



Um Congresso que tende a acentuar a união da Gastrenterologia

LUÍS TOMÉ, PHD

store

NEWS FARMAMA

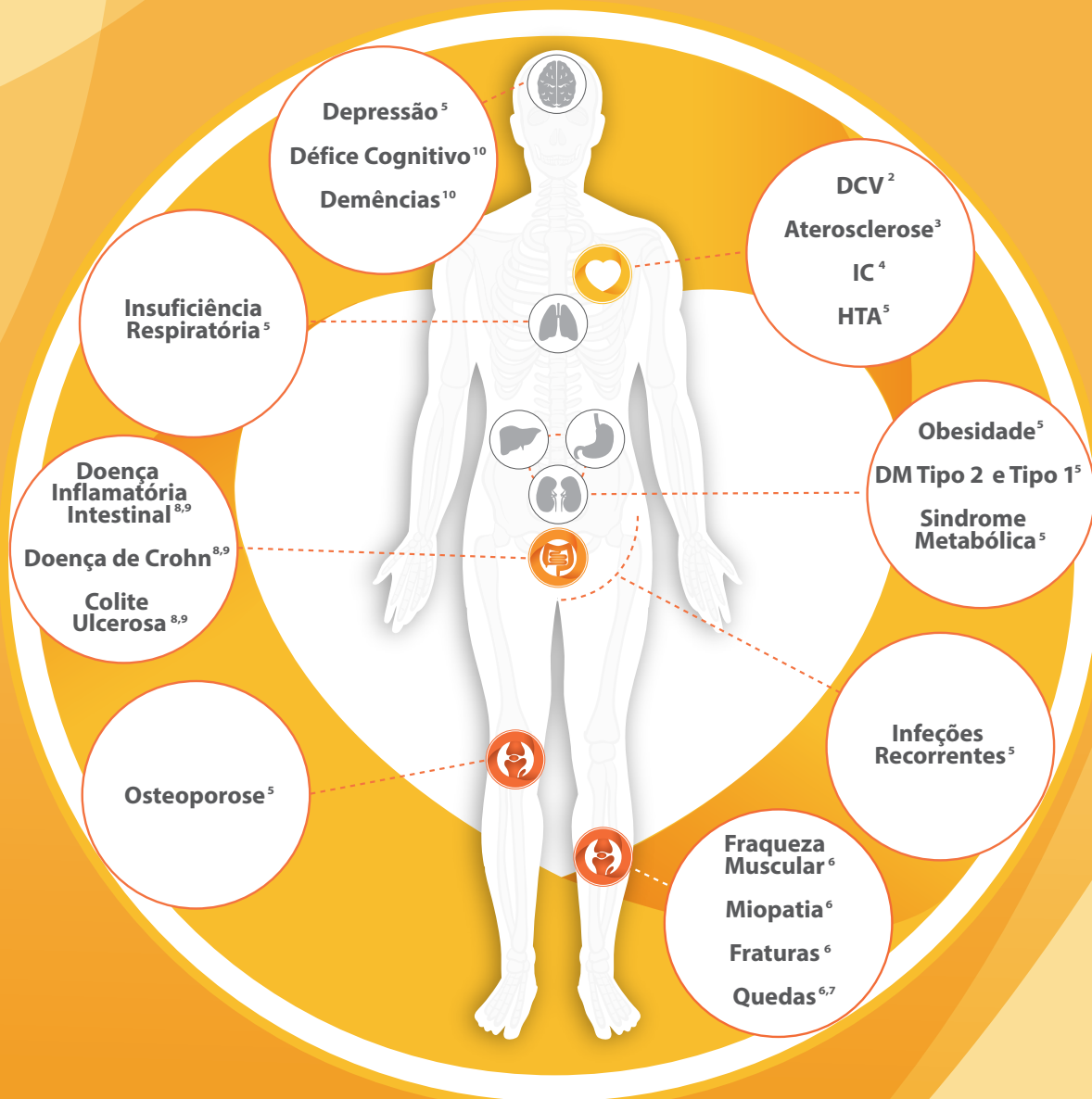
Esta publicação está também disponível em formato digital
Faça o download gratuito. Registe-se em store.newsfarma.pt





EGOSTAR®

REPÕE OS NÍVEIS DE VITAMINA D



A deficiência de vitamina D está associada a uma maior probabilidade de desenvolver diversas doenças principalmente no grupo com maior risco de ter carência de vitamina D, os idosos +65 anos¹. Agora com Egostar® é mais fácil do que nunca produzir o efeito contra a deficiência da vitamina D através de um único comprimido que fornece a dose diária necessária para o organismo durante 28 dias.

Um por mês fortalece e o corpo agradece.

EGOSTAR®

colecalfiferol

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM 1. NOME DO MEDICAMENTO Egostar 22.400 U.I., comprimidos revestidos por película. **2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada comprimido revestido por película de Egostar 22.400 U.I. contém 560 µg de colecalfiferol. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos brancos, oblongos e revestidos por película. **4. INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Egostar está indicado na prevenção e no tratamento da deficiência em vitamina D, em adultos. **5. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Via oral. Um comprimido a cada 28 dias (equivalente a 800 U.I./dia), inteiro, com água. Este medicamento não deve ser administrado em crianças. Não é conhecida a necessidade de efectuar ajustes de dose em doentes com insuficiência hepática. Este medicamento deve ser administrado com precaução em doentes com doença renal. **6. CONTRAINDICAÇÕES** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes, hipervitaminose D, nefrolitíase, doença ou condição resultante de hipercalcemia e/ou hipercalcúria, insuficiência renal grave. **7. EFEITOS INDESEJÁVEIS** Pouco frequentes: Hipercalcemia e hipercalcúria; Raros: Prurido, exantema e urticária. Em caso de hipercalcemia ou sinais de comprometimento da função renal a dose deve ser reduzida ou o tratamento descontinuado. **8. DATA DA REVISÃO DO TEXTO** Outubro 2014. **Regime de Participação: Escalão C - 37%.** Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Medicamento sujeito a receita médica.

1) Adaptado de: Separata Simpósio Multidisciplinar Vitamina D; Vit. D em outros contextos clínicos - Vit. D no Idoso, Drª. Rafaela Veríssimo - 2016 - Médico News. 2) Zhang R et al. Am J Clin Nutr 2017 March 1. Epub ahead of print. 3) Lupoli R et al. J Clin Endocrinol Metab 2017 May 9. Epub ahead of print. 4) Witte, K.K. et al. J Am Coll Cardiol. 2016;67(22):2593-603; Effects of Vitamin D on Cardiac Function in Patients with Chronic HF - The Vindicate Study. 5) Vitamin D for Health: A Global Perspective; Hossein-Nezhad A., Holick M.F.; Mayo Clin Proc. 2013; 88(7): 720-755. 6) A Pooled Analysis of Vitamin D Dose Requirements for Fracture Prevention, Bischoff-Ferrari HA, et al., N Engl J Med. 2012, Jul 5:367(1):40-9. 7) AGS/BGS Clinical Practice Guidelines: Prevention of Falls in Older Persons. 8) Adaptado de: Lower levels of vitamin D correlate with clinical disease activity and quality of life in inflammatory bowel disease, Dias de Castro F, Magalhães J, Boal Carvalho P, Moreira MJ, Mota P, Cotter J., V.52 no.4 - out/dez 2015. 9) Review Article: Vitamin D and inflammatory bowel diseases. Mouli et al. Aliment Pharmacol Ther 2014; 39: 125-136. 10) Clinical Interventions in Aging 2014; 9.



JABA RECORDATI

Lagoas Park, Edf.5, Torre C, Piso 3
2740-245 Porto Salvo, Portugal
Tel.: 21 432 95 00 | Fax: 21 915 19 30
www.jaba-recordati.pt

COMPARTICIPADO

Capital Social de 2.000.000,00 Euros • Contribuinte nº 500492867 matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Cascais sob o mesmo número.

Ref.: 012/2019 | MP02/2019

Semana Digestiva com novidades no formato

A Semana Digestiva surge nesta edição com algumas novidades no formato. Uma das inovações que o Prof. Doutor Luís Tomé avança será a realização de “discussões com dois colegas a defender pontos de vista antagónicos sobre um mesmo assunto”. Em entrevista ao Jornal do Congresso, fala ainda da apresentação de casos clínicos por jovens especialistas, que depois são comentados por gastroenterologistas diferenciados.

J

ornal do Congresso (JC) |

A Semana Digestiva regressa ao Algarve. Que significado atribui a esta reunião?

Prof. Doutor Luís Tomé (LT) | A Semana Digestiva, reunião que aborda temas sobre os mais variados aspectos da Gastroenterologia, é um Congresso que tende a acentuar a unidade da Gastroenterologia.

Quando uma área do saber atravessa uma fase de profundo crescimento, como acontece com a nossa especialidade, existe uma tendência para que as suas diversas componentes tenham tendência a autonomizar-se. Assim vemos, actualmente, colegas que se reclamam da Gastroenterologia, mas que não manuseiam endoscópios, na medida em que se dedicaram ao diagnóstico e tratamento das doenças hepáticas. Ao mesmo tempo, outros existem que se entendem predominantemente com duodenoscópios preenchendo as suas actividades na realização de CPREs e dos procedimentos que lhe são conexos desinteressando-se de outros domínios da nossa especialidade.

Não duvido de que necessitamos de hiperespecialistas em certas áreas, mas o manuseio dos doentes não vive desta hiperespecialização. Quando alguém padece do que lhe parece ser uma afecção do aparelho digestivo procura um médico capaz de o entender como um todo. Ou seja, procura um Gastroenterologista que tenha uma visão geral e clara do seu problema. Este médico, de conhecimentos variados e competências diversas, é que é a figura central da nossa especialidade. Tem, na Semana Digestiva, oportunidade para sedimentar os seus conhecimentos e para se actualizar.



Luís Tomé, PhD

JC | Que assuntos serão abordadas neste Congresso?

LT | Começar por lhe dizer que a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, a SPED, propôs à Comissão Organizadora para o tradicional curso pós-graduado um programa interessante que eu gostaria de salientar. Assim, por exemplo, vamos discutir em que medida as imagens endoscópicas estarão já em condições de substituir a apreciação histológica. Poderemos igualmente assistir a discussões sobre os limites da endoscopia que tradicionalmente se interessava apenas pela mucosa enquanto que hoje claramente a ultrapassa. Finalmente vamos ver em que ponto está a endoscopia no tratamento da obesidade, assunto sobre o qual tem havido interessantes desenvolvimentos. Vale a pena assistir, acreditem.

Dizer ainda que se chamou ao palco principal, de que andava afastada há alguns anos, a doença de refluxo que cada vez mais surge nas consultas dos Gastroenterologistas. Deveremos usar IBP toda a vida ou devemos chamar

um cirurgião mais precocemente do que se costuma fazer. Ainda, o Barrett deve ser rastreado? os seus aspectos são óbvios ou nem tanto? Depois da biópsia nesse epitélio que alternativas se nos colocam? A ablação por radiofrequências terá sentido como alguns sugerem ou terá apenas efeitos transitórios?

Existe uma mesa sobre pólipos em que se discutem temas com que qualquer gastroenterologista é confrontado com frequência: que significado têm os pólipos síncronos do colón? Será que a polipectomia a frio é tão inócua como se diz? E quais serão os limites para a realizar? Quanto a pólipos do colón com menos de 10 mm coloca-se em discussão se eles devem ou não ser removidos numa época em que se tem demonstrado que os riscos que se lhe associam são muito menores do que se pensava.

Haverá uma tarde em que se compacta todo o programa sobre doença inflamatória do colón. Salientaria as discussões sobre tratamentos precoces do Crohn e sobre uma eventual

cirurgia precoce nestes doentes. Na sequência decorrerá uma sessão de comunicações sobre estes assuntos.

O fígado tem igualmente temas aliantes que convém seguir sendo de salientar que o programa deixa de estar centrado sobre as hepatites virais doenças cujo controle está agora mais garantido. Gostaria de aproveitar a oportunidade para fazer notar a crescente importância que os problemas pancreatológicos vêm ganhando nas nossas reuniões, resultado de uma maior compreensão dos problemas e da existência de uma renovada capacidade de intervenção.

JC | Quais as maiores preocupações quanto ao exercício da vossa actividade profissional?

LT | Existe neste momento uma grande crispação quanto às responsabilidades dos colegas que praticam endoscopia, ou seja, quase todos os gastroenterologistas. Para se ter uma ideia, cerca de um quarto dos gastroenterologistas estão envolvidos numa litigância judicial colocada

pelos doentes. Os doentes exigem responsabilidades e reclamam indemnizações num contexto que essas responsabilidades, a maior parte das vezes, mal se descortinam. Nesse sentido, solicitou-se ao presidente do nosso Colégio que fizesse uma palestra sobre novidades e perplexidades na nossa área que antecede uma mesa redonda sobre aspectos médico-legais da nossa actividade profissional. Esta mesa redonda junta juristas, profissionais de seguros e gastroenterologistas e está colocada num horário que permite que os debates se alonguem.

JC | Gostaria de destacar algum acontecimento que se irá realizar durante a Semana Digestiva?

LT | Existem algumas novidades de formato. Assim, por exemplo, haverá discussões com dois colegas a defender pontos de vista antagónicos sobre um mesmo assunto sendo que algumas destas discussões estão integradas em mesas redondas. Haverá ainda casos clínicos ilustrativos em que colegas mais jovens apresentam casos paradigmáticos que serão discutidos por uma gastroenterologista mais diferenciado.

Destacaria uma inovação que consiste em tratar condignamente a indústria farmacêutica e de equipamen-

tos. Existem algumas conferências patrocinadas pela indústria, que estão incluídas na normal sequência do programa e não acantonadas em lugares ou em horas menos apropriadas.

Salientaria ainda a presença de alguns proeminentes gastroenterologistas. Assim, o Prof. Doutor Jacques Bergman, conhecido pelo seu interesse pelo Barrett, falará sobre ablação por radiofrequências neste contexto. Aproveitando a sua experiência sobre processamento das imagens com apoio informático solicitou-se que fizesse uma palestra a este respeito.

Diria também que teremos entre nós o Prof. Doutor Schlioma Zaterka, presidente da Federação Brasileira de Gastroenterologia, que vai falar sobre o que acontece à mucosa gástrica após erradicação de Hp.

Gostaria ainda de acentuar que convidámos um economista da Universidade Nova de Lisboa para fazer uma alocução subordinada ao tema Não há dinheiro! Não deixem de se surpreender com o brilhantismo do Prof. Doutor Nadim Habib.

JC | A terminar o mandato como presidente da SPG, que balanço faz destes últimos anos?

LT | Foram dois anos enriquecedores para a minha personalidade desejando eu agradecer muito a confiança

A Semana Digestiva, reunião que aborda temas sobre os mais variados aspectos da Gastroenterologia, é um Congresso que tende a acentuar a unidade da Gastroenterologia

que depositaram em mim quando me elegeram. Pela minha parte foi com satisfação que verifiquei que estava preparado para as tarefas a que me abalancei. Destas evidentemente destaco a aquisição de uma nova sede para a Sociedade, processo cuja necessidade se anunciava há muitos anos mas que nunca se tinha conseguido concretizar.

JC | Como presidente deste Congresso, qual a mensagem que gostaria de deixar aos participantes?

LT | O mais destacado membro da nossa comunidade é o gastroenterologista geral, entendido como o médico que avalia os sintomas, que pode endoscopar ou ecografar e que finalmente aconselha um tratamento que em muitos casos ele próprio pode executar. Os gastroenterologistas apenas dedicados ao “pelo preto do rato branco”, como se costuma dizer, podem ser úteis para pôr em marcha procedimentos que lhes solicitem, mas nunca serão o elo fundamental da nossa especialidade. Sem menos consideração pelas suas hipercompetências que também são, evidentemente, necessárias.

Nota: Este texto não está escrito no acordo ortográfico em vigor por opção do autor

Boas-vindas da SPED à Semana Digestiva 2019



Mário Dinis-Ribeiro, PhD
Presidente da SPED

Coautores:
Miguel Areia, PhD
Vice-Presidente da SPED

Nuno Almeida, PhD
Secretário-Geral da SPED

A Semana Digestiva 2019 está a chegar e em nome da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) queremos dar-vos as boas-vindas à nossa reunião magna, onde a Endoscopia Digestiva terá mais uma vez um lugar de destaque no programa científico.

O Curso de Pós-Graduação deste ano, da nossa responsabilidade, será dedicado ao tema “Endoscopia digestiva: evolutiva, disruptiva ou ambas”, versando tópicos como:

> A deteção de displasia por imagem endoscópica avançada ou biopsias aleatórias: no esófago de Barrett (*versus* o protocolo de Seattle), na avaliação da gastrite (*versus* o protocolo MAPS) e na avaliação da colite ulcerativa (*versus* o protocolo de biopsias múltiplas);

> A deteção de lesões digestivas: como é o diagnóstico atual por endoscopia e qual o lugar da Inteligência Artificial no presente e futuro próximo;

> A camada muscular como limite para as técnicas atuais de ressecção: ao considerar novas abordagens como a ressecção endoscópica transluminal

por orifício natural (NOTES), a ressecção endoscópica da totalidade da parede digestiva (EFTR), as drenagens guiadas por Ecoendoscopia, a miotomia endoscópica por via endoscópica (POEM) ou a excisão de lesões subepiteliais da camada muscular própria;

> A endoscopia digestiva no tratamento da obesidade: por balão intragástrico ou novas abordagens como as técnicas de redução luminal ou o “*resurfacing*” da mucosa duodenal;

> E a formação em endoscopia digestiva: onde se pretende debater o que deve ser realizado por todos os gastroenterologistas, o que deve ser reservado apenas para alguns, assim como adaptar a formação endoscópica à evolução. Além disso, durante o programa principal, a Endoscopia Digestiva também terá mesas redondas relevantes para debater questões como: o aspeto médico-legal da endoscopia digestiva; medidas de desempenho para serviços de endoscopia segundo as recomendações da ESGE; um debate sobre o Programa Nacional de Rastreio do

Cancro Colorretal Nacional; o pólipos maligno excisado sem critérios curativos; a prática atual na doença do refluxo; o espectro da doença de Barrett e uma atualização sobre o manejo dos pólipos do cólon.

A SPED está muito orgulhosa deste programa e esperamos que os nossos sócios o achem interessante e relevante para a sua prática endoscópica.

Bem-vindos à nossa Semana Digestiva 2019!

A SPED está muito orgulhosa deste programa e esperamos que os nossos sócios o achem interessante e relevante para a sua prática endoscópica

Boas-vindas da APEF



Filipe Calinas, MD
Presidente da APEF

Caras(os) Colegas e Amigas(os)

É com imensa satisfação que, em nome da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado, vos dou as Boas-Vindas à Semana Digestiva 2019.

A Semana Digestiva revela sua grandiosidade pelo elevado número de participantes, qualidade dos temas e palestrantes e, particularmente, pelo espectro alargado das matérias abordadas. Seguindo a tradição, a edição 2019 cuidou de reservar uma parcela significativa do seu tempo para discussão dos assuntos próprios ao fígado.

Contamos com a sua participação para propiciar um ambiente de interação e troca de experiências. Necessitamos

A Semana Digestiva revela sua grandiosidade pelo elevado número de participantes, qualidade dos temas e palestrantes e, particularmente, pelo espectro alargado das matérias abordadas

da sua participação ativa para, de facto, atingir o sucesso.

A APEF agradece o esforço e empenho de todos os elementos da comissão organizadora e, em particular, aos dois membros da sua anterior direção, Prof.^a Doutora Adélia Simão e Dr.^a Sandra Lopes.

Agradecemos também a todos os palestrantes que gentilmente aceitaram nosso convite, bem como, a todos aqueles que submeteram os seus trabalhos ao Congresso.

Um reconhecimento para a indústria farmacêutica, sempre irrepreensível no apoio à formação pós-graduada.

Façam o favor de participar...e de ser felizes!

Abraço

VI ENCONTRO NACIONAL DA APEGAST

Promover troca de experiências, aprendizagem e atualização



Rafael Oliveira, Nurse
Presidente da APEGAST

Caríssimos colegas!

O VI Encontro Nacional da APEGAST constitui o principal encontro científico para a nossa associação e que se realiza em maio de 2019 em Vilamoura.

Foi cuidadosamente desenvolvido pela Comissão Organizadora um programa científico abrangendo áreas-chaves em Enfermagem em Endoscopia e Gastrenterologia, proporcionando assim a todos a oportunidade de participar num evento diferenciado. Serão diversos os oradores nacionais convidados e destacamos uma oradora internacional – Ulrike Beilenhoff (Fundadora da ESGENA e Presidente da associação alemã) -

reconhecida especialista na área do Reprocessamento em Endoscopia.

Serão abordados temas atuais e de interesse relevante, proporcionando a todos a possibilidade de assistirem a apresentações que, agregando valores e experiência, de certeza irão dar um contributo valiosíssimo para uma reflexão sobre a nossa prática diária.

À semelhança do ano anterior, e a pedido de vários colegas, teremos novamente o *Workshop* sobre Reprocessamento em Endoscopia. Este ano teremos também um *Workshop* sobre Próteses.

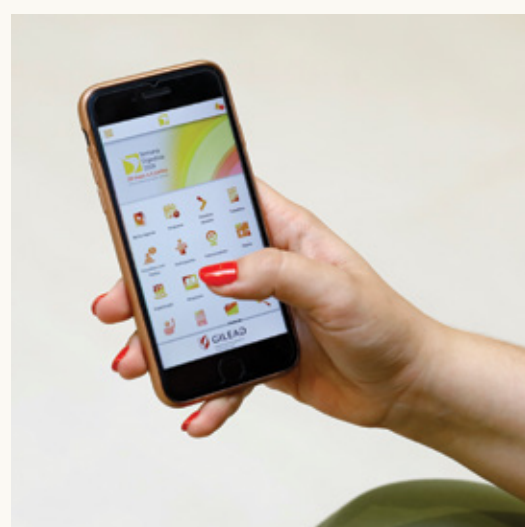
Queremos proporcionar-lhe um ambiente de troca de experiências,

momentos únicos de discussão, aprendizagem e atualização.

A nossa Associação mantém-se aberta à colaboração com outras estruturas associativas, entidades governamentais competentes e instituições europeias, prosseguindo a estreita relação que temos mantido com a Semana Digestiva nacional na organização de eventos de interesse comum, encarando o futuro com confiança e mantendo o compromisso firme de promover a divulgação e o debate da Enfermagem em Endoscopia e Gastrenterologia.

Em nome de toda a equipa da Comissão Organizadora, dou as boas vindas a todos!

FLASHES



Peroral endoscopic myotomy



Pietro Familiari, MD

Assistant Professor.
Digestive Endoscopy Unit.
Fondazione Policlinico
Universitario Agostino
Gemelli IRCCS.
Università Cattolica del Sacro
Cuore, Rome – Italy

Peroral Endoscopic Myotomy, or POEM, is the most recent techniques developed for the treatment of esophageal motility disorders, and it is one of the most creative and innovative endoscopic of the last decade.

POEM really represent the archetype of a “Thirds-Space Endoscopic Procedure”, a transluminal intervention performed in the submucosal layers. If gastrointestinal lumen was traditionally considered the “first space” and the peritoneal cavity the “second space”, the intramural submucosal layers should be considered the “third space”.

The milestone in the developing process of third-space endoscopy, was the concept of “submucosal endoscopic tunneling”. After a small mucosal incision, the endoscope is advances into the gastrointestinal wall, through an artificially created submucosal tunnel, within an integral mucosa and the muscular layer. This was originally ideated to overcome the problem of a clean access to peritoneal cavity or mediastinum during the first complex experiments of NOTES, Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery. However, very quickly, the submucosal layer of the esophageal and gastric wall

become a functional working space to treat motility disorders or remove submucosal tumors.

In 2008, POEM was the first clinical application on a large scale of the principles of submucosal endoscopy with a mucosal flap safety valve. In a very short period of time, it becomes one of the first line therapies of achalasia and other esophageal motility disorders.

POEM combines the benefits of a minimally invasive trans-oral and endoscopic procedure, with the long-term efficacy of a surgical myotomy. POEM technique includes a short incision of the mucosa of distal esophagus, followed by the submucosal dissection and tunneling crossing the esophago-gastric junction and the myotomy.

POEM is indicated for the treatment of all types of esophageal achalasia, but also for advanced sigmoid type achalasia, or patients with recurrent symptoms after failed surgical myotomy, or other esophageal motility disorders (distal esophageal spasm or hyper contractile esophagus). In particular, these disorders are relatively rare but they have no definitive and reliable treatments so far. Furthermore, POEM can be proposed for the treatment of achalasia in patients of every age, including also children and elderly.

The outcomes of POEM have been objects of many clinical trials and case series so far. The efficacy of the procedure is excellent, with a very high clinical success rate even at mid- and long- term. In contrast, complication- rate is extremely low. The really vast majority of reported adverse events were grade as mild, and did not require any specific therapy.

I am pretty sure that other new exciting developments in the field of the third space endoscopy are yet to come

Few authors reported on moderate or severe complications, that occurred in approximately 0,8-1% of the procedures.

Gastro-esophageal reflux is the most common adverse event after POEM. Approximately 30% to 40% of patients after POEM suffer from chronic heartburn or esophagitis. However, symptoms are usually well controlled with proton pump inhibitors or anti-acid medications. In addition, an endoscopic anti-reflux procedure could always be proposed to patients with refractory symptoms.

POEM is just the first of a series of innovative endoscopic submucosal procedures, recently ideated and that are gaining consensus: the STER procedure (Submucosal Tunneling and Endoscopic Resection), for the treatment of challenging submucosal tumors of the esophagus or cardia; the G-POEM, an endoscopic myotomy of the pylorus, for the management of gastric outlet obstruction; the Z-POEM for the treatment of Zenker's diverticulum; or the D-POEM, for the treatment of large esophageal diverticulum. And I am pretty sure that other new exciting developments in the field of the third space endoscopy are yet to come.

The milestone in the developing process of third-space endoscopy, was the concept of “submucosal endoscopic tunneling”



NECESSIDADES E PERPLEXIDADES

A Gastrenterologia nacional



Ricardo Gorjão, MD

Gastrenterologista, Hospital CUF
Descobertas CHBPT- CHLC.
Presidente do Colégio
de Gastrenterologia

A Gastrenterologia, tal como a conhecemos hoje, resulta do seu desenvolvimento rápido e sustentado ao longo dos anos, alicerçado na evolução da área endoscópica e das múltiplas técnicas de diagnóstico e, em especial, de terapêutica. Acompanhar esta evolução, no campo da formação específica na Especialidade (na vertente dos formandos e dos Serviços formadores) e na área regulamentar e médico-legal torna-se desafiante e são essas, indubitavelmente, as prioridades do trabalho desenvolvido pelo Colégio. Considerou-se assim fundamental a revisão do programa de formação do Internato de Gastrenterologia, atualizando-o e adequando-o às necessidades e exigências da prática gastrenterológica atual. O método vigente de avaliação, incluindo o modelo do exame final de internato, deve igualmente ser equacionado.

É também necessária uma revisão sistemática dos critérios de avaliação das idoneidades e capacidades formativas dos Serviços de Gastrenterologia. Esses critérios devem ser definidos objetivamente e aplicados de forma isenta, permitindo uma determinação clara da contribuição de cada serviço para a aptidão nacional de capacitar os Internos da Especialidade. Os Serviços, para além da atribuição de determinada idoneidade geral perante as exigências do programa de Internato, poderão contribuir como centros certificados com idoneidade para a

formação específica em determinadas áreas do conhecimento. Tal permitirá maior flexibilização do internato, promoverá a mobilidade entre centros e a inclusão de mais Serviços com capacitação específica na formação.

Para além destas questões relacionadas com a pré-graduação em Gastrenterologia, o contexto atual de exercício da Medicina caracteriza-se também por uma fácil propensão para a litigância. Em paralelo com a maior capacidade técnica e interventiva da Especialidade, é evidente o aumento das situações médico-legais em que o médico, na sua prática diária e regular, se descobre implicado. Torna-se assim importante, para proteção de cada um e da Gastrenterologia no seu todo, conhecer a legislação vigente aplicável à Especialidade, perceber as implicações médico-legais do ato médico que pratica, estabelecer uma relação com o doente de forma a informá-lo cabalmente sobre os procedimentos propostos, suas alternativas e obter o seu consentimento legalmente válido, cumprir as necessidades respeitantes aos registos em processo clínico e, finalmente, clarificar definitivamente que tipo de proteção, por terceiros, se aplica em contexto de litigância.

São estes três pilares principais – Formação, Idoneidades e Questões médico-legais – que têm sido trabalhados e discutidos por este Colégio da Especialidade, no presente mandato.

São estes três pilares principais – Formação, Idoneidades e Questões médico-legais – que têm sido trabalhados e discutidos por este Colégio da Especialidade, no presente mandato

FLASHES



Expanded indications for Hot AXIOS



Alexander Arlt, PhD

Department of Internal Medicine I,
UKSH-Campus Kiel, 24105 Kiel,
Germany.
aarl@1.med.uni-kiel.de; Tel.:
+0049-431-50022210

Endoscopic ultrasound (EUS)-guided placement of lumen apposing metal stents (LAMS) offers new therapeutic options for established indications like drainage of pancreatic fluid collections but also for new EUS guided procedures like intestinal bypasses and drainage of the hepatobiliary system.

EUS-guided transluminal drainage using plastic or metal stents has evol-

ved to become the treatment of choice for pancreatic fluid collections.

At the start of this century, EUS-guided drainage of pseudocyst and necrosis was performed with placement of multiple plastic stents (PS) or biliary fully covered self-expandable metal stent (FCSEMS). However, these stents are not designed and approved for these indications and have several design deficiencies that result in high rate of stent migration, occlusion, and inability to perform direct endoscopic necrosectomy without stent removal.

In line more than ten years ago Lumen-apposing metal stents (LAMS) were specifically designed for the drainage of fluid collections. These stents offer several advantages compared to the other stent system but currently only one stent preloaded on an electrocautery delivery system, the Hot AXIOS (Boston scientific) device, is available¹. This stent system offers the outstanding advantage that in the process of placement of the stent no difficult or potential dangerous change of material or guidewire and/or fluoroscopy guidance is needed².

Therefore, this stent can easily, safely and directly place in the targeted fluid collection by EUS guidance and

Hot AXIOS system is currently the only LAMS preloaded on an electrocautery delivery system offering advantages for treatment of well-established indications like pancreatic fluid collections but this system is also essential in broadening the spectrum of EUS guided interventions on the hepatobiliary system and intestinal anastomosis

without the need of any other material^{3,4}. These advantages are pivotal for broader indications like safe bile duct drainage, gallbladder drainage and developing indications like anastomosis of intestinal structures to bypass strictures or for bariatrics.

In line, there is a growing published evidence that the Hot AXIOS system

can efficiently be used for interventions of the bile and pancreatic duct in case of a failed or difficult ERCP^{2,5-7}. Furthermore, the device offers survival advantages for non-surgical candidates presenting with cholecystitis^{2,8,9}. For these indications, besides overwhelming published clinical advantages, official European approval exists.

Finally, clinical studies are under the way establishing EUS guided Hot AXIOS placement for anastomosis between intestinal structures for bypass of benign and malignant strictures but also for indications like bariatrics¹⁰⁻¹⁴.

In summary, the Hot AXIOS system is currently the only LAMS preloaded on an electrocautery delivery system offering advantages for treatment of well-established indications like pancreatic fluid collections but this system is also essential in broadening the spectrum of EUS guided interventions on the hepatobiliary system and intestinal anastomosis.

Keywords:

Lumen apposing metal stent, walled off necrosis, EUS-guided drainage, necrosectomy

Literature

1. Saunders R, Ramesh J, Cicconi S, et al. A systematic review and meta-analysis of metal versus plastic stents for drainage of pancreatic fluid collections: metal stents are advantageous. *Surg Endosc* 2019;33:1412-1425; 2. Anderloni A, Leo MD, Carrara S, et al. Endoscopic ultrasound-guided transmural drainage by cautery-tipped lumen-apposing metal stent: exploring the possible indications. *Ann Gastroenterol* 2018;31:735-741; 3. Zeissig S, Sulk S, Brueckner S, et al. Severe bleeding is a rare event in patients receiving lumen-apposing metal stents for the drainage of pancreatic fluid collections. *Gut* 2019;68:945-946; 4. Jurgensen C, Distler M, Arlt A, et al. EUS-guided drainage in the management of postoperative pancreatic leaks and fistulas (with video). *Gastrointest Endosc* 2019;89:311-319 e1; 5. Bruckner S, Arlt A, Hampe J. Endoscopic ultrasound-guided biliary drainage using a lumen-apposing self-expanding metal stent: a case series. *Endoscopy* 2015;47:858-61; 6. Jacques J, Privat J, Pinard F, et al. Endoscopic ultrasound-guided choledochoduodenostomy with electrocautery-enhanced lumen-apposing stents: a retrospective analysis. *Endoscopy* 2018; 7. Dhir V, Isayama H, Itoi T, et al. Endoscopic ultrasonography-guided biliary and pancreatic duct interventions. *Dig Endosc* 2017;29:472-485; 8. Siddiqui A, Kunda R, Tyberg A, et al. Three-way comparative study of endoscopic ultrasound-guided transmural gallbladder drainage using lumen-apposing metal stents versus endoscopic transpapillary drainage versus percutaneous cholecystostomy for gallbladder drainage in high-risk surgical patients with acute cholecystitis: clinical outcomes and success in an International, Multicenter Study. *Surg Endosc* 2019;33:1260-1270; 9. Higa JT, Sahar N, Kozarek RA, et al. EUS-guided gallbladder drainage with a lumen-apposing metal stent versus endoscopic transpapillary gallbladder drainage for the treatment of acute cholecystitis (with videos). *Gastrointest Endosc* 2019; 10. Itoi T, Baron TH, Khashab MA, et al. Technical review of endoscopic ultrasonography-guided gastroenterostomy in 2017. *Dig Endosc* 2017;29:495-502; 11. Bang JY, Varadarajulu S. Lumen-apposing Metal Stents for EUS-guided Interventions. *Dig Endosc* 2019; 12. Saumoy M, Yarber C, Kahaleh M. Novel Uses of Lumen-Apposing Metal Stents. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2018;28:197-205; 13. Chen YI, James TW, Agarwal A, et al. EUS-guided gastroenterostomy in management of benign gastric outlet obstruction. *Endosc Int Open* 2018;6:E363-E368; 14. Amateau SK, Lim CH, McDonald NM, et al. EUS-Guided Endoscopic Gastrointestinal Anastomosis with Lumen-Apposing Metal Stent: Feasibility, Safety, and Efficacy. *Obes Surg* 2018;28:1445-1451.



A primeira preparação de 1Lt de PEG¹⁻³

Maior eficácia

Metade do volume¹



 **NOVO**
PLENVU®
Pó para solução oral

PEG 3350, Ascorbato de Sódio, Sulfato de Sódio,
Ácido Ascórbico, Cloreto de Sódio e Cloreto de Potássio

Referência: 1. Raf Bisschops, Jonathan Manning, Lucy B. Clayton *et al.* Colon cleansing efficacy and safety with 1 L NER1006 versus 2 L polyethylene glycol + ascorbate: a randomized phase 3 trial. *Endoscopy* 2018; 50 DOI <https://doi.org/10.1055/a-0638-8125>. 2. Stefan Schreiber, Daniel C. Baumgart, Joost P. H. Drenth *et al.* Colon cleansing efficacy and safety with 1 L NER1006 versus sodium picosulfate with magnesium citrate: a randomized phase 3 trial. *Endoscopy* 2018; 50 DOI <https://doi.org/10.1055/a-0639-5070>. 3. DeMicco MP, *et al.* *Gastrointest Endosc* 2017; doi: 10.1016/j.gie.2017.07.047.

PLENVU, NORGINE e o seu logotipo são marcas registadas do grupo de empresas Norgine.

A Norgine recolhe ativamente informação sobre os seus produtos e o seu uso. Qualquer evento adverso deverá ser comunicado a Norgine Portugal Farmacêutica, Unipessoal Lda. Edifício Smart - Rua do Pólo Norte e Alameda dos Oceanos, Lote 1.06.1.1 - Escritório 1C Parque das Nações 1990-235 Lisboa. Email: iberiamedinfo@norgine.com.

Medicamento sujeito a receita médica não participado. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.

TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO: NORGINE PORTUGAL FARMACÊUTICA, UNIPessoal LDA.

EASL GUIDELINES

Doença hepática alcoólica



José Presa, MD
Unidade de Hepatologia,
CHTMAD, Vila Real

O consumo de álcool continua a ser um dos maiores flagelos da nossa sociedade, transversal a todas gerações e com padrões de consumo muito próprios com particular destaque para as gerações mais jovens. A doença hepática alcoólica continua a ser uma das causas mais importantes de doença hepática a nível mundial e em particular entre nós.

A EASL preocupada com este fenómeno e com esta patologia decide lançar em 2018 as suas guias clínicas de manuseio desta patologia.

Durante esta é conferência efetuaremos uma viagem por estas guias, começando por focar alguns conceitos de consumo e consumidores, bem como abordando as novas terminologias propostas onde se destaca o desaparecimento do termo alcoolismo passando esta patologia a ser designada por Perturbação do Uso de Álcool. Focar-nos-emos também nas dificuldades com que nos deparamos diariamente na avaliação destes doen-

A EASL preocupada com este fenómeno e com esta patologia decide lançar em 2018 as suas guias clínicas de manuseio desta patologia

tes no que toca à quantificação da quantidade de álcool e aos diferentes padrões de consumo, assim como das opções terapêuticas disponíveis para alcançar e manter a abstinência. Não nos afastando da clínica abordaremos também a validade e forma como interpretarmos os exames laboratoriais, marcadores de doença hepática e de consumo de álcool.

Como tratar as formas de doença hepática terminal que necessitam de transplantação e mais recentemente o uso da transplantação para tratar formas graves de hepatite alcoólica, manifestadas maioritariamente sob a forma de ACFL, será outros dos tópicos abordados nesta conferência.

Pretende-se que os participantes na conferência cheguem ao final com uma perspetiva adequada das mesmas, esperando que as mensagens chave destas guias tenham passado e que se possa alargar no final para uma discussão enriquecedora de diferentes experiências.



INDISPENSÁVEL, DISPENSÁVEL OU EVENTUAL

Therapeutic drug monitoring



Paula Ministro, MD

Assistente Graduada de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Tondela Viseu

A monitorização dos níveis séricos dos fármacos tem como objetivo conceptual a individualização da terapêutica, garantido maior objetividade na estratégia e permitindo avaliar a aderência. No caso das moléculas de síntese química, os níveis séricos dos fármacos ou dos seus metabolitos ativos permitem concluir se o fármaco (azatioprina, ciclosporina, tacrolimus) se encontra no intervalo terapêutico.

No caso dos anticorpos monoclonais e devido à capacidade que estes têm de induzir a formação de anticorpos são importantes não só o nível do fármaco e a deteção de anticorpos antifármaco, como também perceber se estes são ou não neutralizantes e, portanto, relevantes do ponto de vista clínico.

Os anticorpos monoclonais (anti TNF, anti a4b7, anti II12-23) usados atualmente no tratamento das DII revolucionaram a terapêutica farmacológica destas doenças. No entanto, aproximadamente 30% dos doentes não respondem inicialmente e até 40% dos que inicialmente respondem perdem resposta no primeiro ano de tratamento, necessitando de intensificação terapêutica ou alteração de fármaco para controlo da atividade da doença. As características farmacocinéticas e a imunogenicidade de cada fármaco são diferentes e este aspeto tem implicações clínicas importantes, particularmente na utilização dos níveis séricos nos algoritmos de decisão terapêutica. Concordando que os dados farmacoci-

néticos dos anti TNF são importantes, existem questões relevantes por responder: qual o nível desejável para o objetivo terapêutico pretendido, qual o cut off significativo para os anticorpos antifármaco, como distinguir anticorpos neutralizantes de não neutralizantes.

Conhecer o teste que se está a utilizar no doseamento do fármaco e anticorpo antifármaco é primordial para se poder retirar informação adequada para as decisões terapêuticas. Os testes rápidos, point of care, mais recentes, apresentam uma boa correlação com os testes ELISA no doseamento dos anti TNF, e têm como vantagem permitir um ajuste da terapêutica on demand.

Historicamente a otimização da terapêutica com anti TNF fazia-se de modo empírico. Presentemente, a utilização desta estratégia não se adequa com a coexistência de várias opções terapêuticas, sendo potencial causa de atraso na instituição de uma terapêutica eficaz. Foi adotada a designação de monitorização reativa quando se utilizam os parâmetros farmacocinéticos para objetivar/explicar a ausência de resposta primária ou perda de resposta. A monitorização proactiva consiste em efetuar doseamentos dos níveis em doentes assintomáticos com objetivo de maximizar a terapêutica.

A pergunta que me foi efetuada foi se a monitorização dos níveis é dispensável ou indispensável. Julgo que para o IFX e adalimumab é indispensável. Para os restantes fármacos, vedolizumab e ustekinumab, a utilização da monitorização terapêutica com níveis séricos não está devidamente esclarecida.

Julgo que para o IFX e adalimumab é indispensável. Para os restantes fármacos, vedolizumab e ustekinumab, a utilização da monitorização terapêutica com níveis séricos não está devidamente esclarecida

FLASHES



Formação em endoscopia digestiva



Catarina Brandão, MD
Serviço de Gastrenterologia
do IPO do Porto

A Semana Digestiva tem constituído uma oportunidade para o debate e a evolução da especialidade. O Curso Pós-graduado sob o tema “Endoscopia Digestiva: Evolutiva, Disruptiva ou ambas?” integrou no seu programa um tema de incontornável importância, a Formação em Endoscopia Digestiva.

A formação em endoscopia digestiva tem sido alvo de extenso debate. A aquisição de competências técnicas é um objetivo claro e indiscutível, mas também implica um espectro mais amplo de conhecimentos e competências gerais, cognitivas e clínicas, muitas vezes subvalorizadas, fundamentais para assegurar uma prática endoscópica de qualidade e garantindo a segurança do doente.

Pela evolução técnica na área da endoscopia digestiva, tem havido a necessidade de uma atualização na definição daquelas que são as competências consideradas fundamentais no que diz respeito à endoscopia básica e avançada e, conseqüentemente, quais as condições necessárias para que se atribua reconhecimento na capacidade formativa nesta área de um determinado centro.

A clarificação e solidez dos critérios de qualidade em endoscopia digestiva, nomeadamente no que diz respeito aos procedimentos, instalações, equipamentos, circuitos, estrutura e equipas poderão apontar para um caminho de certificação dos serviços formadores que garantam um programa de treino progressivo, estruturado, adaptado às necessidades individuais dos formandos e com ferramentas que garantam uma avaliação real das competências adquiridas ao longo do programa de treino.

Em Portugal, a formação em endoscopia digestiva assenta, nalguns casos, num regime de complementaridade para algumas técnicas mais diferenciadas. A planificação global das capacidades formativas dos diferentes centros é certamente um assunto merecedor de reflexão futura de forma a que se garanta a equidade no acesso às oportunidades durante o programa de treino. Será que todos deverão formar tudo? Deverá a complementaridade ser também aplicada à formação básica permitindo uma distribuição mais equilibrada de recursos?

A planificação global das capacidades formativas dos diferentes centros é certamente um assunto merecedor de reflexão futura de forma a que se garanta a equidade no acesso às oportunidades durante o programa de treino

A qualidade da formação em Gastrenterologia em Portugal já é amplamente reconhecida por entidades externas, refletindo a valiosa prestação dos internos nas Reuniões Científicas Internacionais, Prémios e Bolsas recebidos e honrosas prestações na prova teórica do *European Board of Gastroenterology and Hepatology*.

Esta oportunidade de debate constitui uma etapa fundamental para a evolução equilibrada da formação em endoscopia digestiva com parâmetros de qualidade que garantam a continuidade da excelência no treino e na prestação dos cuidados assistenciais.

SÓ PARA ALGUNS GASTRENTEROLOGISTAS

Formação em endoscopia digestiva: quem pode?



Jorge Canena, PhD
Centro de Gastrenterologia
do Hospital Cuf Infante Santo
– Nova Medical School.
Serviço de Gastrenterologia
do Hospital Amadora Sintra.
Serviço de Gastrenterologia
do Hospital de Sto António
dos capuchos - CHLC

A formação em endoscopia digestiva avançada é complexa, necessita de um treino longo com uma curva de aprendizagem lenta para algumas das técnicas mais difíceis. Isto porque a competência não se ganha, mas desenvolve-se ao longo do tempo. A primeira pergunta que se faz é se todos os gastrenterologistas devem realizar e ter acesso a endoscopia avançada. Dando como exemplo a CPRE e analisando o curriculum da formação específica em gastrenterologia (60 meses) o interno deverá realizar/ajudar supervisionado 80 CPRE e adquirir competências em estágios direcionados em esfínterectomia, colocação de próteses. Extração de cálculos. Pegando nos *guidelines* das sociedades dos EUA, do Canadá e do Reino Unido facilmente se percebe que os números mínimos de formação para avaliação rondam as 200-330 CPREs, alvo este que tem sido muito criticado por ser insuficiente. Na realidade quando se analisam curvas de aprendizagem obtidas a partir do treino de internos facilmente se percebe que

estes números são muito limitantes (com 200 CPREs a taxa de canulação ronda, em média os 65%) e variam entre os formandos. Neste contexto muitos dos formadores referem que mais que o volume é necessário atingir objetivos dentro de cada procedimento antes de completar a formação. Se quisermos falar de outras técnicas avançadas como a eco-endoscopia, a disseção submucosa e o POEM facilmente se percebe que são necessários mais de um ano de treino até se atingir objetivos satisfatórios e competência na técnica. Assim sendo a formação em endoscopia avançada deve ser para endoscopistas selecionados pois a formação específica de 5 anos é insuficiente. Mais claro se torna este fato quando sabemos que apenas 10% de todos os procedimentos endoscópicos são avançados e que para se obter competência nestes procedimentos são necessários anos.

Quem deve ser treinado? Basicamente a necessidade de termos endoscopistas avançados deve ser adaptada ao Centro/

Região e País baseado nas necessidades da população e do volume que representa essa técnica avançada. Neste contexto devem ser escolhidos por mérito (mérito científico, dedicação na formação geral, desejo de serem endoscopistas avançados e também dos *skills* e aptidão que demonstraram naquela área durante o treino inicial). Finalmente devem criar-se programas específicos de formação em endoscopia avançada, com envolvimento teórico, simuladores e volume de doentes com prática clínica frequente sob supervisão de treinadores treinados em formação.

Em conclusão: o treino deve ser só para alguns, pois a formação é complexa, longa e não existe necessidade global de endoscopia avançada (representa apenas 10% dos procedimentos endoscópicos). Os endoscopistas devem ser escolhidas de acordo com a necessidade (país/região/centro) e essa escolha deve ser alicerçada nos méritos científicos/dedicação e na aptidão para a técnica previamente determinada por curvas de aprendizagem.

Investigações recomendadas na doença de refluxo



Armando Peixoto, MD
Gastroenterologista, Centro Hospitalar de São João, Porto

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é um distúrbio extremamente comum, com uma prevalência estimada na Europa de 24%, associando-se a custos elevados nos sistemas de saúde, e a um impacto negativo na qualidade de vida. A forma de apresentação é variável,

podendo incluir sintomas “típicos” como pirose e regurgitação e/ou sintomas “atípicos” como dor torácica, tosse crônica e odinofagia. Tais sintomas podem estar presentes em outras condições, tornando necessária uma abordagem diagnóstica cuidadosa e sistematizada, que deve ter em consideração a probabilidade pré-teste, a disponibilidade de testes funcionais e de experiência na sua interpretação.

Uma prova terapêutica com inibidores da bomba de prótons (IBP) é frequentemente utilizada como abordagem inicial em indivíduos com sintomas esofágicos, o que advém da elevada taxa de resolução sintomática em casos de pirose associada a esofagite erosiva (sensibilidade 78% e especificidade 54%). No entanto, considerando todos os sintomas esofágicos, a sensibilidade é de apenas 65%, o que compromete a aplicação universal desta estratégia.

Recentemente, foram publicados os consensos de Lyon para o diagnóstico da

DRGE com o objetivo de melhor definir quais as indicações e como interpretar as diferentes ferramentas diagnósticas na suspeita de DRGE, de forma a não só excluir outras patologias como também a definir qual a melhor estratégia individual. A história clínica e a resposta aos IBP são consideradas insuficientes para isoladamente estabelecer o diagnóstico, mas são importantes na determinação da necessidade de estudos adicionais. A presença de refluxo gastroesofágico pode ser definida pela presença de esofagite erosiva avançada (graus C e D da classificação de Los Angeles), esôfago de Barrett ou estenose péptica na endoscopia, ou pela evidência de um tempo de exposição ao refluxo ácido >6% na pHmetria. Uma endoscopia normal não exclui DRGE, mas reforça a ausência de refluxo patológico na evidência de um tempo de exposição ao refluxo ácido <4% e de <40% episódios de refluxo na impedanciometria, na ausência de IBP. Por outro lado, uma associação sintomá-

tica positiva reforça o diagnóstico e associa-se a melhor resposta ao tratamento. Quando a endoscopia e a pHmetria são inconclusivas, dados adicionais podem fornecer evidência da presença de DRGE. A presença de alterações histológicas (dilatação dos espaços intercelulares), de determinados achados na manometria de alta-resolução (esfíncter esofágico inferior hipotenso, hérnia do hiato e hipomotilidade do corpo esofágico) e novas métricas de impedância esofágica (impedância basal noturna, índice de onde peristáltica induzida por deglutição pós-refluxo) podem acrescentar informação relevante para o diagnóstico.

No futuro, o diagnóstico da DRGE deverá focar-se na definição de fenótipos individuais com base na avaliação da anatomia, da função motora, da exposição ao refluxo e do perfil sintomático com vista a orientar a abordagem terapêutica subsequente.

Referências

1. Naik RD, Evers L, Vaezi MF. Advances in the Diagnosis and Treatment of GERD: New Tricks for an Old Disease. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2019 Mar;17(1):1-17; 2. Gyawali CP, de Bortoli N, Clarke J, et al. Indications and interpretation of esophageal function testing. *Ann N Y Acad Sci*. 2018 Dec;1434(1):239-253; 3. Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, Zerbib F, Mion F, Smout AJPM, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*. 2018 Jul;67(7):1351-1362.

VANTAGENS DO BLOQUEIO, DESVANTAGENS DA CIRURGIA

Bloqueio ácido para toda a vida?



Tiago Cúrdia Gonçalves, MD
Serviço de Gastrenterologia, Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães, Portugal. Instituto de Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Medicina, Universidade do Minho, Braga, Portugal. ICVS/3B's, Laboratório Associado, Guimarães/Braga, Portugal

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), definida, mais frequentemente, pela presença de sintomas incómodos e/ou complicações resultantes do fluxo retrógrado de conteúdo gástrico para o esôfago, tem uma prevalência de quase 30% nos países ocidentais, e constitui, por esse motivo, uma das doenças crônicas mais frequentes.

Tendo em conta as possíveis complicações a que pode estar associada (nomeadamente esofagite de refluxo, estenose péptica, esôfago de Barrett ou adenocarcinoma do esôfago), bem como o impacto negativo que os sintomas crônicos podem ter na qualidade de vida, a definição de uma estratégia terapêutica eficaz deverá ser o objetivo dos médicos que acompanham estes doentes.

Para além da alteração de alguns hábitos e estilos de vida, tais como perda de peso, abstinência tabágica e etílica ou algumas restrições dietéticas, na maioria dos casos acaba por ser necessário o recurso a terapêuticas farmacológicas. No final dos anos 80, o aparecimen-

to dos inibidores das bombas de prótons (IBP) veio revolucionar de forma extraordinária o tratamento da DRGE. Rapidamente surgiram diversos estudos que comprovaram não só a sua eficácia superior na resolução de sintomas, mas também na cicatrização das lesões de esofagite, bem como, nos doentes com esôfago de Barrett, a diminuição do risco de progressão para displasia de alto grau ou adenocarcinoma do esôfago. Com a sua eficácia demonstrada e a satisfação comprovada da maioria dos doentes, a utilização de forma continuada desta classe farmacológica teve um crescimento exponencial e, com ele, começaram a surgir estudos a questionar a sua segurança a longo prazo.

Apesar de quase todos os órgãos terem já sido implicados em possíveis efeitos adversos devido ao uso a longo prazo dos IBP (por exemplo, infeção por *Clostridium difficile*, demência, osteoporose e fraturas ósseas, défices de micronutrientes ou cancro gástrico), a evidência que comprova essas associações é, na maioria dos casos, limitada e sujeita a

bastantes críticas.¹ Nos casos em que estão claramente indicados, como é o caso da DRGE, a toma de IBP não deve ser evitada com base nessas possíveis associações.

Uma alternativa possível em alguns doentes com DRGE é o tratamento cirúrgico, sendo a funduplicatura laparoscópica atualmente considerada a melhor opção. No entanto, este procedimento acarreta inerentes riscos de complicações agudas e tardias (estruturais ou funcionais), particularmente quando realizado em centros com menor volume de casos. Além disso, ao facto da sua eficácia ser menor nos doentes com má resposta aos IBP e naqueles com sintomas extraesofágicos, acresce o facto de, a longo prazo, mais de metade dos doentes vir a necessitar de recorrer novamente ao tratamento com IBP.

Em conclusão, os IBP mantêm-se, em 2019, uma excelente opção no tratamento de doentes com DRGE, devendo ser instituído o seu uso racional, ao invés da sua evicção irracional.

Referências

Xavier S, Magalhães J, Cotter J. *GE Port J Gastroenterol*. 2018 Sep;25(5):243-252

COMO SE PREPARA O DOENTE PARA COLONOSCOPIA

Importância da preparação intestinal em colonoscopia



Elisa Gravito-Soares, MD
Assistente Hospitalar em
Gastroenterologia,
Serviço de Gastroenterologia,
Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra, Coimbra, Portugal

Em Portugal, o cancro colorretal representa a causa líder de cancro e a segunda causa de morte relacionada com o cancro (Globocan 2018). Este pode ser prevenido através da excisão dos pólipos do cólon e reto com potencial de malignidade. A colonoscopia é considerada o procedimento de primeira linha na identificação e excisão dos mesmos. A preparação intestinal é um pré-requisito primordial para a obtenção de um exame de qualidade, encontrando-se diretamente relacionada com a taxa de entubação cecal (colonoscopias completas) e taxa de deteção de adenomas colorretais, dois outros indicadores-chave de qualidade em colonoscopia. A má preparação intestinal pode estar presente em até 30% das colonoscopias e traduz-se em custos acrescidos em saúde, pela necessidade de remarcação de um novo exam ou realização de um exame diagnóstico alternativo e mais riscos para o utente/doente. Os fatores de risco associados a má preparação intestinal incluem a idade avançada, hospitalização, diabetes mellitus,

obstipação e outras comorbilidades e consumo de alguns fármacos, como os opioides ou antidepressivos tricíclicos. As recomendações da Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva preconizam um objetivo mínimo de mais de 90% de colonoscopias com preparação intestinal adequada e, se possível, mais de 95%.

A preparação intestinal envolve modificações da dieta e a escolha de um agente purgativo, de acordo com a idade do utente/doente e comorbilidades. A adição de simeticone à solução purgativa, apesar de não ter influência na preparação intestinal, reduz o número de bolhas luminiais, melhorando a visualização da mucosa cólica e aumento da taxa de deteção de lesões. A primeira fase da preparação intestinal inclui a dieta pobre em fibras no dia prévio ao início do purgativo. A segunda fase, por sua vez, inicia-se com a toma do agente purgativo e inclui uma dieta de líquidos claros transparentes. A eficácia da preparação intestinal envolve a realização do produto de limpeza em 2 tomas divi-

didadas, conhecido como regime split-dose. O intervalo entre a última dose da preparação intestinal e a realização da colonoscopia não deverá ser superior a 4 horas. A presença de múltiplos fatores de risco para má preparação ou colonoscopia prévia com preparação deficiente, poderá implicar um regime de preparação intestinal mais intensivo com adjuvantes. As instruções para a realização da preparação intestinal devem ser orais e escritas, com um tempo próprio para a explicação das mesmas e esclarecimento de dúvidas, e idealmente instruções personalizadas adicionais.

Esta sessão, está incluída num curso breve formativo destinado primariamente à especialidade de Medicina Geral e Familiar (GastroDigest), dada a realização de um elevado número de colonoscopias no âmbito do rastreio do cancro colorretal. Através deste curso, procura-se salientar a importância e otimização da preparação intestinal para o sucesso e qualidade da colonoscopia, que irá incluir casos clínicos práticos.

Doença diverticular ou síndrome do intestino irritável



Margarida Ferreira, MD
Serviço de Gastroenterologia,
Centro Hospitalar e Universitário
de Coimbra EPE

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) e a diverticulose cólica são condições comuns no mundo ocidental. A SII, com uma prevalência global média estimada de 11,2%, é a doença gastrointestinal funcional crónica mais frequentemente observada nos cuidados de saúde primários. Define-se pela ausência de alterações estruturais identificáveis e, sintomaticamente, de acordo com critérios de Roma IV, pela presença de dor abdominal recorrente relacionada com a defecação e alteração dos hábitos intestinais (frequência e/ou forma). A grande maioria (80%) dos portadores de divertículos permanece assintomática ao longo da vida e os restantes (20%) desenvolvem sintomas, a denominada Doença Diverticular do Cólon (DD). O espectro de manifestações da DD é variado sendo a manifestação mais comum a denominada Doença Diverticular Sintomática Não Complicada (DDNC) que se pensa que ocorra, no global, em cerca de 15% dos doentes com diverticulose. Trata-se de uma síndrome caracterizada pela presença de sinto-

mas abdominais recorrentes “tipo SII” (dor e distensão abdominal/flatulência acompanhadas de alteração dos hábitos intestinais) na ausência de outras alterações macroscópicas evidentes além dos divertículos. A DD inclui ainda outras manifestações como diverticulite aguda podendo estes, nalguns casos, desenvolver sintomas de SII após episódio único ou recorrente. A fisiopatogénese dos sintomas, nomeadamente na DDNC, ainda não está completamente esclarecida pensando-se, contudo, que possa haver um papel preponderante da microbiota intestinal induzindo processo inflamatório crónico. As relações entre sintomas “tipo SII” na diverticulose e SII tem sido, recentemente, motivo de debate, havendo um elevado espectro de doentes, nomeadamente DDNC, que preenchem os critérios de Roma IV para SII. Coloca-se, neste contexto, a dúvida de DDNC e SII representarem a mesma condição. Há alguma evidência para indicar que serão entidades distintas, com distintos mecanismos fisiopatológicos e havendo alguns fatores

clínico-demográficos diferenciadores. A DDNC é mais frequente no sexo masculino e a prevalência aumenta com a idade sendo a diverticulose uma condição rara antes dos 40 anos ao contrário da SII que é mais prevalente nos jovens do sexo feminino. A dor na DDNC é habitualmente mais intensa, persistente, com duração superior a 24 horas, localizada na fossa ilíaca esquerda e não sendo habitualmente aliviada pelos movimentos intestinais. A dor na SII é tipicamente difusa e mal localizada. A necessidade de recorrer a consulta urgente é mais frequente do que no SII. A calprotectina fecal pode estar ligeiramente elevada na DDNC, mas não no SII, estando os níveis relacionados com a gravidade dos sintomas e a extensão da diverticulose. Um diagnóstico correto tem implicações terapêuticas específicas para cada uma das entidades, embora haja algumas medidas no armamentário terapêutico que demonstraram eficácia simultânea nos dois casos nomeadamente modificações na dieta (como suplementação de fibras) e a utilização da rifaximina.

TÉCNICAS DE REDUÇÃO LUMINAL

Endoscopia digestiva no tratamento da obesidade



Pedro Narra Figueiredo, MD

Médico gastroenterologista. Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Como é sabido, são múltiplas as co-morbilidades que se associam à obesidade, por sua vez um grave problema de saúde no mundo ocidental em geral, e, em Portugal, em particular. Neste contexto, a atuação dos gastroenterologistas tem vindo a assumir um papel crescente, quer no tratamento de algumas das supracitadas co-morbilidades, quer colaborando com outras especialidades, designadamente com a Cirurgia. O tratamento destes doentes com recurso à endoscopia terapêutica, naquela vertente da atividade endoscópica a que poderemos chamar endoscopia bariátrica, é igualmente relevante, podendo ser encarada como primeira opção em doentes com indicação cirúrgica que assim o expressem, ou prioritariamente como “terapêutica metabólica”, quando o objetivo principal é o tratamento de co-morbilidades, como, por exemplo, a diabetes *mellitus*.

Os obesos das classes I e II são os alvos primordiais destes tratamentos, entendendo a ASGE que estas técnicas deverão proporcionar uma perda de peso de pelo menos 15% relativamente ao grupo controlo, com menos de 5% de efeitos adversos graves. No caso da “terapêutica metabólica”,

deverá ser alcançada uma perda de peso superior a 5%.

Quanto às técnicas usadas, referiremos três: “Primary Obesity Surgery Endoluminal” (POSE), Endomina e “Oversitch”.

O POSE é constituído por uma plataforma com tubo flexível de 54 Fr, controlável, com 4 canais de trabalho. Os resultados obtidos num estudo randomizado publicado por Sullivan S. e col. em 2017 revelaram que, com este método, foi alcançada uma perda de peso 3,6 vezes maior do que a conseguida no grupo controlo, salientando-se que apenas 41% dos doentes obtiveram uma perda de peso superior a 5%.

Relativamente à Endomina, uma publicação recente de Huberty e col., num estudo prospetivo, multicêntrico, envolvendo 51 doentes com um índice de massa corporal médio de 35,1Kg/m² mostrou, aos 12 meses, uma perda total de peso de 7,4%, ou 29% do peso em excesso.

O “Oversitch” consiste na adaptação de um sistema de sutura na extremidade do endoscópio, de momento apenas adaptável aos aparelhos com duplo canal. Um estudo multicêntrico publicado por Lopez-Nava e col. publicado em 2017 envolvendo 248 doentes mostrou, aos 12 meses, uma perda total de peso de 18,6%, havendo a registar 5% de efeitos adversos severos, mas que ainda assim cursaram sem necessidade de intervenção cirúrgica e com recuperação total. Estudos comparativos mostram que esta técnica é superior ao balão intragástrico mas inferior à gastroplastia cirúrgica quando equacionamos a perda de peso, sendo de assinalar que, relativamente à cirurgia, os casos de doença de refluxo gastroesofágico são significativamente menos frequentes. Uma meta-análise publicada por Khan Z. e col. em 2019 mostrou que, aos 12 meses, esta técnica é significativamente superior à POSE.

Consideramos que estas técnicas, com características simultaneamente evolutivas e disruptivas, são um passo adicional naquilo que pensamos ser uma tendência atual da endoscopia digestiva no sentido de uma progressiva separação entre os procedimentos diagnósticos e os terapêuticos.

FLASHES



A POTENTIAL THERAPEUTIC TREATMENT FOR METABOLIC DISEASE

Endoscopic duodenal mucosal resurfacing



Alia Hadeji, MD, PhD student

Department of Gastroenterology, Hepatopancreatology, and Digestive Oncology, Erasmus Hospital, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) are pandemic metabolic disorders. In fact, NAFLD is now the leading cause of liver disease in developed countries. Despite several therapies, including medications and weight loss, most patients do not achieve treatment goals. Bariatric surgery is currently considered to be the only approach that can lead to partial or complete remission of T2DM and has highlighted the metabolic role of the duodenum in glucose metabolism. Based on this finding, a novel, minimally invasive endoscopic approach, duodenal mucosal resurfa-

cing, has been developed to ablate the duodenal mucosa in order to induce its regeneration. This review highlights the role of the duodenum in the regulation of glucose and lipid homeostasis and the current clinical data available regarding duodenal mucosal resurfacing in T2DM and NAFLD.

This new therapeutic procedure might become part of the therapeutic armamentarium for diabetic and obese patients and, more widely, for metabolic disorders.

Type 2 diabetes mellitus (T2DM) and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) are pandemic metabolic disorders^{1,2} that are closely linked to the prevalence of obesity³. Insulin resistance (IR) is the pivotal pathogenic factor. Currently, the only effective strategy for reducing IR is weight loss.

However, only a few patients achieve the significant and sustained weight loss required for an effect on liver damage⁴ and T2DM. Beyond lifestyle modifications, bariatric surgery, that involves bypass of the upper intestine (Roux en Y gastric bypass: RYGB), has been shown to have powerful corrective effects on histological lesions in NASH subjects⁵ and a less invasive variant known as mini-bypass, is included among current treatment guidelines for patients with type 2 diabetes⁶.

Notably, the metabolic benefit is observed acutely, within days after surgery, before obtaining substantial weight loss, a feature which suggests that avoiding the contact of food with the duodenum and the proximal jejunum may quickly elicit insulinsensitizing effects that are sustained over time^{7,8}.

Experimental evidence showed that exposure to high levels of dietary fat and sugar induces pathological changes in the duodenum of both animals and humans including abnormal hypertrophy of the duodenal mucosa⁹, changes in enteroendocrine cell density and number¹⁰, endocrine hyperplasia¹⁰, and alterations in gut hormone signaling¹¹.

The findings described above support an approach that targets the duodenal mucosa, given its involvement in metabolic homeostasis, with the purpose of treating metabolic disorders.

Duodenal mucosal resurfacing (DMR) is a novel, minimally-invasive procedure that uses a trans-oral catheter and involves hydrothermal ablation of the duodenal mucosa, resulting in its replacement by new epithelium.

An initial human monocentric clinical study¹² was performed as a single arm including 44 patients with poorly controlled T2DM using oral antidiabetic drugs.

Patients underwent a single application of ablation over 3-12 cm of duodenum. Enrolled patients were obese, had T2DM for less than 10 years, and were on at least one oral antidiabetic agent.

The procedure was well tolerated with the most common side effects being transient abdominal pain and three cases of duodenal stenosis that were successfully treated by a single endoscopic dilation. At this time, it was performed with 2 separated balloon catheters for submucosal injection and ablation. Further improvements (i.e one single catheter) were made to ensure proper mucosal lifting before ablation to avoid these complications.

HbA1c was reduced significantly by 1.2% at 6 months. Body weight was reduced by 3.9 kg at 3 months and by 2.5 kg at 6 months.

Recently, the DMR procedure was performed in a single arm, open-label, multicentre study in 46 obese patients with T2DM, mean age of 55 years (range 31-69), mean T2DM duration of 6 years (range 0.1-12)^{13,14}. There were no cases of duodenal stenosis. After 12 months, HbA1c was reduced by a mean of 1.0% ± 0.2% (p ≤ 0.001), the homeostatic model assessment of insulin resistance (HOMA-IR) was decreased by a mean of -3.6 ± 0.9 (p = 0.005). Furthermore, transaminases decreased significantly with a mean of 10 ± 2 (p = 0.005) for ALT. There was a modest reduction of weight (mean 2.7 ± 0.6 kg).

A multi-center, randomized, prospective, double-blinded trial of T2DM patients suboptimally controlled on two oral anti-diabetic medications comparing DMR to a sham procedure is currently ongoing in Europe and the United States (NCT02879383/NCT03653091). Two other pilot studies are also ongoing, one assessing the DMR procedure in patients with biopsy-proven NASH (NCT03536650) and the other one evaluating the potential benefit in patients with T2DM treated by insulin.

DMR might represent a minimally-invasive alternative to bariatric surgery, leading to a regeneration of the pathological mucosa observed in metabolic disease.

Further studies, and particularly large controlled trials, are needed to determine the place of this procedure in the treatment of T2DM and NAFLD.

References

1. Younossi Z, Anstee QM, Marietti M, Hardy T, Henry L, Eslam M, et al. Global burden of NAFLD and NASH: trends, predictions, risk factors and prevention. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2017; Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/nrgastro.2017.109>;
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2016 Apr 9 [cited 2018 Aug 4];387(10027):1513-30. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616006188>;
3. Pimpin L, Cortez-Pinto H, Negro F, Corbould E, Lazarus J V, Webber L, et al. Burden of liver disease in Europe: Epidemiology and analysis of risk factors to identify prevention policies. *J Hepatol* [Internet]. 2018 Sep [cited 2018 Oct 29];69(3):718-35. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168827818320579>;
4. Vilar-Gomez E, Martinez-Perez Y, Calzadilla-Bertot L, Torres-Gonzalez A, Gra-Oromas B, Gonzalez-Fabian L, et al. Weight loss through lifestyle modification significantly reduces features of nonalcoholic steatohepatitis. *Gastroenterology*. 2015;149(2):367-378.e5;
5. Lassailly G, Caiazzo R, Buob D, Pigeyre M, Verkindt H, Labreuche J, et al. Bariatric surgery reduces features of nonalcoholic steatohepatitis in morbidly obese patients. *Gastroenterology* [Internet]. 2015;149(2):379-88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2015.04.014>;
6. Rubino F, Nathan DM, Eckel RH, Schauer PR, Alberti KGMM, Zimmet PZ, et al. Metabolic Surgery in the Treatment Algorithm for Type 2 Diabetes: A Joint Statement by International Diabetes Organizations. *Diabetes Care* [Internet]. 2016 Jun 24 [cited 2018 Jan 24];39(6):861-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27222544>;
7. Jorgensen NB, Jacobsen SH, Dirksen C, Bojsen-Moller KN, Naver L, Hvolris L, et al. Acute and long-term effects of Roux-en-Y gastric bypass on glucose metabolism in subjects with Type 2 diabetes and normal glucose tolerance. *Am J Physiol Metab* [Internet]. 2012 Jul [cited 2018 Aug 4];303(1):E122-31. Available from: <http://www.physiology.org/doi/10.1152/ajpendo.00073.2012>;
8. Bojsen-Moller KN, Dirksen C, Jorgensen NB, Jacobsen SH, Serup AK, Albers PH, et al. Early Enhancements of Hepatic and Later of Peripheral Insulin Sensitivity Combined With Increased Postprandial Insulin Secretion Contribute to Improved Glycemic Control After Roux-en-Y Gastric Bypass. *Diabetes* [Internet]. 2014 May [cited 2018 Oct 30];63(5):1725-37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24241533>;
9. Verdum FJ, Greve JWM, Roosta S, Van Eijk H, Bouvy N, Buurman WA, et al. Small intestinal alterations in severely obese hyperglycemic subjects. *J Clin Endocrinol Metab*. 2011;96(2):379-83;
10. Theodorakis MJ. Human duodenal enteroendocrine cells: source of both incretin peptides, GLP-1 and GIP. *AJP Endocrinol Metab* [Internet]. 2005;290(3):E550-9. Available from: <http://ajpendo.physiology.org/cgi/doi/10.1152/ajpendo.00326.2004>;
11. Cherrington AD, Rajagopalan H, Maggs D, Deviere J. Hydrothermal Duodenal Mucosal Resurfacing: Role in the Treatment of Metabolic Disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am* [Internet]. 2017;27(2):299-311. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.giec.2016.12.002>;
12. Rajagopalan H, Cherrington AD, Thompson CC, Kaplan LM, Rubino F, Mingrone G, et al. Endoscopic duodenal mucosal resurfacing for the treatment of type 2 diabetes: 6-month interim analysis from the first-in-human proof-of-concept study. *Diabetes Care*. 2016;39(12):2254-61;
13. A.C.G. van Baar, Nieuwdorp M., Holleman F., Deviere J., Crenier L., Haidry R., Batterham R.L., Hopkins D., Rodriguez Grunert L., Neto, Galvao Neto M., Vignolo P., Costamagna G. BJJGHM. SINGLE DUODENAL MUCOSAL RESURFACING ELICITS IMPROVEMENTS IN GLYCAEMIC AND HEPATIC PARAMETERS IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS: COMPLETE 1 YEAR RESULTS FROM THE FIRST PROSPECTIVE MULTICENTER STUDY. In: P1242, UEGW 2018 [Internet]. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050640617725676>;
14. Haidry R, Van Baar AC, Neto MG, Caplan J, Bergman JJ, Rodriguez L, Thompson CC, Deviere J LP. Duodenal Mucosal Resurfacing: Proof-of-concept, Procedural Development, and Initial Implementation in the Clinical Setting. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2019 Mar 29.

Endoscopic aspect of Barrett's esophagus



Masami Omae, MD

Consultant, Endoscopy
Unit Department of upper
Gastrointestinal Diseases
Karolinska University Hospital,
Stockholm, Sweden

ment in BE is complete remission of high-grade dysplasia (HGD) or adenocarcinoma (AC). ESD is standard treatment in dysplastic lesion in BE such as esophageal squamous cell carcinoma, gastric cancer and colon cancer. There are not significant differences between LSBE and SSBE in the treatment outcomes of endoscopic submucosal resection (ESD) according to our study. However, in the West, RFA treatment for BE with low-grade dysplasia (LGD) or HGD after endoscopic resection (ER) of visible lesions and mucosal cancer is standard treatment because the aim of the treatment to BE is complete remission of BE or intestinal metaplasia. In Karolinska University Hospital, we adopt Wide-Field ESD (WF-ESD) that is performed with wider (5-10mm) free margins. WF-ESD is much better than conventional ESD in negative lateral margin rate (74 vs 97 %) and stricture rate (27.3 vs 6.1 %). WF-ESD is associated with improved efficacy and good safety profile in the treatment of neoplastic BE. We can manage problem of stricture even if we resect all circumferential lumen in BE. Studies examining a large subject sample and long-term outcomes would be worthwhile. In the future, in only limited territory centers, all circumferential ESD could be alternative treatment in neoplastic BE.

There are some differences in the definition of Barrett's esophagus (BE) and endoscopic diagnosis and the goal is the treatment of dysplastic lesion in BE between West and Japan.

Firstly, in Japan, the definition of the esophago-gastric junction (EGJ) is lower limitation of palisade vessels, however, it defines as the upper limitation of gastric hold in the West. There is a lot of patients with atrophic gastritis because of Helicobacter pylori infection, gastric hold sometimes disappeared and it is difficult to identify it.

Secondary, in Japan, Long-segment BE (LSBE) is quite rare and they always take target biopsy in BE. On the other hand, in the West, we take biopsy according to Seattle protocol if we don't detect any visible lesion. For early detection of dysplastic lesion in Short segment BE (SSBE), it is very important to pay attention to reddish, irregular mucosa in right anterior wall (0-3 o'clock position) of SSBE. It is useful to spray acetic acid and aceto-whitening lesion (AWL) is identified as dysplastic lesion in LSBE.

Thirdly, they have never used radio-frequency ablation (RFA) equipment in Japan and their goal of the treat-

**In the future,
in only limited
territory centers,
all circumferential
ESD could be
alternative
treatment in
neoplastic BE**

FLASHES



 FLASHES


Dados epidemiológicos portugueses



Jorge Leitão, MD

Internista do Serviço de Medicina Interna, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Perante uma prevalência tão elevada, é necessária, uma maior atenção a esta entidade e aconselhamento de medidas preventivas

O fígado gordo, diagnosticado quando a gordura hepática excede os 5%, surge sobretudo associado ao consumo alcoólico exagerado, ao excesso de peso, à obesidade e/ou à diabetes. Ganhou relevância nas últimas décadas, pelo grande aumento da sua prevalência e consequente aumento do número de casos e pela noção de que a semelhança de outras patologias hepáticas crónicas, pode evoluir para formas mais graves da doença. O fígado gordo não alcoólico em particular, tem uma fisiopatologia multifactorial. Desenvolve-se em contexto de insulino resistência (IR), com contributo entre outros, de fatores hormonais, lipotoxicidade sistémica, factores nutricionais, ação da microbiota intestinal, aumento da permeabilidade intestinal, com absorção de moléculas pró-inflamatórias e consequente inflamação sistémica e nalguns indivíduos, de predisposição genética. A elevada prevalência da obesidade e da diabetes a nível global, inclusive em idade pediátrica e adolescentes, aumenta a dimensão do problema, que no futuro se poderá tornar na causa mais frequente de doença hepática crónica.

Em Portugal, num estudo nacional, multicêntrico efectuado recentemente, a prevalência estimada de fígado gordo não alcoólico, foi superior aos 25% sugeridos pela literatura, estando presente em quase um terço da população. Os principais grupos de risco foram os portadores de síndrome metabólica, com hipertrigliceridémia e/ou diabetes e os obesos, tendo-se associado também à hipertensão arterial e ao excesso de peso. Em termos nutricionais, o principal fator de risco foi uma ingestão calórica exagerada, não se tendo encontrado associação, com a dieta mediterrânica, a ingestão de macro ou micronutrientes, ou com a vitamina D sérica. As principais Sociedades Científicas Hepatológicas, não recomendam atualmente o rastreio da população em geral, sobretudo pela ausência dum tratamento com eficácia demonstrada, para além da perda de peso. No entanto, nos grupos acima mencionados, a doença deverá eventualmente ser pesquisada, por ser mais provável, e ter maior risco de evolução para formas mais graves.

Perante uma prevalência tão elevada, é necessária, uma maior atenção a esta entidade e aconselhamento de medidas preventivas.

EDIÇÃO

NEWSFARMA
 Avenida Infante D. Henrique, n.º 333 H,
 Esc. 37 \ 1800-282 Lisboa
 Tel.: 218 504 065
 Fax: 210 435 935
 newsfarma@newsfarma.pt
 www.newsfarma.pt

SECRETARIADO



Sociedade Portuguesa
 de Gastrenterologia



Av. António José de Almeida, n.º 5F- 8.º
 1000-042 Lisboa. Tel.: 217 995 530
 secretariado@semanadigestiva.pt

CASENLAX®

Rebango



Facilita
o trânsito
Intestinal

MAIS PERSISTENTE QUE A OBSTIPAÇÃO.

1 - RCM

INFORMAÇÕES COMPATÍVEIS COM O RCM

1. NOME DO MEDICAMENTO Casenlax 10 g, pó para solução oral em saquetas 2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA Cada saqueta contém 10 g de macrogol 4000. Excipiente(s) com efeito conhecido: 0,0000018 mg de dióxido de enxofre (E-220) por saqueta e menos de 1 mmol de sódio por saqueta 3. FORMA FARMACÉUTICA Pó para solução oral em saquetas. Pó quase branco 4. INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS Tratamento sintomático da obstipação em adultos e crianças a partir dos 8 anos de idade. Deve ser excluído um transtorno orgânico antes de se iniciar o tratamento. Deve considerar-se como tratamento adjuvante temporário a um controlo adequado da obstipação através da alimentação e do estilo de vida, com um período de tratamento máximo de 3 meses em crianças 5. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO Via oral. 1 ou 2 saquetas por dia, de preferência tomadas numa só dose de manhã. Cada saqueta deve ser diluída num copo de água imediatamente antes de ser utilizada. Para crianças, o tratamento não deve durar mais de 3 meses. Ajustar a dose de acordo com os efeitos clínicos (uma saqueta de dois em dois dias até um máximo de 2 saquetas por dia) 6. CONTRA-INDICAÇÕES Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, Doença intestinal inflamatória grave (como colite ulcerosa, doença de Crohn) ou megacólon tóxico, relacionado com estenose sintomática, Perfuração digestiva ou risco de perfuração digestiva, Ileus ou suspeita de obstrução intestinal, Síndromes abdominais dolorosos de causa indeterminada 7. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO Devido à presença de dióxido de enxofre, Casenlax pode em casos raros causar reações de hipersensibilidade graves e broncospasmo. Em caso de diarreia, dever-se-á prestar atenção aos doentes que são propensos a perturbações do equilíbrio hidro e/ou eletrolítico (por exemplo, pessoas idosas, doentes com a função hepática ou renal comprometidas ou doentes que estejam a tomar diuréticos) e dever-se-ia realizar um exame eletrolítico. Não contém uma quantidade significativa de açúcar nem de políio, pode receber-se a diabéticos ou a doentes com uma alimentação isenta de galactose. Este medicamento contém menos do que 1 mmol de sódio (23 mg) por saqueta, ou seja, é praticamente "isento de sódio" 8. EFEITOS INDESEJÁVEIS População adulta: Frequentes Dor e/ou distensão abdominal, Diarreia, Náuseas. Pouco frequentes Vômitos, Urgência em defecar, Incontinência fecal, Desconhecidos Perturbações electrolíticas (hiponatremia, hipocalcemia), e/ou desidratação, especialmente em doentes idosos. Muito raros Reacções de hipersensibilidade (prurido, exantema, edema facial, edema de Quincke, urticária, choque anafilático) População pediátrica: Frequentes Dor abdominal, Diarreia (pode ocasionar dor perianal). Pouco frequentes Vômitos, Enfartamento, Náuseas. Desconhecidos Reacções de hipersensibilidade. Medicamento não sujeito a receita médica 9. DATA DA REVISÃO DO TEXTO agosto 2018. Para mais informações deverá contactar o titular da Autorização de Introdução no Mercado ou o seu representante. Ref.: 015/2019 • MP: 02/2019



JABA RECORDATI

JABA RECORDATI, S.A. Lagoas Park, Edifício 5, Torre C, Piso 3, 2740-245 Porto Salvo • Tel.: 214 329 500 • Fax: 219 151 930 • N.I.F.: 500492867 • www.jaba-recordati.pt

PARA QUÊ COMPLICAR?



PICOSSULFATO DE SÓDIO
+ ÓXIDO DE MAGNÉSIO
+ ÁCIDO CÍTRICO



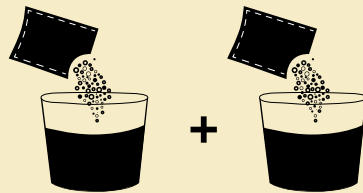
Sabor a Limão

É SIMPLES.

DUAS SAQUETAS DE CITRAFLEET®

APENAS 2 x 150 ML DE ÁGUA,
SEGUIDOS DE 2 L DE LÍQUIDOS CLAROS

INGERIR O PREPARADO DE CADA SAQUETA
COM INTERVALO MÍNIMO DE 5 HORAS¹



EVACUANTE INTESTINAL
DE BAIXO VOLUME¹

LIMPEZA PROFUNDA²

CitraFleet® PACIENTES BEM PREPARADOS

INFORMAÇÕES COMPATÍVEIS COM O RCM

1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO CitraFleet, Pó para solução oral em saqueta 2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA Cada saqueta [15,08 g] contém as seguintes substâncias activas: Picosulfato de sódio 10,0 mg, Óxido de magnésio leve 3,5 g, Ácido cítrico anidro 10,97 g. Cada saqueta também contém 5 mmol (ou 195 mg) de potássio. 3. FORMA FARMACÉUTICA Pó para solução oral, em saqueta. Pó cristalino branco com sabor a limão. 4. INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS Para limpeza intestinal antes de procedimentos de diagnóstico que exijam um intestino limpo, por exemplo colonoscopia ou exame radiográfico. Adultos (incluindo idosos) com 18 anos ou mais. 5. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO Posologia Adultos (incluindo idosos) com 18 anos ou mais: O tratamento pode ser administrado de acordo com uma das seguintes opções: Normalmente, uma saqueta na noite anterior ao procedimento e a segunda saqueta na manhã do dia do procedimento. Em alternativa, ambas as saquetas na tarde e noite anterior ao procedimento. Esta opção é mais adequada quando o procedimento é de manhã cedo. O tempo entre as duas saquetas deve ser pelo menos 5 horas. Recomenda-se uma dieta de baixo teor em resíduos no dia anterior ao procedimento hospitalar ou apenas líquidos transparentes no dia anterior ao procedimento. Não devem ser ingeridos alimentos sólidos a partir do início do tratamento até ao final do procedimento. Após um período de 10 minutos seguintes a administração de cada saqueta reconstituída, é recomendado beber aproximadamente 1,5 a 2 litros de uma variedade de líquidos transparentes numa taxa de aproximadamente 250-400 mL/h. Serão recomendadas sopas transparentes e/ou soluções electrolíticas equilibradas. Não é recomendado beber água ou água desmineralizada isoladas. De acordo com os requisitos da anestesia, o doente não deve ingerir bebidas nem alimentos antes do procedimento (no mínimo até 2 horas antes). Via de administração: Oral 6. CONTRA-INDICAÇÕES Hipersensibilidade a qualquer um dos excipientes do medicamento, insuficiência cardíaca congestiva, desidratação grave, hipermagnesémia, retenção gástrica, ulceração gastrointestinal, colite tóxica, megacólon tóxico, íleo, náuseas e vômitos, ascite, patologias abdominais agudas do foro cirúrgico como apendicite aguda, e obstrução ou perfuração gastrointestinal conhecida ou suspeita. Não utilizar em doentes com rabdomiólise visto que os laxantes podem induzir rabdomiólise e, por conseguinte, podem exacerbar a doença. Não utilizar em doentes com doença intestinal inflamatória activa, como por exemplo, doença de Crohn e colite ulcerosa. Em doentes com uma função renal severamente diminuída, pode ocorrer acumulação de magnésio no plasma. Nestes casos deve ser utilizada outra preparação. 7. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO CitraFleet não deve ser utilizado como laxante de rotina. CitraFleet causou raramente casos graves e potencialmente fatais de perturbações electrolíticas em doentes idosos frágeis ou debilitados. Portanto, a relação benefício/risco de CitraFleet necessita de ser cuidadosamente examinada antes de se iniciar o tratamento nesta população em risco. Ao prescrever-se CitraFleet a um doente, deve prestar-se uma atenção especial às contra-indicações conhecidas e ter-se em consideração a importância de uma hidratação adequada e, nas populações em risco (definidas a seguir), a importância de se obterem também os níveis de electrolitos iniciais e pós-tratamento. Os doentes idosos e debilitados e os doentes em risco de hipocalcémia ou de hiponatremia podem necessitar de uma atenção especial. CitraFleet deve ser utilizado com precaução em doentes com perturbações conhecidas do equilíbrio hídrico e/ou electrolítico ou que estão a ser tratados com medicamentos que podem afectar este equilíbrio, por exemplo, diuréticos, corticosteróides, lítio (ver secção 4.5). Devem tomar-se precauções em doentes que foram submetidos recentemente a cirurgia gastrointestinal ou que têm insuficiência renal, desidratação ligeira a moderada, hipotensão ou uma cardiopatia. O período de limpeza intestinal não deve exceder 24 horas porque uma preparação mais longa pode aumentar o risco de desequilíbrio hidro-electrolítico. CitraFleet pode modificar a absorção de medicamentos orais prescritos regularmente e deve ser utilizado com precaução; por exemplo, foram notificados casos isolados de convulsões em doentes medicados com anti-epilépticos com epilepsia previamente controlada (ver secções 4.5 e 4.8). Este medicamento contém 5 mmol (ou 195 mg) de potássio por saqueta. Nos doentes com uma função renal diminuída ou nos doentes em dieta com ingestão controlada de potássio deve-se ter este aspecto em consideração. 8. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS FORMAS DE INTERACÇÃO Como purgante, CitraFleet aumenta a velocidade do trânsito gastrointestinal. A absorção de outros medicamentos administrados por via oral (por exemplo, anti-epilépticos, contraceptivos, anti-diabéticos e anti-bióticos) pode, portanto, ser modificada durante o período de tratamento (ver secção 4.4). Os antibióticos do tipo das tetraciclínas e das fluoroquinolonas e a penicilamina devem ser tomados pelo menos 2 horas antes e não menos de 6 horas depois da administração de CitraFleet para evitar a quebração com o magnésio. A eficácia de CitraFleet é diminuída por laxantes expansores do volume. Devem tomar-se precauções com doentes que já estão a tomar medicamentos que podem estar associados a hipocalcémia (como diuréticos ou corticosteróides, ou medicamentos com os quais existe um risco especial de hipocalcémia, por exemplo glicosídeos cardíacos). Também se aconselha precaução nos casos em que CitraFleet é utilizado em doentes medicados com anti-inflamatórios não esteróides (AINES) ou com medicamentos conhecidos por induzirem a síndrome da secreção inadequada de hormona antidiurética (SSIH), por exemplo, antidepressivos tricíclicos, inibidores selectivos da recaptação da serotonina, antipsicóticos e carbamazepina, dado que estes medicamentos podem aumentar o risco de retenção de água e/ou de desequilíbrio electrolítico. 9. EFEITOS INDESEJÁVEIS Muito frequentes: Dor abdominal. Frequentes: Perturbações do sono, Cefaleias; Boca seca, náuseas, distensão abdominal, desconforto anal, proctalgia; Sede, fadiga. Pouco frequentes: Tonturas; Hipotensão ortostática; Vômitos, incontinência fecal. Desconhecido: Reacção anafiláctica, hipersensibilidade, Hiponatremia; Epilepsia, convulsões do tipo grande mal, convulsões, estado confusional; Diarreia (efeito clínico principal); Exantema cutâneo (incluindo exantema eritematoso e maculopapular), urticária, prurido, púrpura; Dor. Foi comunicada hiponatremia com ou sem convulsões associadas. Em doentes epilépticos foram feitas comunicações de convulsões e de convulsões de grande mal epiléptico sem hiponatremia. Medicamento sujeito a receita médica não comparticipado. 10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO dezembro 2015. Para mais informações deverá contactar o titular da Autorização de Introdução no Mercado ou o seu representante.

1. Rex DK et al. Split-dose administration of a dual-action, low-volume bowel cleanser for colonoscopy: the SEE CLEAR I study. *Gastrointestinal Endoscopy* 2013; 78(1):132-141
2. Marín-Noguerol E et al. Preparación con picosulfato sódico/ citrato de magnésio em dosis fraccionadas para colonoscopias en turno de mañana realizadas entre las 2 y 6 horas posteriores a la ingesta de líquidos. *Gastrointestinal Hepatol.* 2013;36(4):254-260