association for the Study of Liver Diseases
Local: Boston
- 29 de Novembro de 2007**
XVII Congresso Nacional de Coloproctologia
- 17 de Dezembro de 2007**
Amsterdam Live Endoscopy 2007