

ENDO news

Nº5 • Abril-Junho 2003

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Director: C. Nobre Leirão • Preço: 1,00€ (IVA incluído)

Massano Cardoso
"AINE - O reverso
da medalha"



AINE e
dispepsia funcional

Quanto custa
fazer o rastreio
do cancro do
intestino?



Marie Anne Ortner

“Eu venci o cancro”

O cancro colo-rectal na web



www.nci.nih.gov/cancerinfo/types/colon-and-rectal

Páginas do site do National Cancer Institute (EUA) referentes ao cancro colo-rectal, incluindo informações acerca de diferentes modalidades de tratamento, ensaios clínicos e literatura publicada.



www.hereditarycc.org

O site da associação dedicada ao cancro colo-rectal hereditário.



www.nccra.org

A National Colorectal Cancer Research Alliance é uma organização fundada pela NBC Today, com o suporte de Katie Couric e a Entertainment Industry Foundation.



www.colorectal-cancer.net

Colorectal Cancer Network pretende ser um site de apoio às pessoas com cancro colo-rectal e suas famílias.



www.msnbc.com/news/todaycoloncancer_front.asp?cp1=1

Páginas do site da cadeia de televisão MSNBC dedicadas à problemática do cancro colo-rectal. Inclui vídeo de colonoscopia realizada por Katie Couric.

DRGE na web



www.aboutgerd.org/CAARD.html

A Coalition Against Acid Reflux Disease é uma organização supra-institucional Americana com objectivos educacionais dirigidos aos profissionais de saúde e aos doentes com DRGE. Entre os seus membros contam-se, entre outros, o American College of Gastroenterology, a American Society for Gastrointestinal Endoscopy e a American Academy of Physicians Assistants.



www.clevelandclinicmeded.com/gerdcases/intro.htm

Casos clínicos da Cleveland Clinic Foundation Center for Continuing Education, dirigidos pelo Prof. J E Richter, director do Departamento de Gastrenterologia daquela instituição.



www.mayoclinic.com

Site da conhecida clínica americana com textos sobre diferentes vertentes da DRGE, dirigidas aos doentes e à população em geral.



www.emedicine.com/med/topic857.htm

Secção sobre DRGE da autoria de M. Patti, da University of Califórnia, com informações gerais sobre a doença.



www.helpheartburn.com

Fonte educacional acerca da DRGE com o apoio de numerosas personalidades americanas de reconhecido mérito científico.

Sumário

Editorial	5
Leopoldo Matos	
O que ELES dizem	7
Outras fotos	7
ENDOcartoon	9
2º Curso de Endoscopia Digestiva	
Novas armas que salvam vidas	11
AINE e dispepsia funcional	13
Entrevista a Massano Cardoso	
AINE: o reverso da medalha	14
Quanto custa fazer o rastreio do cancro do intestino	17
Rastreio do cancro do cólon e recto:	
Um acto médico em Portugal?	18
Parceria SPED / MSD	
Prevenção das complicações gastroenterológicas dos AINE	19
ARS Algarve	
Rastreio do cancro do cólon regista boa adesão	20
Complicações da DRGE	
Esófago de Barrett e adenocarcinoma do esófago	22
Casos reais	
Pólipo malignizado da sigmóide	24
Concurso de Fotografia Endoscópica 2003	
Primeiro prémio para H. S. Teotónio - Viseu	26
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	
Serão os testes todos iguais?	28
Casos endoscópicos	30
ENDOcruzadas	30
Agenda	31

Ficha Técnica

ENDOnews

Publicação periódica trimestral de informação geral e médica • Nº5 • Abril-Junho 2003

Director

Prof. Dr. Carlos Nobre Leitão

Coordenação Editorial

Dr. J. E. Pina Cabral

Colaboradores

Dr. António Dias Pereira; Prof.ª Dr.ª Isabel Braizinha; Dr. José Manuel Soares; Dr. Leopoldo Matos; Prof.ª Dr.ª Luciana Couto; Dr. Rui Cernadas; Dr. Rui Nogueira

Depósito Legal

179043/02

Registo ICS

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

Produção e Imagem

VFBM Comunicação, Lda.

Propriedade e Redacção

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

Pré-impressão e Impressão

Heska Portuguesa - Indústrias Tipográficas, SA
Sintra

Tiragem

13.500 exemplares

Editorial

VAMOS RENOVAR OS CORPOS SOCIAIS DA SPED - Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva.

A renovação pretende encontrar mais vontade e entusiasmo, para prosseguir e acenar o caminho traçado para a SPED nos últimos anos. Não é necessário qualquer rotura, pois estamos conscientes que o trajecto da SPED tem contribuído para o reforço científico da gastroenterologia, para o prestígio dos gastroenterologistas e tem-lhes dado maior e melhor visibilidade junto dos nossos colegas e também da sociedade portuguesa.

A SPED tem promovido a organização de reuniões específicas, que irão continuar, uma vez que têm recolhido grande aceitação pelos sócios, traduzida pela sua presença e participação activa nos últimos cursos de Endoscopia Digestiva. As comissões organizadoras destes Cursos, como elementos executivos da SPED, são credoras de reconhecimento público, pelo esforço desenvolvido e pela excelente qualidade científica dos eventos que levaram a cabo. As bolsas de estágio e de investigação vão sendo mais procuradas pelos sócios e constituem um contributo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico dos gastroenterologistas.

Mantemos e pretendemos intensificar a parceria com a Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, para que, de forma sinérgica e paritária, possamos amplificar esforços para atingir os objectivos comuns a ambas as sociedades científicas. Na nossa perspectiva, é também necessária uma mais profícua colaboração com o Colégio da Especialidade de Gastroenterologia.

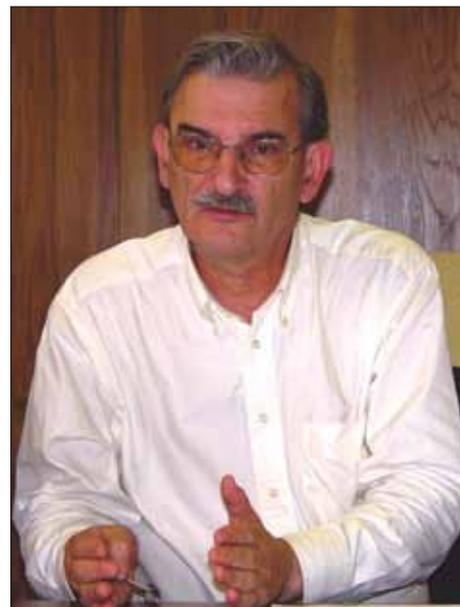
Da mesma forma mantemos toda a disponibilidade para a criação de uma maior convergência e definição de tarefas comuns com o

Núcleo de Gastroenterologia dos Hospitais Distritais, com a Clínica Geral e com a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Endoscopia Digestiva.

As boas relações conseguidas com a Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva vão ser objecto de um maior e melhor aprofundamento, quer nos aspectos organizacionais, quer no intercâmbio científico.

As portas para este percurso estão abertas e para delinear o caminho basta-nos continuar a caminhar. Com todos teremos a postura que a SPED tem cultivado nos últimos anos e que essencialmente se caracteriza pela consideração da igualdade, no respeito das diferenças.

Temos ainda procurado trazer para a opinião pública a posição da gastroenterologia, perante problemas concretos de saúde pública, para os quais entendemos necessário o nosso esclarecimento e a nossa palavra. A forma mais visível desta postura traduziu-se na campanha de prevenção do cancro do cólon e recto, que em boa hora foi lançada. O desenvolvimento desta campanha tem representado para a SPED um enorme esforço, quer em termos humanos, quer em termos financeiros e fazemos hoje um balanço positivo da campanha. Conhecemos as dificuldades que nos têm sido colocadas, mas mesmo assim, sentimos-nos acompanhados por médicos e pela população e vamos conseguindo o que é notório para todos: uma procura cada vez maior de esclarecimento sobre o rastreio e a introdução no terreno de diferentes experiências, que traduzem o objectivo principal da campanha, que apenas pretende estimular a prática de atitudes preventivas. Recentemente foi anunciado pelas autoridades um novo plano de saúde que contemplaria a prevenção de algumas neoplasias malignas. Para quem até



C. Nobre Leitão

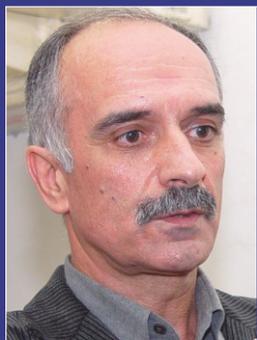
tão recentemente defendia intransigentemente o Plano Oncológico Nacional 2001-2005 como verdade imutável é uma evolução interessante.

A experiência recente parece aprovar esta abertura da SPED à opinião pública e este é também um caminho que deve ser amplificado. O alheamento ou o bloqueio de alguns à nossa acção, não deve ser motivo de preocupação. A questão que causa alguma perplexidade não é esta, mas sim a sua inversa. A este tema voltaremos com mais espaço e noutra oportunidade.

O aprofundamento e a intensificação destas linhas de trabalho são os objectivos gerais dos novos Corpos Sociais, sempre com uma visão institucional, que quer ser aglutinante, sem minimizar a criatividade e o dinamismo de todos os seus sócios.

Procuraremos manter com todos um bom relacionamento, com base no respeito pelas instituições e que promova a formulação de estratégias consensuais, que visem contribuir para uma melhor formação científica da Gastroenterologia e assim daremos o nosso contributo para a melhoria da prestação de cuidados de saúde, objectivo último da nossa profissão.

O que ELES dizem



Janita Salomé
Cantor

É de facto o “médico assistente” quem deve chamar a atenção do indivíduo saudável, com mais de 50 anos, ou aos que, mesmo mais novos, pertencem a grupos de risco, para a necessidade de fazerem o rastreio.

Relativamente ao cancro do cólon, a minha idade coloca-me no grupo de risco. É por isso que de há alguns anos a esta parte adoptei uma atitude preventiva: realizo todos os exames pertinentes, faço exercício físico e tenho uma alimentação saudável.



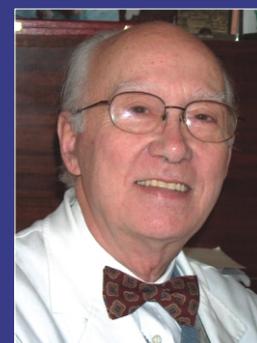
Leopoldo Matos
Gastrenterologista do do Hospital de Egas Moniz



C. Nobre Leitão
Vice-Presidente da SPED
Director do Serviço de
Gastrenterologia do
IPO - Lisboa

Sabemos que a população está muito mais alertada para a necessidade do rastreio do cancro do cólon e recto e também que o número de pessoas que o têm efectuado, embora em pequeno número, aumentou bastante nos últimos meses.

Os sucessivos Ministérios da Saúde ainda não conseguiram voltar-se para a prevenção, dando prioridade absoluta à doença e à emergência, realidades que podem ser evitáveis com actividades preventivas.



Fernando Pádua
Cardiologista

Outras fotos



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

ENDOnews
Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier
1500-369 Lisboa
E-mail: endonews@netcabo.pt

Participe!

Nuvens Urbanas, por Carlos César, de Coimbra

ENDOcartoon



Chirac e o cancro do cólon, por Eduardo Esteves

Incluindo a prevenção do cancro colo-rectal Chirac apresenta plano global de luta contra o cancro

O PRESIDENTE JACQUES CHIRAC APRESENTOU, recentemente em Paris, um novo plano do governo francês de combate ao cancro. Como foi referido, cada ano morrem 150.000 franceses de cancro e surgem 300.000 novos casos. O plano contém um conjunto de 70 medidas que o estado pretende implementar nos próximos 5 anos e representa um investimento de meio milhão de euros.

Segundo o Presidente, “a prevenção e o diagnóstico são, actualmente, as armas mais eficazes contra os cancros mais evidentes. Falo do cancro do pulmão, da mama, do cólon e da próstata, bem como do melanoma». O plano propõe também alargar o acesso aos testes de predisposição genética dos cancros da mama e do cólon, nomeadamente. Quanto ao programa contra o cancro do cólon, agora

embrionário, ele deverá receber “um implementação decisivo”, declarou o Presidente. Segundo o ministro da saúde, Jean-François Mattei, este plano tem por objectivo reduzir a mortalidade por cancro em cerca de 20%, nos próximos 5 anos. Jacques Chirac anunciou também que irá propor aos parceiros da União Europeia a criação duma Agência Europeia do Cancro.

2º curso de Endoscopia Digestiva

Novas armas que salvam vidas

No 2º curso de Endoscopia Digestiva, em directo e ao vivo do interior do Serviço de Gastreenterologia para o auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra, os especialistas apresentaram as novas técnicas e os equipamentos mais recentes na área da endoscopia digestiva. A inovação ganha cada vez mais espaço no diagnóstico e tratamento das doenças do aparelho digestivo.

O 2º CURSO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA, realizado recentemente pela SPED no Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra, teve o objectivo de informar sobre as novas técnicas da endoscopia digestiva. Estas foram apresentadas com demonstrações ao vivo, através de videoconferência, do serviço de Gastreenterologia dos HUC para o auditório,

onde os médicos presentes na reunião tiveram oportunidade de observar e interpelar directamente os colegas que se encontravam no interior do hospital.

Espaço à inovação

A Endoscopia Digestiva é um método essencial para o diagnóstico das doenças do

aparelho digestivo e dos tumores malignos. Permite o exame detalhado da mucosa, localizando eventuais pólipos e inclusivamente, possibilita a sua eliminação sem recorrer à cirurgia.

A inovação da endoscopia digestiva tem vindo a ganhar cada vez mais espaço no diagnóstico e tratamento das doenças do aparelho digestivo. «Neste momento, em regime de ambulatório ou mediante internamento inferior a 24 horas, os doentes podem realizar endoscopias digestivas com o mínimo desconforto», referiu Hermano Gouveira, presidente da SPED.

Nomeadamente, a endoscopia ultra-fina (endoscópios de 5 mm de diâmetro) mostra a sua capacidade de diagnóstico com menos incómodo para o paciente. A telePHmetria, um pequeno eléctrodo colocado no esófago junto ao estômago, permite analisar a “acidez” e



Prof. Diniz de Freitas



Prof. Paul Fockens



Prof. Alberto Santos



Dr. Armando Ribeiro



Dra. Paula Alexandrino

Marie Anne Ortner: Eu venci o cancro

assim, avaliar a “azia” e outros sintomas, sem necessidade de recorrer a qualquer outra ligação física ao corpo do doente. Concede, por isso, uma liberdade total ao paciente, que pode realizar a sua vida normal durante o exame, com uma duração total de 24 horas.

Por outro lado, a ecoendoscopia por mini-sonda facilita a visão das lesões da mucosa digestiva e de todas as outras camadas do tubo digestivo, permitindo, por exemplo, conhecer o grau de invasão de uma lesão tumoral.

Técnicas em três dimensões

As últimas evoluções técnicas da cápsula endoscópica, que permite visualizar o intestino delgado, foi outro dos temas apresentados. Introduzida pelo Serviço de Gastrenterologia dos HUC, esta técnica já está a ser utilizada em Portugal desde há ano e meio.

No domínio do diagnóstico foram apresentados os endoscópios de alta resolução, capazes de ampliar cerca de 100 vezes a mucosa digestiva e, desse modo, ter uma visão quase microscópica do esófago, do estômago e do intestino.

No decurso do 2º curso de Endoscopia Digestiva foi ainda divulgado, pela primeira vez, num curso em que participaram especialistas portugueses e estrangeiros e em execução ao vivo, o colonoscópio com orientação em 3D, que permite, para além da visão do intestino, uma localização perfeita da zona a observar. O Doppler permite “ver” e ouvir os vasos que estão subjacentes às lesões sangrantes do tubo digestivo assim como uma terapêutica endoscópica guiada dessas lesões hemorrágicas, com importantes ganhos de eficácia.

Tratamento sem cirurgia

As estenoses benignas e malignas do tubo digestivo foram também abordadas em directo. A colocação de próteses permitem repermiabilizar o tracto digestivo, facilitando ao doente uma alimentação aceitável ou refazendo o seu débito intestinal.

Marie Anne Ortner, da Faculdade de Medicina de Lausane foi uma das especialistas que participaram no 2º Curso de Endoscopia Digestiva, realizado este ano no Auditório dos Hospitais Universitários de Coimbra. Através de videoconferência, do interior do hospital para os assistentes no auditório, a médica pôs em prática algumas das técnicas mais inovadoras nesta área. Uma experiência que Marie Anne considera extremamente interessante, na medida em que o curso combinou «um excelente nível em termos de conferências e a apresentação de novas técnicas em directo».

Paralelamente à evolução da técnica nas intervenções com laser fotodinâmico, que permite uma sobrevivência cada vez maior dos doentes, Anne Marie salienta a necessidade de prevenção, nomeadamente em termos do cancro do cólon, um dos mais prevalentes no nosso país. «O tratamento do cancro do cólon tem uma elevada taxa de êxito se for detectado precocemente.



Eu própria sou um exemplo disso. Tive cancro de cólon e, porque foi detectado numa fase bastante precoce, consegui vencê-lo. A prevenção e o exame de sintomas, como a obstipação, é essencial». A especialista salienta ainda a necessidade de rastreio de «todas as pessoas entre os 40 e os 50 anos, através de colonoscopia» porque «o rastreio pode ter uma importância do tamanho de uma vida». Como a sua própria.

Quanto à doença de refluxo gastroesofágico, que atinge cerca de 20% da população adulta portuguesa, até há pouco tempo só tinha dois tipos de alternativas: ou o tratamento medicamentoso prolongado ou o tratamento cirúrgico. Actualmente, a endoscopia é uma alternativa terapêutica cujos resultados foram amplamente demonstrados no auditório dos HUC.

A radiofrequência foi outra das técnicas em destaque no 2º curso de endoscopia digestiva, com a demonstração de como é possível destruir alguns tumores do fígado através de uma agulha especial colocada no interior do tumor.

A drenagem de pseudo-quistos pancreáticos e o tratamento endoscópico das pancreatites crónicas foram outras técnicas demonstra-



das pelos especialistas, assim como o bloqueio do plexo celíaco, importante sobretudo no tratamento da dor oncológica.

AINE e dispepsia funcional

SEGUNDO O CONSENSO DOS CRITÉRIOS DE Roma II, o termo “dispepsia” refere-se tão simplesmente à presença de dor ou desconforto no epigastro. Frequentemente os doentes medicados com anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) surgem com queixas dispépticas.

Na verdade, diversos estudos permitem estimar que tal acontece em 15% a 40% dos enfermos sob tratamento com AINE.

Numa parte dos casos, a sintomatologia surge associada a lesões estruturais da mucosa gastro-duodenal (úlceras ou erosões) mas, na maioria dos doentes, a endoscopia digestiva alta não revela quaisquer lesões (dispepsia funcional).

Mecanismos fisiopatológicos

Não se conhecem bem os mecanismos envolvidos na dispepsia funcional associada aos AINE. Na recente EULAR 2002, realizada em Estocolmo, Hawkey procedeu a uma revisão das diferentes possibilidades em estudo.

Um conjunto de mecanismos diz respeito às alterações da motilidade. Admite-se que os AINE possam determinar alterações da motilidade do antro gástrico responsáveis por atraso de esvaziamento deste órgão o que poderia ocasionar sintomas dispépticos de tipo dismotilidade.

Todavia, segundo Hawkey, o factor primordial deverá ser a acidificação da mucosa gástrica. A inibição da síntese de prostaglandinas ocasionada pelos AINE induzirá disrupção da barreira mucosa gástrica, permitindo - conse-

quentemente - um aumento da retrodifusão hidrogeniónica. Este aumento de retrodifusão de ácido estimulará terminações nervosas acido-sensíveis, conduzindo ao aparecimento da sintomatologia dispéptica. Tal estimulação será mediada por produtos derivados de 5-lipoxigenase (leucotrieno B4, etc.), os quais podem actuar como estimulantes nos nociceptores da mucosa gástrica.

Parece, assim, que o ácido representará um papel essencial na dispepsia associada aos AINE, podendo admitir-se que o incremento da produção de derivados da 5-lipoxigenase explique a dor dispéptica associada aos AINE. Este fenómeno ocorre num grau modesto com os inibidores selectivos da COX2 mas numa extensão significativa com os AINE clássicos.

Diagnóstico

A distinção entre dispepsia funcional e dispepsia orgânica assenta, também nos doentes a tomar AINE, na realização de uma endoscopia digestiva alta.

Talley recomenda que doentes dispépticos com alto risco de complicações gastrintestinais (ver Quadro) sejam submetidos a avaliação endoscópica.

Por outro lado, estudos conduzidos por este autor (os estudos Omnium e Astronaut) indicaram que a dispepsia de grau moderado ou severo, em doentes medicados com AINE, está associada a um risco duas a oito vezes maior de úlcera gastroduodenal.

Parece admissível que, em doentes de baixo

risco e com sintomatologia discreta se inicie uma terapêutica empírica, sem investigação diagnóstica prévia.

Tratamento

É hoje aceite que os inibidores da bomba de prótons são os fármacos mais adequados para o tratamento da dispepsia associada aos AINE.

Os estudos Omnium e Astronaut demonstraram a vantagem terapêutica dum inibidor da bomba de prótons quando comparado com o



A maioria dos doentes com dispepsia, sob tratamento com AINE, tem um quadro de dispepsia funcional.

misoprostol e a ranitidina, em doentes medicados com AINE clássicos.

Por seu lado, não há evidência de que a terapêutica de erradicação do *Helicobacter pylori* seja, neste contexto, uma opção eficaz.

Uma meta-análise recente concluiu que os novos aos inibidores selectivos da COX2 causam menos sintomas dispépticos que os AINE clássicos.

Tal síndrome ocorre, contudo, numa fracção destes doentes determinando a necessidade clínica duma estratégia de abordagem do problema. Não existem ainda na literatura estudos relativos à terapêutica da dispepsia associada aos inibidores selectivos da COX2. Ensaio já em curso poderão, num futuro próximo, proporcionar dados importantes sobre esta matéria.

J. E. Pina Cabral

Quadro - Factores de risco para eventos gastrintestinais em doentes medicados com AINE

<i>Relacionados com o doente</i>	• Idade > 60 anos • Passado de úlcera gastroduodenal
<i>Relacionados com o fármaco</i>	• Toxicidade do AINE utilizado • Alta dose e associação de AINE • Tratamento concomitante com anti-coagulante • Tratamento concomitante com corticosteroide
<i>Factores de risco eventuais</i>	• Duração do tratamento • Sexo feminino • Tipo de patologia reumática • Doença cardiovascular concomitante • Infecção pelo <i>Helicobacter pylori</i> • Tabagismo • Consumo de álcool

Adap. de Seager JM, Hawkey CJ. *BMJ* 2001;323:1236-9

AINE

O reverso da medalha

Dois estudos realizados por Massano Cardoso sobre a utilização dos anti-inflamatórios não esteróides mostra que, entre 1997 e 2001, a mortalidade por complicações hemorrágicas graves associadas à toma deste tipo de medicamentos diminuiu drasticamente. Os coxibes poderão ser a razão desta mudança

De acordo com um estudo epidemiológico sobre as doenças reumáticas em Portugal, a prevalência é bastante elevada. Qual é exactamente o ponto da situação?

Existe, de facto, uma prevalência muito elevada destas doenças no nosso país. Cerca de 28% da população tem dores severas e mais de 35% regista dores moderadas. No cômputo geral podemos afirmar que, cerca de 700 mil portugueses adultos, precisam de ajuda de terceiros para realizar tarefas simples do dia-a-dia e aproximadamente 800 mil pessoas tomam anti-inflamatórios diariamente.

Outro estudo, também da sua autoria, sobre a utilização dos AINE em Portugal revela que o consumo é muito elevado. O primeiro estudo foi realizado entre Janeiro de 1997 e Junho de 1999; o segundo entre o ano 2000 e 2001. Quais foram as principais diferenças observadas nesse intervalo de tempo?

São tipos de estudos diferentes. Na sequência da resposta à pergunta anterior, análise da prevalência das doenças reumáticas em Portugal, estimamos que 25% dos portugueses já foram hospitalizados por hemorragias gastrointestinais devido à utilização de AINE.

Os outros dois estudos foram de base hospitalar. Assim no primeiro, realizado em cinco serviços de gastroenterologia do país, verificá-

mos a existência de uma associação muito forte entre hemorragias gastrointestinais e a utilização de AINE (73,4%).

No segundo estudo, realizado nos mesmos serviços hospitalares, houve uma redução muito significativa de patologias associadas à toma desses medicamentos, o que, na minha opinião, não é devido ao acaso. Outro aspecto importante é que, quer no primeiro estudo, quer no segundo, a percentagem de doentes que estavam a ser medicados com anti-inflamatórios não esteróides em associação com protectores gástricos, era muito baixa.

Além disso, enquanto que no primeiro estudo 70% dos óbitos estavam associados à toma de anti-inflamatórios, no segundo estudo a percentagem baixou drasticamente para 30%.

A que se deve essa redução?

A mudança em termos de complicações hemorrágicas associadas à toma de anti-inflamatórios não esteróides pode ser atribuída a vários factores. Na minha opinião, o principal terá sido a

introdução dos coxibes, já que os dois estudos decorreram antes e após a introdução da nova classe de medicamentos. Todos os outros parâmetros eram semelhantes. Realço o facto de 70% dos óbitos, no estudo A, estarem associados à toma de AINE, contra apenas 30% no estudo B.

Não se registou, entretanto, qualquer





alteração no número de doentes medicados com AINE e, simultaneamente, com protectores gástricos?

A percentagem de doentes que são medicados com protectores gástricos associados aos AINE ronda os 12% e, nesse aspecto, não se verificou qualquer alteração. Esse é, aliás, um dos factores que mais nos chamou a atenção.

Qual a mais-valia destes estudos para os profissionais de saúde?

São ambos muito interessantes porque, pela primeira vez, revelam a gravidade da situação e permitiram-nos saber o que se passa no nosso país. Cerca de 10% da população adulta portuguesa sofre de doença reumática incapacitante. É um valor muito elevado. E, diariamente, cerca de 800 mil portugueses tomam anti-inflamatórios.

Os dois estudos têm ainda a particularidade de mostrar a situação antes e depois da entrada dos coxibes no mercado português e, de facto, uma das grandes vantagens destas moléculas é a ausência de agressão gástrica.

Os médicos estão sensibilizados para o problema das complicações hemorrágicas graves associadas aos AINE?

Temos a percepção de que os anti-inflamatórios não esteróides são fármacos muito poderosos. O grande problema é que, anteriormente, não existia quantificação de

muitos fenómenos associados à grande prevalência de doença reumática grave, a qual atinge muitas pessoas em idade produtiva, o resultando num panorama, com implicações muito significativas a vários níveis. Embora os estudos económicos sejam difíceis de realizar, calculámos que os tratamentos dos doentes hospitalizados com hemorragia gástrica associada aos AINE já custaram, cerca de 25 milhões de euros.

A que se deve essa percentagem tão elevada de pessoas com doenças reumáticas e o consequente consumo de anti-inflamatórios?

Esse problema tem a ver com variadíssimos factores, desde os estilos de vida à alimentação, ao sedentarismo e a factores laborais. Este último é, na minha opinião, um dos mais relevantes.

Qual terá de ser a actuação mais correcta, em termos de prevenção?

Terá de se actuar ao nível da saúde ocupacional, das condições de trabalho, da educação, da nutrição... A prevenção é um mundo que envolve muitíssimos e complexos factores. No entanto, em Portugal não existe cultura de prevenção. E isso é muito grave porque não é um trabalho que se faça de um dia para o outro. Exige o envolvimento de todos; não surge por decreto.

AINE Probabilidade acrescida de úlceras

“Indivíduos que tenham recentemente utilizado medicamentos anti-inflamatórios não-esteróides estão mais sujeitos a úlceras no duodeno e a infecções por *helicobacter pylori*”. Este é o resultado de uma investigação, publicada no último número da revista *Endoscopy*, em que um grupo de especialistas gregos comparou os utilizadores e não-utilizadores deste tipo de medicamento com a hemorragia gastrointestinal superior.

A equipa observou um conjunto de 330 doentes com esta manifestação clínica, que foram submetidos a endoscopias urgentes num período não superior a 12 horas após o aparecimento dos sintomas. Posteriormente, dividiu os doentes em dois sub-grupos consoante a sua história recente de utilização de medicamentos anti-inflamatórios não-esteróides fosse negativa ou positiva.

Assim, os especialistas puderam verificar que os utilizadores deste tipo de fármacos sangram com maior frequência de úlceras e que estas são, na sua maioria, duodenais, enquanto os não utilizadores apresentaram maior prevalência de úlceras gástricas.

As infecções por *helicobacter pylori* também se registaram com mais força entre o grupo de utilizadores de AINE, que incluía igualmente uma proporção mais significativa de consumidores de álcool (cujas hemorragias derivavam de gastrites erosivas).

Quanto custa fazer o rastreio do cancro do intestino?

Estudo português pioneiro a nível internacional revela os primeiros dados para o rastreio que utiliza o método endoscópico: 85 euros é o custo de fazer rastreio uma vez.

Outra certeza: o rastreio salva vidas!

ACABAM DE SER APRESENTADOS OS PRIMEIROS resultados do primeiro estudo que fez a análise de custo-efectividade do rastreio do carcinoma do cólon e recto (vulgarmente denominado cancro do intestino). Este estudo, que envolveu mais de 1.300 pessoas, concluiu que o rastreio simples (um primeiro exame) detectou cancros em fase inicial ou lesões pré-malignas com elevado risco de malignidade, em 2,7% dos indivíduos rastreados, pessoas de ambos os sexos com idade superior a 50 anos e sem quaisquer queixas ou sintomas. O segundo exame (efectuado 5 anos depois) registou 1,12% de lesões adicionais. Por cada indivíduo, o custo do primeiro exame foi de 85,4 euros e os dois exames custaram 127 euros. De sublinhar que o custo do diagnóstico de uma lesão alvo (cancro ou lesão pré-maligna de elevado risco de malignização) foi de 3.165 euros (no caso de 1 único rastreio) e de 3.733 euros (para as pessoas que realizaram 2 rastreios com um intervalo de 5 anos). Este custo é, na opinião dos autores, altamente favorável ao desenvolvimento do rastreio.

Os autores do estudo, Miguel Gouveia, economista, da Universidade Católica Portuguesa, Anabela Pinto e C. Nobre Leitão, gastroenterologistas, do IPO Francisco Gentil de Lisboa, baseando-se na experiência de rastreio de 10 anos do IPO (que incluiu a realização de 2 sigmoidoscopias, com intervalo de 5 anos, um dos métodos recomenda-

dos pelas sociedades científicas e também pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva), avaliaram o custo-efectividade de rastrear cancros, adenomas ou outras lesões de risco. Os custos considerados incluíram os custos dos vários exames utilizados e os custos de organização e dos contactos com a população elegível para o rastreio.

Este trabalho foi desenvolvido tendo por premissas que:

- em 1999, o cancro do cólon e recto contribuiu com cerca de 13% de toda a mortali-

dade por cancro, cerca de 2.913 mortes;

- o rastreio deste tumor pode ocasionar redução significativa da mortalidade e incidência.

Na opinião dos autores deste estudo, muitos outros trabalhos podem e devem desenvolver-se, nomeadamente a avaliação do custo de outras formas de rastreio, o custo de nada fazer, bem como conhecer a motivação das pessoas e médicos para o rastreio, ou ainda a acessibilidade dos portugueses ao rastreio.



Rastreio do cancro do cólon e recto: Um acto médico em Portugal?

A ANÁLISE DO INQUÉRITO PROMOVIDO PELA SPED, através do ENDOnews, acerca do rastreio do cancro do cólon e recto, será objecto de uma comunicação ao Congresso Nacional de Gastrenterologia e Endoscopia Digestiva de Junho deste ano. É o resumo desse trabalho que se apresenta de seguida.

O rastreio do carcinoma do cólon e recto (CCR) reduz a mortalidade por CCR e deve ser considerado um acto médico. É reconhecida a importância da recomendação do rastreio feita pelo médico assistente já que aumenta a adesão de forma significativa.

Com este trabalho pretendeu-se avaliar a atitude e as dificuldades dos médicos portugueses na abordagem do rastreio do CCR. Assim,

no número de Outubro da revista ENDOnews foi incluído um inquérito distribuído a 7.000 médicos: Clínicos Gerais, Gastrenterologistas e outras especialidades. A resposta era efectuada por carta com porte pago.

Foram propostas algumas questões, das quais se salientam: 1 - Tumores rastreados e frequência (mama, colo do útero, próstata e CCR); 2 - Exames utilizados e facilidade de acesso; 3 - Utilização da pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF); 4 - Informação dos benefícios do rastreio do CCR.

Foram recebidas 298 (4,3%) respostas, 208 de Clínicos Gerais, 16 de Gastrenterologistas, 51 de outras especialidades e 23 não especificado. Verificou-se um predomí-

nio do sexo masculino (1,2/1) com idade média de 47,9 anos.

Constatou-se que 85,5% dos médicos referiram estar informados em relação aos benefícios do rastreio do CCR, no entanto 40% referiram rastrear menos de 10% dos seus doentes. 94% dos Médicos inquiridos promoveram o rastreio do cancro da mama, sendo para 70% o tumor mais frequentemente rastreado e 82% dos médicos promoveram o rastreio do CCR, sendo no entanto para 54% o tumor menos rastreado. A PSOF foi referido como o teste de mais fácil acesso (94% vs. 63% para a sigmoidoscopia e 66% para a colonoscopia) e também o teste utilizado com maior frequência (32% vs. 19,6% e 19,8%).

Em relação à utilização da PSOF verificou-se que apenas 63% dos clínicos pede colonoscopia quando o teste é positivo e foi referida como sendo ainda utilizada para a investigação de sintomas por 58% dos médicos e de anemia por 86%.

Foi assim possível concluir que: 1 - Menos de 5% dos médicos inquiridos respondeu; 2 - Os médicos portugueses estão informados dos benefícios do rastreio do CCR, no entanto é o tumor menos proposto para rastreio e apenas a uma minoria de indivíduos; 3 - A sigmoidoscopia e a colonoscopia são exames de mais difícil acesso que a PSOF o que poderá justificar a sobreutilização deste teste; 4 - É fundamental a criação de mecanismos que facilitem o acesso à endoscopia e desdramatizem a sua realização.

Sandra Faias, Anabela Pinto,

Carlos Nobre Leitão

Serviço de Gastrenterologia

Instituto Português de Oncologia

Francisco Gentil - Lisboa



Parceria SPED / MSD

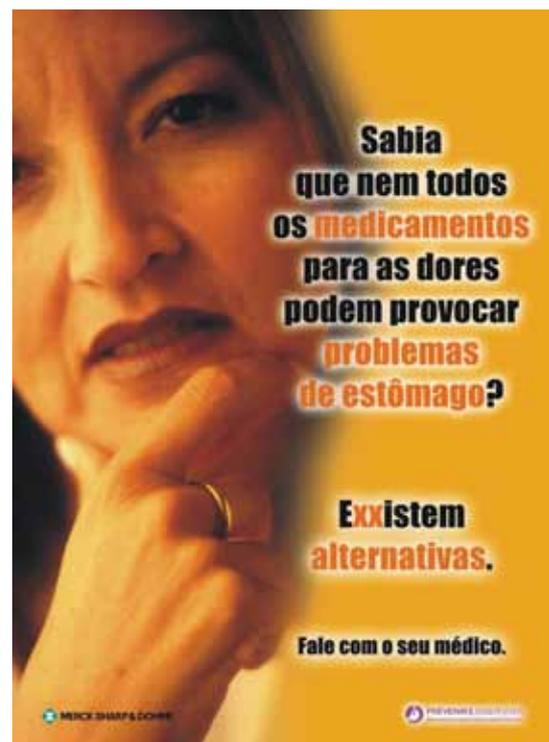
Prevenção das complicações gastroenterológicas dos AINE

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOSCOPIA Digestiva estabeleceu um protocolo de cooperação com a Merck Sharp & Dohme com o intuito de promover uma campanha institucional de sensibilização para as complicações gastroenterológicas dos anti-inflamatórios não-esteróides. A campanha é dirigida à população em geral e consubstancia-se na divulgação de um cartaz (reproduzido na foto) alertando para esta problemática.

A SPED encara esta iniciativa no contexto do

seu envolvimento crescente em iniciativas orientadas para a prevenção das mais frequentes formas de patologia digestiva, de que são também exemplo o cancro colo-rectal e a doença do refluxo gastro-esofágico.

“Prevenir é saber viver” é a expressão de um conceito que a SPED tem procurado desenvolver nos últimos anos, entendendo que a medicina preventiva é, nas sociedades modernas, uma vertente fundamental da medicina de qualidade.



O ENDOnews solicitou à Merck Sharp & Dhome (MSD) uma posição acerca desta colaboração institucional. O Dr. Miguel Vieira respondeu às nossas questões.

Como encara a colaboração MSD / SPED nesta campanha institucional?

A MSD encara esta colaboração com a SPED como mais um passo, essencial, na campanha “Prevenir é Saber Viver”. O primeiro tema abordado pela SPED foi a prevenção do cancro do cólon e do recto, responsável por um elevado número de mortes em Portugal e no mundo, com tendência para crescer.

Os AINE são dos fármacos mais prescritos em Portugal e representam todos os anos cerca de 13.000.000 de receitas. Um tão significativo número de utilizadores, associado às complicações GI amplamente descritas, tais como hemorragias digestivas e perfurações, traduz-se num número elevado de internamentos com custos associados e inclusive a própria morte. Dados nos E.U.A mostram que a morte devido à toxicidade dos AINE é superior ao número de mortes de doentes por SIDA. Este facto põe-nos perante um problema de saúde pública.

A adicionar às embalagens prescritas pelos médicos, também a popula-

ção em geral se auto-medica, o que agrava ainda mais o problema.

A MSD, tal como a SPED, está empenhada em alertar a população em geral para a toxicidade GI dos AINE, pois só assim será possível prevenir estas complicações e, consequentemente, poupar vidas.

Quais os objectivos de tal campanha, e porquê o empenhamento da MSD?

A missão da MSD é oferecer à sociedade produtos e serviços de qualidade superior, soluções inovadoras que melhorem a qualidade de vida e satisfaçam as necessidades dos médicos e doentes. A MSD como companhia de investigação e desenvolvimento preocupa-se em colocar no mercado produtos que preencham lacunas terapêuticas existentes, com o objectivo fundamental de aumentar a esperança e a qualidade de vida dos doentes.

Mas também estamos fortemente empenhados em dar a médicos e doentes informação para a saúde ou instrumentos que ajudem as suas opções. O objectivo desta campanha - alertar a população para os perigos decorrentes da utilização dos AINE convencionais - coincide inteiramente com as nossas preocupações.

Agradecemos à SPED a oportunidade que nos deu de associarmo-nos a esta campanha “Prevenir é saber viver”, e com isto contribuir para uma melhor informação da população.

Miguel Vieira

Dr. Miguel Vieira
Public Affairs Manager

ARS do Algarve Rastreio do Cancro do cólon regista boa adesão

Desde o início de Abril que uma equipa de especialistas do Hospital Distrital de Faro, em colaboração com a Administração Regional de Saúde do Algarve, está a realizar um rastreio do cancro do cólon a utentes do sotavento algarvio.

A iniciativa, que começou em São Brás de Alportel, está a registar índices elevados de adesão e os resultados têm sido bastante positivos. De acordo com Filomena Horta Correia, coordenadora da Sub-região de Saúde de Faro, o programa deverá estar concluído até ao final deste ano



A INICIATIVA COUBE AO SERVIÇO DE Gastroenterologia do Hospital Distrital de Faro (HDF) que, através da celebração de um protocolo com a ARS do Algarve/SRS de Faro, conseguiu angariar apoio para que o rastreio chegue a todos os centros de saúde do Sotavento Algarvio, ou seja, às nove unidades de CSP que estão na área de influência

da instituição hospitalar.

O primeiro centro de saúde a receber a visita do equipamento móvel que permite a realização das fibroscopias e da equipa de gastroenterologistas e enfermeiros do HDF que efectua o exame foi a unidade de São Brás de Alportel. De acordo com a coordenadora da SRS de Faro, a aderência foi inicialmente

estimada em 20 a 30%, mas na realidade veio a verificar-se uma adesão “entre 40 a 50%”. De acordo com os dados preliminares, em média foram rastreados 12 utentes por dia. No total foram for-

muladas 336 convocatórias, tendo sido marcados rastreios a 144 utentes. Destes, “121 vieram ao centro de saúde e foram rastreados”. Segundo Filomena Horta Correia, foram detectadas lesões em 12 indivíduos, sendo que sete utentes “foram tratados logo no centro de saúde - com a excisão dos pólipos - e somente cinco pessoas foram referenciadas ao Hospital Distrital de Faro, o que penso ser um bom indicador”.

Se tudo se mantiver como previsto, o rastreio estará finalizado até ao final do ano. A escolha de São Brás de Alportel recaiu no facto de ser “uma unidade mais pequena, com cerca de 10 mil utentes”. Aqui “poderíamos ver a afluência” e atestar a necessidade de modificar procedimentos, caso fosse necessário. Também no Centro de Saúde de Loulé com aproximadamente 60 mil utentes a iniciativa está a ser alvo de uma elevada participação

A população do sotavento algarvio com 55, 60 e 65 anos está a ser convidada para efectuar o rastreio do cancro do cólon



por parte dos utentes “convocados”, com uma média superior a 15 rastreios por dia desde o início de Maio. Assim sendo, as autoridades de saúde estão a ponderar a hipótese de prolongar um pouco mais a permanência do equipamento e dos profissionais de saúde do HDF naquela localidade, o mesmo podendo acontecer noutros centros de saúde.

As unidades que se seguem são Vila Real de Santo António e Castro Marim, devendo o rastreio decorrer em simultâneo para os utentes de ambas as localidades. Dada a proximidade geográfica entre os dois concelhos e as características das instalações, a SRS decidiu que o despiste será feito em Vila Real de Santo António. Em seguida o rastreio será aplicado em Alcoutim, adiantou Filomena Horta Correia.

Divulgação e convocação

Conforme explicou ao nosso jornal Filomena Horta Correia, o sucesso que o despiste está a ter junto dos utentes deve-se em grande parte à divulgação que tem sido feita. Assim, cerca de duas semanas antes de iniciar o rastreio, os órgãos de comunicação social locais começam a informar a população sobre o referido acontecimento. Em simultâneo é enviada uma carta “a todos os utentes que se situam nos grupos etários” alvo do rastreio, isto é, às pessoas que completam 55, 60 e 65 anos em 2003.

Na missiva é explicado o que se pretende obter com o rastreio. Já no CS, os utentes interessados são sujeitos a uma explicação sobre o exame em si, dando-se igualmente informação sobre a preparação que é necessário fazer.

Ainda segundo a nossa interlocutora, a iniciativa do Serviço de Gastrenterologia do HDF surgiu com base na “grande incidência” do cancro do cólon naquela região do País. Tendo atenção os números mais recentes divulgados pelos especialistas hospitalares, a taxa de incidência aumenta todos os anos em 5%,



O Centro de Saúde de Albufeira é uma das unidades algarvias que até ao final do ano vão receber o equipamento móvel de fibroscopia e os profissionais do Hospital Distrital de Faro

Duas semanas antes de iniciar o rastreio, os órgãos de comunicação social locais começam a informar a população sobre o referido acontecimento. Em simultâneo é enviada uma carta “a todos os utentes que se situam nos grupos etários” alvo do rastreio, isto é, às pessoas que completam 55, 60 e 65 anos em 2003

correspondendo já a metade de todas as mortes provocadas por cancro. Por tudo isto, o rastreio tornou-se pertinente, tanto mais que se quer apostar na detecção precoce dos casos malignos e de lesões precursoras. “Quanto mais precoce for o diagnóstico, maior será a sobrevida e melhor será a qualidade de vida”, acrescentou Filomena Horta Correia.

Para além de contar com o apoio da Fundação Gulbenkian e de um laboratório farmacêutico para a aquisição do material necessário para o rastreio, o projecto está a ser custeado pelo Hospital Distrital de Faro e pela SRS local. Assim, a esta última cabe o financiamento do transporte da equipa de profissionais e dos custos inerentes à preparação do utente (que ronda os 2,5 euros por utente). Dá-se ainda apoio logístico, concretamente no que diz respeito à disponibilização de “instalações, apoio administrativo e de auxiliares de acção médica”.

Luísa Neves

Complicações da DRGE

Esófago de Barrett e adenocarcinoma do esófago

O ADENOCARCINOMA DO ESÓFAGO FOI A neoplasia maligna cuja incidência mais aumentou ao longo das três últimas décadas do século XX nos Estados Unidos da América e nos países industrializados da Europa. Por exemplo, na Dinamarca a incidência de adenocarcinoma do esófago aumentou oito vezes no espaço de 20 anos (1973 - 0,4/100.000; 1993 - 3,5/100.000).

Um estudo sueco publicado recentemente veio confirmar definitivamente a sua associação com a doença do refluxo. Os seus resultados revelam que os indivíduos com queixas de refluxo têm um risco de adenocarcinoma do esófago sete vezes superior ao da população sem queixas. Por outro lado, queixas de refluxo intensas e de longa duração elevam esse risco para mais de quarenta vezes.

A mucosa esofágica pode, como consequência do refluxo gastro-esofágico, sofrer um processo metaplásico, no qual o epité-

lio pavimentoso normal é substituído por um epitélio colunar. A importância desta situação, conhecida por esófago de Barrett, resulta de ser a única lesão precursora conhecida do adenocarcinoma do esófago (Figura 1).

O esófago de Barrett ocorre num subgrupo de doentes com doença do refluxo (10 a 15% de acordo com as séries endoscópicas publicadas). As razões porque apenas alguns doentes com doença do refluxo desenvolvem esófago de Barrett não são conhecidas. A sua prevalência é maior no sexo masculino e no refluxo com evolução prolongada.

O esófago de Barrett define-se pela presença de qualquer extensão de epitélio colunar com diferenciação intestinal acima da transição esófago-gástrica, definida pela extremidade proximal das pregas gástricas. Desse conceito resultam duas consequências práticas. Por um lado, é uma situação com

tradução macroscópica que permite o seu fácil reconhecimento endoscópico. O esófago distal encontra-se revestido, numa extensão variável, por uma mucosa vermelha aveludada, semelhante à mucosa gástrica e distinta da mucosa esofágica normal (Figura 2). Por outro lado, implica a necessidade de realização de biópsias para confirmação histológica da presença de metaplasia intestinal, objectivada na presença de células calciformes.

Mas qual é o risco de um indivíduo com esófago de Barrett desenvolver um adenocarcinoma? Estudos recentes indicam que o risco é de cerca de 0,5% ao ano. Isto significa que em 200 doentes com esófago de Barrett, existe a probabilidade de um deles desenvolver adenocarcinoma em cada ano de vigilância. Um estudo mostrou um risco semelhante na população portuguesa com esófago de Barrett.

Os doentes com esófago de Barrett têm indi-

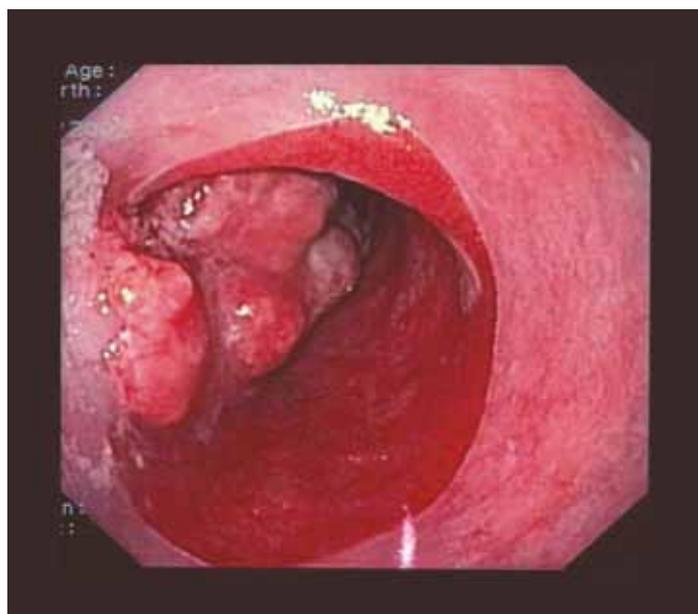


Figura 1 - Adenocarcinoma do esófago



Figura 2 - Esófago de Barrett. Imagem endoscópica. Mucosa vermelha aveludada tipo gástrica acima da transição esófago-gástrica (definida pelo limite proximal das pregas gástricas)

Rastreio do cancro do cólon e recto Recomendações da SPED

cação para vigilância endoscópica, com o objectivo de identificar os doentes com elevada probabilidade de progressão para cancro e nos quais se justifica uma intervenção terapêutica. Dos muitos marcadores investigados, apenas a displasia de alto grau revelou, até ao presente, utilidade na identificação desse subgrupo de doentes.

Como deve ser feita essa vigilância? Através da realização periódica de endoscopias com biópsias efectuadas nos quatro quadrantes do esófago a intervalos de 2 centímetros ao longo de todo o segmento metaplásico. Os exames endoscópicos devem ser efectuados um ano após o diagnóstico e, na ausência de displasia, repetidos a intervalos de 3 anos.

Convém, no entanto, sublinhar que a validade e eficácia da vigilância só é possível no âmbito do cumprimento estrito do protocolo de biópsias atrás definido, bem como duma leitura histológica com uma classificação clara do grau de displasia.

Diversos estudos têm demonstrado que os doentes com adenocarcinoma do esófago diagnosticado em programas de vigilância têm lesões em estádios mais precoces e sobrevivências significativamente maiores do que quando a neoplasia é diagnosticada em fase sintomática.

Nos indivíduos, sobretudo nos do sexo masculino, com queixas de refluxo (pirose e regurgitação) recorrentes, de evolução prolongada, a hipótese de esófago de Barrett deve ser considerada. Se confirmada, os doentes devem ser aconselhados a fazer vigilância endoscópica periódica.

António Dias Pereira
Assistente Hospitalar Graduado de
Gastrenterologia – Instituto Português
de Oncologia - Lisboa

A GRANDE FREQUÊNCIA DO CARCINOMA DO CÓLON E RECTO (CCR) NA POPULAÇÃO E A sua peculiar biologia, caracterizada por uma progressão lenta e uma fase benigna precursora longa, dominada pelo adenoma de remoção fácil por colonoscopia, torna o CCR um candidato ideal para o sucesso de uma ampla prática de prevenção. A SPED propõe a toda a comunidade médica um conjunto simples de regras para o rastreio e vigilância das populações. Tendo em consideração a idade e a história pessoal e familiar de cada indivíduo, vamos estratificar a população em grupos com riscos diferentes para CCR e para os quais propomos diferentes abordagens no rastreio do CCR.

População de risco padrão

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

População de risco aumentado

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

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

População de alto risco

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



Tino, mascote da Campanha de Prevenção do Cancro do Cólon

Casos reais

Pólipo malignizado da sigmóide

F.M.E.F., SEXO MASCULINO, 50 ANOS DE idade, realizou colonoscopia total de rastreio. Tratava-se de indivíduo assintomático, com antecedentes familiares de cancro colo-rectal (pai).

A colonoscopia detectou 3 pólipos pediculados na sigmóide, com diâmetros variando entre 1 e 2 cm (fig. 1). Realizada polipectomia sem incidentes, tendo os pólipos sido enviados para exame anatómo-patológico.

O estudo histológico revelou tratar-se de adenomas tubulares, o maior dos quais com displasia de alto grau e carcinoma focal, com invasão focal da muscular da mucosa (fig. 2). Excisão completa de todos os adenomas.

Comentário

Este caso demonstra de forma exemplar as virtualidades associadas ao rastreio do cancro colo-rectal em indivíduos saudáveis.

Na verdade, foi assim possível detectar a presença de três adenomas assintomáticos, um dos quais veio a revelar a presença de degenerescência maligna com um foco carcinomatoso superficial.

A polipectomia endoscópica constituiu um acto terapêutico curativo, impedindo a sua natural evolução para carcinoma invasivo.

M^ª Augusta Cipriano

J. E. Pina Cabral

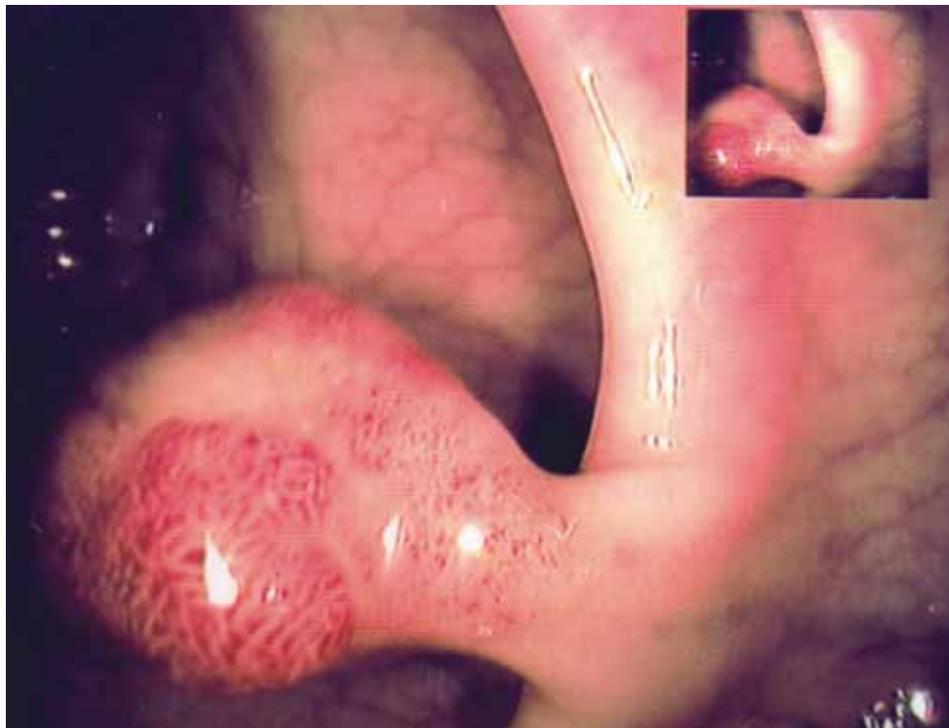


Fig. 1 - Imagem endoscópica de um dos pólipos

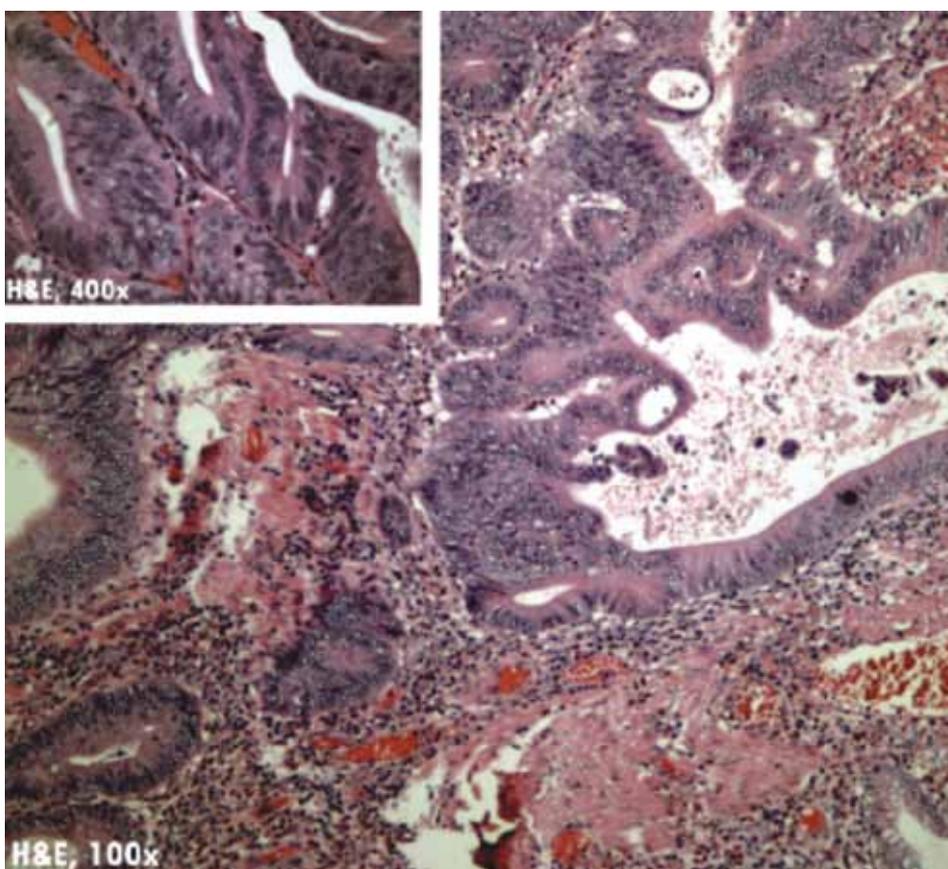


Fig. 2 - Aspectos histológicos do foco de carcinoma

Escreva-nos para:

ENDOnews

Rua Jorge Barradas, 33 - Atelier

1500-369 Lisboa

ou

endonews@netcabo.pt

Concurso de Fotografia Endoscópica 2003

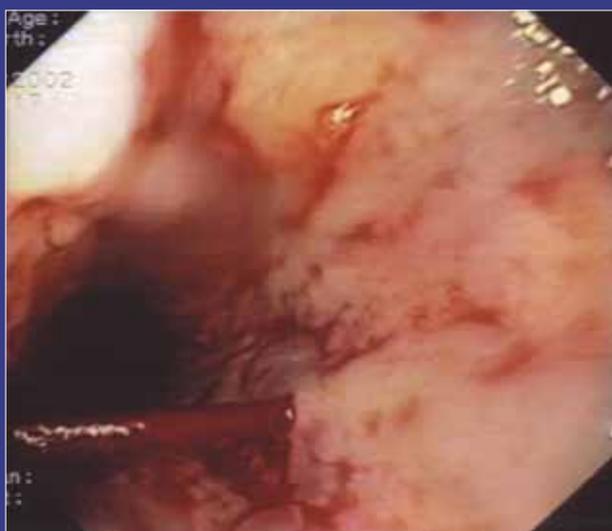
Primeiro prémio para o Serviço de Gastrenterologia do Hospital de S. Teotónio - Viseu

O SERVIÇO DE GASTRENTEROLOGIA DO Hospital de S. Teotónio, em Viseu, foi galardoado com o 1º prémio da última edição do Concurso de Fotografia Endoscópica. Este prémio é atribuído anualmente pela Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, num concurso em que participam dezenas de trabalhos candidatos. O júri independente que aprecia os trabalhos foi, nesta edição, presidido pelo Prof. Carlos Sofia, gastrenterologis-

ta dos Hospitais da Universidade de Coimbra. O trabalho vencedor desta edição é de autoria dos Drs. António Castanheira, Paula Ministro, Américo Silva e António Caldas e refere-se a um caso de hemorragia digestiva por rotura de variz esofágica, eficazmente jugulada com terapêutica endoscópica.

O 2º prémio foi atribuído à Unidade de Gastrenterologia da Clínica Universitária de Medicina e Gastrenterologia do Hospital de Pulido

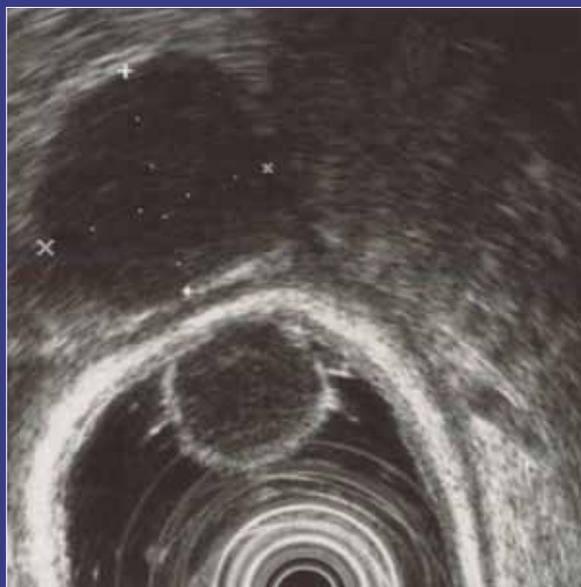
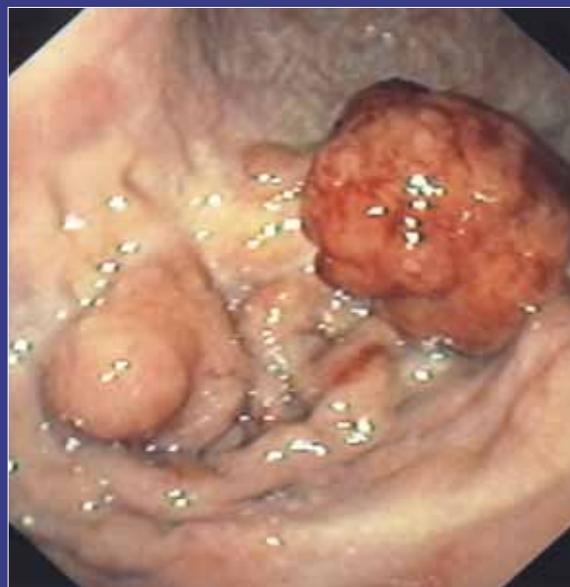
Valente (Lisboa) com um trabalho intitulado "Lipoma do cólon transverso". Uma forma rara de apresentação ecoendoscópica de linfoma gástrico, da autoria do Dr. Castro Poças e colegas, do Hospital Geral de Santo António no Porto, foi o trabalho contemplado com o 3º prémio deste concurso. Estes e os outros trabalhos presentes a concurso são distribuídos gratuitamente pela SPED em CD-ROM, graças ao patrocínio do laboratório AstraZeneca.



1º Prémio - Hemorragia torrencial por rotura de variz esofágica



2º Prémio - Lipoma do cólon transverso



3º Prémio - Linfoma gástrico

Pesquisa de sangue oculto nas fezes Serão todos os testes iguais?

O Cancro colo-rectal é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todo o mundo. Por esse motivo têm-se desenvolvido esforços significativos na implementação de campanhas de rastreio e diagnóstico precoce desta afecção.

A PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS fezes (PSOF) é provavelmente a modalidade de rastreio do cancro do cólon e recto mais utilizada e estudada, estando validada por 5 estudos controlados e aleatorizados, que evidenciaram um número significativamente maior de carcinomas nos estadios iniciais no grupo de doentes submetidos a rastreio. Dois estudos recentes (um caso-controlo e outro prospectivo e aleatorizado permitiram afirmar uma diminuição significativa da mortalidade por CCR (25% e 33% respectivamente) no grupo de doentes que realizaram rastreio anual com PSOF.

Em todos estes estudos o teste utilizado foi baseado no método de guaiaco, de que existem vários "quits" comercializados (Hemocult II, HemocultSensa, SUBAG, HOSENSA) De todos estes testes apenas o Hemocult II e o HOSENSA foram avaliados em estudos de rastreio em populações assintomáticas.

Estes testes foram desenvolvidos para serem distribuídos e lidos no consultório médico, sendo estes os pressupostos que por um lado explicam a aderência das populações a esta forma de rastreio e possibilitam os baixos custos do rastreio por PSOF.

A base da utilização destes testes baseia-se na colocação de uma pequena amostra de fezes em lâminas impregnadas com guaiaco. A presença de hemoglobina é detectada após adição de peróxido de hidrogénio, através duma reacção de peroxidase.

O teste é seguro, económico, largamente acessível e fácil de usar, apresentando contu-

do baixos valores de sensibilidade para o diagnóstico de neoplasias (estão referidos na literatura valores de sensibilidade de 26% a 89% para a detecção de carcinomas e de 13% a 42% para a detecção de adenomas). A especificidade (proporção de indivíduos rastreados com teste negativo que não apresentem de facto adenomas ou adenocarcinomas é referida na literatura entre 87 e 97%)

Estes maus resultados advêm de que a reacção de peroxidase, também se encontra em frutos e vegetais frescos, bactérias e na hemoglobina e mioglobina animais. A vitamina C, um agente redutor, pode interferir com a oxidação do guaico e produzir uma reacção falso negativa. Resultados falsos positivos também foram atribuídos a preparações de ferro. A aspirina e os analgésicos anti-inflamatórios não esteróides podem lesar a mucosa gastrointestinal e originarem um teste falso positivo. A degradação da hemoglobina pelas bactérias intestinais, o contacto inadvertido com água ou o armazenamento das lâminas por um período superior a 5 dias podem originar resultados falsos negativos.

Com o objectivo de abolir a possibilidade de resultados falsos positivos e falsos negativos são recomendado medidas dietéticas nos dias que antecedem o teste e durante a sua realização.

Contudo, tal atitude é responsável por uma diminuição significativa da adesão dos doentes à realização do teste. A hidratação dos testes de hemocult, com a finalidade de aumentar a sua sensibilidade foi também



utilizada. Contudo, a este aumento de sensibilidade corresponde uma diminuição da especificidade.

Por estes motivos têm vindo a ser investigados novos métodos na PSOF:

O hemoquant, um teste quantitativo, menos afectado pela degradação bacteriana do heme, já que visa a detecção das porfirinas derivadas do heme e pelo tempo de armazenamento em laboratório, é contudo, relativamente complexo e caro.

Os testes imunológicos, em que se utiliza anticorpos de hemoglobina humana (Heme select, MonoHaem) ou de albumina humana (BM Test Cólon albumin) revelam-se mais sensíveis que o hemocult, não necessitam aparentemente das restrições dietéticas, são contudo menos específicos e significativamente mais caros.

Actualmente existem inúmeros testes imunológicos comercializados (Immudia Hem SP, MonoHaem, InSure, CO Hemodia, Iatro-HemocheK, LA HemoChaser, FexSure OBT, MagStream, HeSp, HEM-CHECK-1...)

Não existe nenhum estudo de avaliação da efectividade destes testes em rastreio de população assintomática. Os estudos disponíveis para a validação destes testes são comparativos com o hemocult em doentes sintomáticos e submetidos a colonoscopia com o intuito de avaliar sensibilidade e especificidade e mostraram conforme já dito que estes testes serão mais sensíveis mas menos específicos que o Hemocult II para detecção de adenocarcinomas ou pólipos maiores do que um centímetro.

Esta discussão assume particular importância já que é claramente insuficiente recomendar a realização de PSOF como forma de rastreio do CCR. Por estes motivos, a Organização Mundial de Saúde (WHO) e a Organização Mundial de Endoscopia Digestiva (OMED) publicaram (American Journal of Gastroenterology 2002) as suas recomendações conjuntas quanto à selecção do teste de PSOF concluindo resumidamente que:

- O teste de referencia é o Hemocult II;
- Outros testes poderão ser utilizados, nomeadamente os imunoquímicos, que dispensando as restrições dietéticas provem após avaliação na população alvo que têm

Em Portugal, a Comissão Oncológica Nacional recomenda a realização de PSOF mas nada recomenda quanto à selecção do teste, não se pronuncia sobre a importância de estudos de validação dos testes disponíveis no mercado e nada faz para introduzir o único teste de facto validado em estudos de larga base populacional o Hemocult II

pelo menos a mesma capacidade de detecção de carcinomas e adenomas grandes, que o Hemocult II.

Em Portugal, a Comissão Oncológica Nacional recomenda a realização de PSOF mas nada recomenda quanto à selecção do teste, não se pronuncia sobre a importância de estudos de validação dos testes disponíveis no mercado e nada faz para introduzir o único teste de facto validado em estudos de larga base populacional o Hemocult II.

Neste sentido e na prática convém saber que quando é solicitado um teste de PSOF a um laboratório, estamos desde logo a incorrer numa alteração aos protocolos propostos de rastreio, já que a efectividade e custos de rastreio com PSOF, são de facto baseados em testes Hemocult II distribuídos e lidos no Consultório do Médico.

Os testes solicitados aos laboratórios (experimentalmente perguntar ao vosso...) são quase sempre testes imunoquímicos (em amostragem de 4 laboratórios privados na Cidade do Porto e no HGSA todos utilizam testes imunoquímicos). Portanto, os resultados fornecidos são mais sensíveis mas menos específicos que os Hemocult mas a grande diferença está no preço, já que 3 amostras de PSOF custam entre 25 a 30 euros...

José Manuel Soares

Obesidade Factor adicional de risco nas doenças cancerígenas

Segundo um grupo de especialistas norte-americanos, o excesso de peso e a obesidade estão associados a um aumento do índice de mortalidade nas doenças cancerígenas.

O estudo, referenciado no New England Journal of Medicine, permitiu acompanhar uma população de mais de 900 mil adultos saudáveis desde 1982 altura em que se iniciou a investigação. Nos 16 anos que se seguiram foram registados 57.145 mortes por cancro e, neste sentido, a equipa de especialistas procedeu à análise da relação entre o IMC e os casos de morte por todos os tipos de cancro e por cada doença cancerígena específica.

Os resultados mostraram que os indivíduos mais gordos (IMC = 40) tinham uma taxa de mortalidade associada ao cancro superior à população com peso normal. Verificou-se também que, tanto nos ho-

mens como nas mulheres, o IMC está significativamente relacionado com elevados índices de mortalidade nos cancros do esófago, fígado, pâncreas e rins.

A equipa de investigadores calculou ainda que a incidência de excesso de peso e obesidade nos Estados Unidos pode mesmo representar cerca de 14% do total de mortes resultantes de doenças cancerígenas no que diz respeito ao sexo masculino, valor que se situa em 20% nas mulheres.



Casos endoscópicos Perfuração esofágica - encerramento com cola de fibrina

DOENTE DO SEXO MASCULINO, 71 AOS DE idade, avaliado por impactação de espinha no esófago. Após a remoção, constatou-se a presença de pequena laceração superficial, tendo sido transferido para o hospital da área de residência.

Cerca de 1 semana depois, é re-enviado ao serviço de urgência com quadro clínico de mediastinite. A TAC revelou formação abce-

dada no mediastino com cerca de 3-4 cm de extensão (fig. 1).

Efectuou endoscopia digestiva alta, que mostrou pequena perfuração a nível do local da anterior laceração (fig. 2). Foi medicado com dieta zero, alimentação parenteral e antibioterapia e.v. com remissão do quadro de mediastinite.

Por manter a perfuração, obtou-se pela apli-

cação de cola de fibrina em 3 sessões (fig. 3). Teve alta, mantendo ainda pequena loca residual, com ausência de mediastinite, tolerando bem a alimentação oral.

Neves P, Amaro P, Sousa HT, Gomes D, Santos E, Gouveia H, Freitas D.
Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra e Hospital de Castelo Branco

**1º Prémio dos Instantâneos Endoscópicos do 2º Curso de Endoscopia Digestiva da SPED
Serviço de Gastrenterologia, Hospital Geral de Santo António, Porto**



Fig. 1 - TAC: Imagens de gás no interior da transição cervico-mediastínica, compatíveis com rotura esofágica

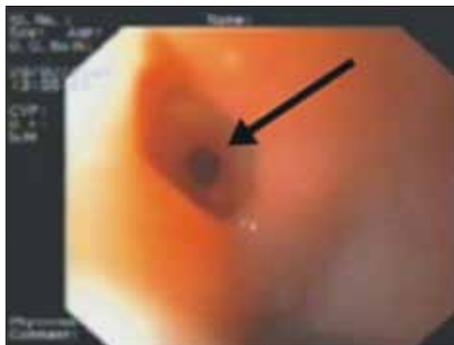


Fig. 2 - Imagem endoscópica da perfuração (seta)



Fig. 3 - Obliteração da perfuração com cola de fibrina

w w w . s p e d . p t

ENDOCruzadas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											

Horizontais

1. O nosso título. 2. Tombadas; Havia um de Colombo. 3. Por baixo do cobertor. 4. Princípio de esófago; Transpirar. 5. A memória aleatória dos computadores; Mistura. 6. Ácido aminolevulínico; As vogais desordenadas. 7. Nota musical; Extra-terrestre; Bata. 8. Deslocação de cá para lá; r em grego; o contrário de vir. 9. Ecoa (invert.); Obstar. 10. Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia; Cadeia de montanhas.

Verticais

1. Ultrasonografia. 2. Sódio; Com asas. 3. Situação embaraçosa; Aspirina truncada. 4. Poemas em estrofes semelhantes pelo número e medida dos verbos. 5. 10-9m. 6. Tecla para abandonar as aplicações no computador; pronomes pessoais; Observações (abrev.). 7. Os constituintes do esqueleto; Olha. 8. Resultado de problema; Caminhar para lá. 9. Tornar mais leve. 10. Faleça; Engana-se.

Horizontalis: 1. Endonews, 2. Caidas; Ovo, 3. Lengoi, 4. Esco; Suar, 5. RMM, Mescla, 6. ALA; EIOAU, 7. Fg; ET; Soma, 8. Ida; Ro; Ir, 9. Aos; Obviar, 10. SP6; Serra, Verticalis: 1. Ecografia, 2. Na; Alados, 3. Dilema; Asp, 4. Odes, 5. Nandme- tra, 6. Esc; Euj; Obs, 7. Ossos; Ve; 8. Solução; Ir, 9. Aliviar, 10. Morra; Erra.

Agenda

1º Curso de Introdução às Terapias Cognitivo-comportamentais

Beja, 6 a 14 de Junho de 2003

Tel: 284321450

WONCA Europe 2003 - 9th Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine

Eslovénia, 18 a 21 de Junho de 2003

I Jornadas de Cardiologia em Medicina Familiar dos Açores e Continente

Lisboa, 20 e 21 de Junho

Tel: 217951153

1º Curso sobre Eficácia Pessoal e Gestão de Equipas

Lisboa, 26 de Junho a 18 de Julho de 2003

Tel: 218811700

4º Curso de Treino em Assertividade

Lisboa, 3 a 11 de Julho de 2003

Tel: 218811700

7º Curso sobre Clínica das Perturbações de Personalidade

Lisboa, 4 e 5 de Julho de 2003

Tel: 218811700

4º Curso em Entrevista de Avaliação na Ansiedade e na Depressão

Lisboa, 9 a 23 de Julho de 2003

Tel: 218811700

IX Jornadas de Medicina Gastroenterológica a Sul do Douro

Encontro de Gastroenterologia e Clínica Geral

Espinho, 26 e 27 de Setembro de 2003

Tel: 227842875

6th World WONCA Rural Health Conference Pós-conferência

Gerês, 27 a 30 de Setembro de 2003

Tel. 217615250

8º Congresso Nacional de Medicina Familiar

28 a 30 de Setembro de 2003

Tel. 217615250

Annual Scientific Meeting of the American College of Gastroenterology

Baltimore, 10 a 15 de Outubro de 2003

XVIII Jornadas de Medicina Geral e Familiar de Coimbra

Coimbra, 29 a 31 de Outubro de 2003

Tel. 239484287

United European Gastroenterology Week

Madrid, 1 a 5 de Novembro de 2003

VI Congresso Venezuelano de Medicina Familiar

“Medicina Familiar, especialidade do primeiro nível de cuidados e pedra angular da prática ambulatória”

Venezuela, 4 a 8 de Novembro de 2003

Tel. 58-212-263-9733

Reunião de Consenso – Carcinoma do Pâncreas

Vilamoura, 14 e 15 de Novembro de 2003



Qualidade de vida
num abrir