

ZOOM

Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia 2015-2017

Prof. Doutor José Cotter



OBJETIVOS
Estimular
a investigação
e a formação

ASSEGURAR
A qualidade
e a segurança dos
procedimentos
gastroentero-
lógicos

METAS
Melhorar
a qualidade de
vida e alcançar
a cura do doente

EXPERIÊNCIA²

96%
de cura
na prática clínica²

CURA¹

Até
99%
de taxa de cura
em doentes VHC GT1^{1a}

GT1¹

Regime de
8
semanas em doentes GT1a/b
naïve sem cirrose¹

**SEJA
UM**

DOS QUE TORNAM A MUDANÇA POSSÍVEL

Albert Einstein

Albert Einstein – imagem utilizada com a permissão de HUU/GreenLight.

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

¹ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para saber como notificar reações adversas, ver RCM completo.

NOME DO MEDICAMENTO E FORMA FARMACÉUTICA: Harvoni 90 mg/400 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido revestido por película contém 90 mg de ledipasvir e 400 mg de sofosbuvir. Cada comprimido de 90 mg/400 mg contém 156,8 mg de lactose (na forma mono-hidratada) e 261 microgramas de lactato de alumínio amarelo-sól FCF. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Harvoni é indicado para o tratamento da hepatite C crónica (HCC) em adultos. Para informação sobre a atividade específica para os genótipos do vírus da hepatite C (VHC) consultar o RCM completo. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** **Adultos:** 1 comprimido, 1 vez por dia com ou sem alimentos. **Doentes com HCC de genótipo 1, 4, 5 ou genótipo 6:** Doentes sem cirrose – Harvoni durante 12 semanas. Poderá considerar-se Harvoni durante 8 semanas em doentes infetados com o genótipo 1, não tratados anteriormente. Deverá considerar-se Harvoni + RBV durante 12 semanas ou Harvoni (sem RBV) durante 24 semanas em doentes anteriormente tratados com opções subsequentes de repetição do tratamento incoerentes. **Doentes com cirrose compensada:** Harvoni + RBV durante 12 semanas ou Harvoni (sem RBV) durante 24 semanas. Poderá considerar-se Harvoni (sem RBV) durante 12 semanas em doentes considerados em baixo risco de progressão clínica da doença e que têm opções subsequentes de repetição do tratamento. **Doentes pós-transplante hepático sem cirrose ou com cirrose compensada:** Harvoni + RBV durante 12 semanas. Poderá considerar-se Harvoni (sem RBV) durante 12 semanas (em doentes sem cirrose) ou 24 semanas (em doentes com cirrose) em doentes que não são elegíveis ou que são intolerantes à RBV. **Doentes com cirrose descompensada independentemente da relação com o transplante:** Harvoni + RBV durante 12 semanas. Poderá considerar-se Harvoni (sem RBV) durante 24 semanas em doentes que não são elegíveis ou que são intolerantes à ribavirina. **Doentes com HCC de genótipo 3:** Doentes com cirrose compensada e/ou que não responderam a tratamento anterior – Harvoni + RBV durante 24 semanas. Quando utilizado em associação com ribavirina consultar o respetivo RCM. Em doentes sem cirrose descompensada que necessitem da adição de ribavirina no seu regime de tratamento, a dose diária de ribavirina é baseada no peso (< 75 kg = 1.000 mg e ≥ 75 kg = 1.200 mg) e é administrada por via oral em duas doses repartidas, com alimentos. Em doentes com cirrose descompensada, deve administrar-se a ribavirina numa dose inicial de 600 mg administrada numa dose diária repartida. Se a dose inicial for bem tolerada, a dose pode ser aumentada gradualmente até um máximo de 1.000–1.200 mg por dia (1000 mg para doentes com um peso < 75 kg e 1200 mg para doentes com um peso ≥ 75 kg). Se a dose inicial não for bem tolerada deverá ser diminuída conforme clinicamente indicado com base nos níveis da hemoglobina. Se Harvoni for utilizado em associação com ribavirina e um doente tiver uma reação adversa grave potencialmente relacionada com a ribavirina, a dose de ribavirina deve ser modificada ou descontinuada, se apropriado. Estes esquemas posológicos incluem doentes coinfetados pelo VHC. **Idosos:** Não se justificam ajustes posológicos nestes doentes. **Compromisso hepático:** Não são necessários ajustes posológicos em doentes com compromisso hepático ligeiro, moderado ou grave (CPT classe A, B ou C). A segurança e eficácia de ledipasvir/sofosbuvir foram estabelecidas em doentes com cirrose descompensada. **População pediátrica:** A segurança e eficácia em crianças < 18 anos de idade não foram estabelecidas. **Modo de administração:** Via oral. Harvoni não deve ser mastigado ou esmagado e pode ser tomado com ou sem alimentos. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes; coadministração com rosuvastatina; medicamentos que são indutores potentes da glicoproteína P (P-gp) no intestino (ritonavir, rifampicina, rifabutina, hipericão, carbamazepina, fenobarbital e fenitoína). A coadministração irá diminuir significativamente as concentrações plasmáticas de ledipasvir e de sofosbuvir podendo resultar na perda de eficácia de Harvoni. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Não administrar concomitantemente com outros medicamentos contendo sofosbuvir. **Atividade específica para os genótipos:** Os dados clínicos que apoiam a utilização em doentes infetados pelo VHC de genótipo 3 são limitados. **Aconselha-se** um tratamento conservador durante 24 semanas em todos os doentes com genótipo 3 anteriormente tratados e nos doentes com cirrose com genótipo 3 sem exposição anterior ao tratamento. Os dados clínicos que apoiam a utilização em doentes infetados pelo VHC de genótipo 2, 5 e 6 são limitados. A eficácia de ledipasvir/sofosbuvir não foi estudada contra o VHC de genótipo 2, 5 e 6, portanto, Harvoni não deve ser utilizado em doentes infetados por estes genótipos. **Bradicardia grave e bloqueio cardíaco:** têm sido observados casos de bradicardia grave e bloqueio cardíaco quando Harvoni é utilizado com amiodarona concomitantemente, com ou sem outros medicamentos que diminuam a frequência cardíaca. O mecanismo não foi estabelecido. Os casos são potencialmente fatais. A amiodarona só deve ser utilizada em doentes a tomarem Harvoni quando outros tratamentos antiarrítmicos alternativos não são tolerados ou são contraindicados. Para mais informações consultar o RCM. **Doentes com exposição anterior a antivíricos de ação direta contra o VHC:** em doentes que não responderam ao tratamento com ledipasvir/sofosbuvir, observa-se na maioria dos casos, mutações em NS5A que diminuem substancialmente a sensibilidade ao ledipasvir. Estes doentes podem depender de outras classes de fármacos para eliminação da infeção pelo VHC. Para mais informações consultar o RCM. **Doentes com cirrose descompensada e/ou em lista de espera para transplante hepático ou pós-transplante hepático:** a eficácia do tratamento destes doentes infetados pelo VHC de genótipo 5 e 6 não foi investigada. O tratamento deve ser orientado com base numa avaliação benefício/risco. **Utilização com indutores moderados da P-gp:** podem diminuir a concentração plasmática do ledipasvir e do sofosbuvir. A coadministração destes medicamentos com Harvoni não é recomendada. **Certos regimes antiretrovirais contra o VIH:** os doentes medicados com Harvoni concomitantemente com elvitegravir/cobicistatina/tenofovir disoproxil fumarato ou com tenofovir disoproxil fumarato e um inibidor da protease do VIH potenciado devem ser monitorizados para deteção de reações adversas associadas ao tenofovir. **Utilização com inibidores da HMG CoA redutase:** possível aumento significativo das estatinas, aumentando o risco de miopatia e rabdomiólise. **Co-infecção por VHC e HBV:** Foram notificados casos de reativação do vírus da hepatite B (VHB), alguns deles fatais, durante ou após o tratamento com medicamentos antivirais de ação direta. Antes do início do tratamento, deve ser efetuada a pesquisa do VHB em todos os doentes. Os doentes coinfetados por VHC/VHB estão em risco de reativação do VHB e, por conseguinte, devem ser monitorizados e controlados de acordo com as orientações clínicas atuais. **População pediátrica:** a utilização de Harvoni não é recomendada em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos, porque a segurança e eficácia não foram estabelecidas nesta população. Harvoni contém o corante azoico lactato de alumínio amarelo-sól FCF (E110), que pode causar reações alérgicas. Também contém lactose. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase de Lapp, ou malabsorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS FORMAS DE INTERAÇÃO:** **Potencial de Harvoni para afetar outros medicamentos:** ledipasvir é um inibidor *in vitro* do transportador de fármacos P-gp e da proteína de resistência ao cancro da mama (BCRP, *breast cancer resistance protein*) e pode aumentar a absorção intestinal de substratos destes transportadores administrados concomitantemente. Dados *in vitro* indicam que o ledipasvir pode ser um indutor fraco de enzimas metabolizadoras como a CYP3A4, a CYP2C e a UGT1A1. Os compostos que são substratos destas enzimas podem ter concentrações plasmáticas diminuídas quando são coadministrados com ledipasvir/sofosbuvir. O ledipasvir *in vitro* inibe a CYP3A4 e a UGT1A1 intestinais. Os medicamentos que têm um intervalo terapêutico estreito e que são metabolizados por estas isoenzimas devem ser utilizados com precaução e monitorizados cuidadosamente. **Potencial de outros medicamentos para afetar Harvoni:** o ledipasvir e o sofosbuvir são substratos do transportador de fármacos P-gp e da BCRP, enquanto o GS 331007 não é. Os medicamentos que são indutores moderados da P-gp no intestino (p. ex., oxcarbazepina) podem diminuir as concentrações plasmáticas do ledipasvir e do sofosbuvir levando à redução do efeito terapêutico de Harvoni. A coadministração destes medicamentos com Harvoni não é recomendada. A coadministração com medicamentos que inibem a P-gp e/ou a BCRP pode aumentar as concentrações plasmáticas de ledipasvir e sofosbuvir, sem aumentar a concentração plasmática do GS 331007. Harvoni pode ser coadministrado com inibidores da P-gp e/ou da BCRP. Não são de prever interações medicamentosas clinicamente significativas com ledipasvir/sofosbuvir mediadas pelas enzimas CYP450 ou UGT1A1. **Doentes tratados com antagonistas da vitamina K:** é recomendada uma monitorização atenta dos valores da relação normalizada internacional (INR, *International Normalised Ratio*). **Interações entre Harvoni e outros medicamentos:** Anticídios, por ex. hidróxido de alumínio ou hidróxido de magnésio, carbonato de cálcio, Antagonistas dos receptores H2, famotidina, cimetidina, nizatidina, ranitidina, Inibidores da bomba de prótons: omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol, esomeprazol, Amiodarona, digoxina; Etexilato de dabigatran, Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, oxcarbazepina, rifampicina, rifabutina, rifapentina, Simeprevir, Elvitegravir/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato, emtricitabina/rilpivirina/tenofovir disoproxil fumarato, Abacavir/lamivudina, Atazanavir com ritonavir + emtricitabina, danaravir com ritonavir + emtricitabina e tenofovir disoproxil fumarato, lopinavir com ritonavir + emtricitabina e tenofovir disoproxil fumarato, tipranavir com ritonavir, Raltegravir, elvitegravir/cobicistatina/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato, dolutegravir, Hipericão, Estatinas entre elas rosuvastatina e pravastatina, Metadona, Ciclosporina, tacrolimus, Norgestimato/emiletradiol. Consultar o RCM para mais informações relativamente a interações medicamentosas. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** **Muito frequentes:** cefaleias e fadiga. **Frequentemente:** erupção cutânea. A segurança e eficácia em crianças e adolescentes não foram ainda estabelecidas. Têm sido observados casos de bradicardia grave e bloqueio cardíaco quando Harvoni é utilizado com amiodarona concomitantemente, e/ou outros medicamentos que diminuam a frequência cardíaca. Consultar o RCM para mais informações relativamente a efeitos adversos, nomeadamente em doentes com cirrose descompensada e/ou que estão em lista de espera para transplante hepático ou doentes pós-transplante hepático. A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Data de aprovação do texto do RCM: fevereiro 2017

² Após a aprovação da Autorização de Introdução no Mercado, este medicamento encontra-se sujeito a monitorização adicional, conforme indicado pela presença deste triângulo preto invertido. Quaisquer suspeitas de reações adversas ao Harvoni[®] devem ser notificadas à Gilead Sciences, Lda, via e-mail para portugal.safety@gilead.com ou telefone para +351 217 928 790 e/ou ao INFARMED, I.P., através do sistema nacional de notificação, via e-mail para farmacovigilancia@infarmed.pt ou telefone para +351 217 987 373.

PARA MAIS INFORMAÇÕES DEVERÁ CONTACTAR O TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO. MEDICAMENTO DE RECEITA MÉDICA RESTRITA. DE UTILIZAÇÃO RESERVADA A CERTOS MEIOS ESPECIALIZADOS. MEDICAMENTO COM AVALIAÇÃO PRÉVIA CONCLUÍDA.

Referências:

1. Resumo das características do medicamento HARVONI[®]. fevereiro 2017; 2. Terrault et al. AASLD 2015; Oral 94.vol. 63, 199–236; a. EASL define cura SVR12. * Regimes com LDV/SOF durante 8 ou 12 semanas em doentes GT1.

Equipa Editorial

Andreia Martins
andreiamartins@newsfarma.pt

Andreia Pereira
andreiapereira@newsfarma.pt

Catrina Jerónimo
catrinajeronimo@newsfarma.pt

Catrina Torres
catrinatorres@newsfarma.pt

Débora Almeida
deboraalmeida@newsfarma.pt

Gonçalo Borges Dias (Fotógrafo)
goncaloborgesdias@newsfarma.pt

Nuno Coimbra (Fotógrafo)
nunocoimbra@newsfarma.pt

Sofia Filipe
sofiafilipe@newsfarma.pt

Agenda

agenda@newsfarma.pt

Diretor Comercial

Miguel Ingenerf Afonso
miguelafonso@newsfarma.pt

Diretora de Publicidade

Conceição Pires
conceicaopires@newsfarma.pt

Assessora Comercial

Sandra Morais
sandramorais@newsfarma.pt

Produção & Design

Joana Lopes
joanalopes@newsengage.pt

Cátia Tomé
catiatome@newsengage.pt

Diretora de Marketing

Ana Branquinho
anabranquinho@newsfarma.pt

Redação e Publicidade

Av. Infante D. Henrique, 333 H, 37
1800-282 Lisboa
T. 218 504 065 Fax 210 435 935
newsfarma@newsfarma.pt,
www.newsfarma.pt

Pré-press e impressão

RPO

Depósito legal 394954/15

A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que indicada a sua origem (News Farmã) e com autorização da Direção. Os artigos de opinião são da inteira responsabilidade dos seus autores.

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, artigo 12º, número 1A.

Edição

NEWS:FARMA

ZOOM, é uma edição especial da News Farmã, dirigida a profissionais de saúde. News Farmã é uma marca da Colοquialform, Lda.



4

PROF. DOUTOR JOSÉ COTTER
GASTROENTEROLOGIA
ENTRE AS ESPECIALIDADES
MÉDICAS QUE MAIS
EVOLUÍRAM



18

DR. RICARDO FREIRE
CANCRO GÁSTRICO
TEMPO DE ESTANCAR
A CASCATA DE CORREA



08

PROF. DOUTOR LUÍS TOMÉ
UMA LINHA, UM RUMO
PARA O FUTURO

20

DR.ª MANUELA
CANHOTO
DOENÇA DE REFLUXO
GASTROESOFÁGICO



22

DR.ª ROSA FERREIRA
DA CIRROSE HEPÁTICA AO
CARCINOMA HEPATOCELULAR

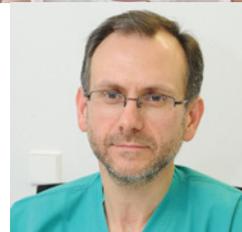
10

PROF. DOUTOR RUI
TATO MARINHO
HEPATITES VÍRICAS



12

PROF. DOUTOR
GUILHERME MACEDO
DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL



24

PROF. DOUTOR
F. CASTRO POÇAS
PRESENTE E FUTURO
CANCRO DO PÂNCREAS

14

DR. MIGUEL BISPO
CANCRO COLORRETAL
O PAPEL CENTRAL
DA COLONOSCOPIA



26

DR.ª TERESA
PINTO PAIS
DOENÇA CELÍACA



16

DR. BRUNO ROSA
TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS



28

DR. ALEXANDRE
FERREIRA
NUTRIÇÃO E
GASTROENTEROLOGIA

APOIO CIENTÍFICO



Sociedade Portuguesa
de Gastroenterologia

www.spg.pt

PATROCÍNIOS

FUJIFILM
Value from Innovation

GILEAD
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

JABA RECORDATI
GROUP

Mylan

NORGINE

rb
HEALTH · HYGIENE · HOME

Takeda

GASTROENTEROLOGIA ENTRE AS ESPECIALIDADES MÉDICAS QUE MAIS EVOLUÍRAM



A Gastroenterologia é uma das especialidades médicas que mais evoluiu nos últimos anos, o que deixa antever uma prática cada vez mais eficaz, mais segura e menos invasiva, afirma o Prof. Doutor José Cotter que, na reta final do mandato à frente da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, destaca o trabalho profícuo desenvolvido em prol de uma especialidade extremamente desafiante.

ZOOM | No início do mandato esta Direção assumiu como desígnio dar atenção redobrada à atividade relacionada com a prática da Gastreenterologia, Hepatologia e Endoscopia Digestiva. Esta é uma missão cumprida?

Prof. Doutor José Cotter (JC) | De certa forma sim, é uma missão cumprida, embora saibamos que nunca se consegue cumprir tudo quanto se ambiciona, mas posso dizer, e faço-o com grande satisfação, que os nossos dois anos de mandato foram muito ativos. Ao longo deste período desenvolvemos uma atividade que considero muito profícua em prol da especialidade, cumprindo os estatutos da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, bem como estivemos muito atentos a tudo quanto pudesse interessar aos gastreenterologistas. A título de exemplo, destaco o esforço enorme que fizemos para estimular a investigação nesta área, que culminou com o Prémio Nacional de Gastreenterologia, atribuído pela primeira vez no ano passado. Este ano, o prémio será novamente atribuído no decorrer da Semana Digestiva, que terá lugar de 7 a 10 de junho, no Algarve. Este prémio, no montante de 30 mil euros, o mais vultuoso da especialidade a nível nacional, constitui, seguramente, um estímulo importantíssimo para os gastreenterologistas que se dedicam à investigação.

ZOOM | Que outras iniciativas marcaram o mandato?

JC | Apoiámos a generalidade dos pedidos de bolsa de investigação dirigidos à Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, o que nunca tinha acontecido, facto

que permitiu um aumento substancial de atividade nesta área.

Estivemos também particularmente atentos à formação, nomeadamente dos internos e dos especialistas mais novos. Não só prosseguimos a parceria com a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, nos cursos com os simuladores de endoscopia digestiva, como iniciámos uma vertente que, futuramente, terá uma importância muito grande: formação em colonoscopia. Em colaboração com o Centro de Treino de Endoscopia da Organização Mundial de Gastreenterologia, situado no Hospital de São João, elementos da Sociedade Britânica de Gastreenterologia deram formação a especialistas portugueses com o objetivo de os certificar como formadores em colonoscopia. Entretanto,

iniciámos cursos de formação em colonoscopia, ministrados por esses mesmos formadores, em diversos hospitais do país, tendo decorrido já dois, um em Coimbra e outro em Guimarães. Seguramente que outros se seguirão, o que é extraordinariamente importante não só por ser inovador, como também por melhorar a qualidade de execução dos exames, através da formação específica que é dada aos especialistas mais jovens.

Realizámos, ainda, em colaboração com o Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica, um Curso de Patologia Clínica, que faz parte do programa curricular dos internos de Gastreenterologia. Um outro aspeto que considero dos mais relevantes registados durante este mandato foi a indexação na PubMed do GE – *Portuguese Journal of Gastroenterology*,

revista oficial da Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado. Após longos anos de trabalho e de luta, conseguimos finalmente a indexação, algo que projeta a revista internacionalmente. Permitirá, também, representar condignamente os gastreenterologistas portugueses a nível internacional e, tendo em conta que há muito poucas revistas em Portugal com indexação na PubMed, é para nós um motivo de grande orgulho a nossa estar nesse grupo restrito. Tenho particular orgulho de, por coincidência, eu ser o diretor da revista quando se deu a indexação.

Conseguimos também pôr a funcionar e agilizar o CEREGA, uma estrutura da SPG vocacionada para a coordenação de ensaios multicêntricos, que tem uma direção própria, presidida pela Prof.^a Doutora Marília Cravo. Tem múltiplos trabalhos a decorrer e penso que irá apresentar resultados a muito curto prazo, sendo indiscutivelmente uma mais-valia na área da investigação. Não é muito habitual em Portugal haver ensaios com uma participação muito ativa dos diferentes centros, mas ninguém melhor do que a SPG, e concretamente o CEREGA, a estrutura própria para este fim, conseguirá coordenar esses trabalhos e obter resultados. Patrocinámos ainda cientificamente inúmeros eventos científicos de qualidade quando nos foi solicitado, dentro do espírito estatutário de contribuir para o desenvolvimento da especialidade.

A CURA É O GRANDE OBJETIVO

Questionado sobre qual é o grande desafio da Gastreenterologia, o Prof. Doutor José Cotter afirma, sem hesitar, que é o mesmo que qualquer médico enfrenta: a cura do doente. “Há algumas patologias que continuam a afetar muitos doentes de um modo bastante penalizante como, por exemplo, a doença de Crohn e a colite ulcerosa. Apesar da grande evolução que se verifica ao nível terapêutico, não existe ainda uma terapêutica curativa, como aconteceu com a hepatite C”, explica, manifestando esperança que tal venha a suceder não só em relação à doença inflamatória intestinal, mas

também à hepatite B. Do ponto de vista tecnológico, no presente é possível curar endoscopicamente algumas doenças potencialmente graves, refere. “Hoje em dia fazemos dissecação da submucosa de lesões malignas superficiais ou lesões pré-malignas, para além de outras tecnologias que já se usam há mais anos e que nos permitem melhorar muito significativamente a qualidade de vida dos doentes. “Em suma, o objetivo número um da nossa intervenção é, sempre que possível, a cura, e o número dois melhorar a qualidade de vida dos doentes”, sublinha.



ZOOM | Em termos de contactos internacionais, quais os que destaca?

JC | Destaco a participação em estruturas internacionais, como a *United European Gastroenterology* e a *World Gastroenterology Organisation*, nas quais estamos representados por elementos da SPG que integram os corpos sociais dessas entidades, o que é, naturalmente, muito prestigioso. Penso que a próxima Direção dará também continuidade ao estreitamento de relações com a Gastroenterologia espanhola e brasileira, através da Reunião Ibérica de Cápsula e Enteroscopia e das Semanas Digestivas brasileira e portuguesa. Temos mantido estas relações, entre outras, com o objetivo de abordar áreas que muito se têm desenvolvido nos últimos anos, de que é um bom exemplo a da doença inflamatória intestinal – fizemos uma reunião monotemática em janeiro com o patrocínio científico do *American College of Gastroenterology*, que contou

com a participação, entre outros, de prestigiados especialistas americanos. A propósito, há que referir, também, que o CEREGA está a desenvolver trabalhos no âmbito da doença inflamatória intestinal, cujos resultados serão apresentados em breve. E sobre esta patologia uma nota, ainda, para o Prémio Nacional de Gastroenterologia que será atribuído este ano e que distingue, precisamente, um trabalho no âmbito da doença inflamatória intestinal. É uma área cada vez mais importante no plano da Gastroenterologia e é fundamental que os gastroenterologistas estejam atualizados, já que se trata de uma doença gastroenterológica por excelência, que motiva uma dependência muito grande do doente em relação ao seu gastroenterologista.

GASTROENTEROLOGISTA É UM PARCEIRO INDISPENSÁVEL

ZOOM | De que modo é que a Sociedade tem procurado atrair mais atenção para a Oncologia Digestiva e para

a relevância do papel do gastroenterologista?

JC | Um dos objetivos do nosso mandato consistiu em estarmos particularmente atentos aos cinco tumores da área da Gastroenterologia que integram o *Big Five* dos cancros (9.260 casos, 8,5% de todas as mortes): o cancro do cólon e reto, o cancro do estômago, o cancro do pâncreas, o cancro do fígado e o cancro do esófago. As mortes por cancro digestivo constituem 9,3% de todas as mortes de causa conhecida/ /identificada. Neste contexto, desenvolvemos inúmeras atividades, na imprensa especializada e na imprensa generalista, de modo a sensibilizar os profissionais e a população para a relevância do rastreio e do diagnóstico precoce. Procurámos alertar para a importância do papel do gastroenterologista na fase do diagnóstico, bem como no que se refere à terapêutica dirigida a estes doentes. Neste contexto, é evidente que em função das diferentes técnicas e áreas que domina, a intervenção

do gastroenterologista será cada vez maior no campo oncológico, assumindo-se como um parceiro imprescindível do oncologista, nomeadamente nas consultas de grupo de tumores da área gastroenterológica, já que dispõe de ferramentas muito úteis na abordagem destes doentes. Afigura-se, pois, como indispensável a participação do gastroenterologista nas consultas de grupo (no mínimo nas consultas de grupo oncológico) que possam existir em todo o país.

ZOOM | Como se tem caracterizado o percurso da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia?

JC | A SPG criou, ao longo dos anos, iniciativas que se sedimentaram e que têm um impacto enorme, de que é exemplo mais recente a reunião monotemática que organizamos anualmente. No primeiro ano do nosso mandato, a reunião, sobre Hepatites Viricas, foi organizada pelo vice-presidente da Sociedade, Prof. Doutor Rui Tato Marinho, e a deste ano, dedicada à doença inflamatória intestinal, uma área particularmente importante, foi organizada pelo Prof. Doutor Guilherme Macedo. Estas reuniões configuram já um clássico das reuniões científicas nacionais, caracterizam-se por uma elevadíssima qualidade científica e pelo facto de serem, como o próprio nome indica, monotemáticas, permitem fazer um *state of the art* exaustivo do tema escolhido. O *feedback* tem sido muito positivo. Nota, também, para a evolução da Semana Digestiva, organizada pela Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia em parceria com a Sociedade Portuguesa

de Endoscopia Digestiva e a Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado. Cresceu imenso, ao ponto de se tornar no principal evento da Gastreterologia nacional. Terá lugar em junho e, estou certo que, uma vez mais, será um grande sucesso. A Semana Digestiva é um investimento enorme da SPG, quer do ponto de vista científico, quer de diversos outros, mas que se revela absolutamente fundamental para concretizar o que está estabelecido estatutariamente: a promoção e o apoio científico que a SPG deve ter.

CIÊNCIA E TECNOLOGIA AO SERVIÇO DA SAÚDE

ZOOM | Como vê a evolução da Gastreterologia e quais são os principais avanços nesta área?

JC | A Gastreterologia tem sido uma das especialidades que mais tem evoluído nos últimos anos. Isto porque associa à vertente clínica – na qual tem havido áreas com evoluções excecionais, nomeadamente no campo das hepatites víricas e no campo da doença inflamatória intestinal –, a vertente técnica. A evolução tecnológica tem permitido aos gastreterologistas executar alguns procedimentos que há alguns anos eram absolutamente impensáveis e que agora são realizados com relativa facilidade. Por exemplo, a cápsula endoscópica é hoje um exame de primeira linha para o estudo da patologia do intestino delgado e um exame a ser considerado para a patologia do intestino grosso em algumas circunstâncias. A terapêutica endoscópica, por exemplo, permite resolver situações que anteriormente implicavam cirurgia, o que se traduz agora numa

recuperação muitíssima mais rápida do doente e no registo de menos complicações, sendo que na maior parte dos casos dispensa internamento. Esta evolução vai manter-se seguramente porque um dos paradigmas da Medicina atual passa por ser cada vez menos invasiva. Ora, a Gastreterologia assume exatamente este espírito, deixando antever a perspectiva de sermos ainda mais eficazes, mais seguros e menos invasivos. Tendo em conta a evolução enorme registada nos últimos anos, não é possível prever o que se irá passar no futuro e isto é, em si mesmo, um grande desafio e uma das razões pelas quais a Gastreterologia é atualmente uma das especialidades mais pretendidas pelos jovens médicos.

ZOOM | Prestes a passar o testemunho, que mensagem gostaria de deixar ao seu sucessor?

JC | Não deixo mensagem porque quem me vai suceder no cargo – posso dizê-lo mesmo antes das eleições porque só há uma lista a sufrágio – é o atual vice-presidente da SPG, o Prof. Doutor Luís Tomé, uma pessoa com uma enorme capacidade. Às ideias próprias que trará, o Prof. Doutor Luís Tomé juntará certamente uma continuidade do que de relevante considerar ter sido levado a cabo por esta Direção, tal como fizemos em relação à nossa antecessora. Há que reconhecer, de facto, que a SPG tem hoje um protagonismo a nível nacional infinita e indiscutivelmente maior do que há alguns anos atrás. A Sociedade é no presente, a

nível dos gastreterologistas, a entidade com maior peso e importância, de acordo com os seus pergaminhos e com aquilo para o que está vocacionada porque, pela sua abrangência, é a estrutura da especialidade que mais gastreterologistas acolhe. Deve continuar a acompanhar o evoluir dos tempos e isso implica divulgar as suas ideias, a sua mensagem e iniciativas através das novas tecnologias, o que fizemos, com muito sucesso, através do *site* e das redes sociais. Da mesma forma, a nossa *newsletter* bissemanal revelou-se um êxito, permitindo-nos chegar à generalidade dos gastreterologistas e outros profissionais ligados à área, com informação atual, sumária e pertinente, revelando-se uma mais-valia para a divulgação e protagonismo da SPG.

QUALIDADE E SEGURANÇA SÃO PREOCUPAÇÕES

A qualidade e a a segurança dos procedimentos gastreterológicos são motivo de preocupação da SPG que, atempadamente, debateu a questão com a Tutela, afirma o Prof. Doutor José Cotter, manifestando esperança que alguns dos alertas e sugestões deixados possam tornar-se realidade a curto prazo. “Tal não é fácil e exige uma inquebrantável persistência para contrariar as políticas economicistas que hoje, na maior parte dos casos, se pretendem fazer sobrepor a tudo o mais”, diz. O facto de haver unidades de Endoscopia Digestiva que estão convencionadas com o SNS e cujos diretores técnicos não são gastreterologistas, é motivo de grande preocupação, porquanto configuram situações anómalas, alerta.

“É inadmissível que médicos de outras especialidades sem qualquer formação em Endoscopia Digestiva – uma área na qual apenas os gastreterologistas adquirem formação – estejam a assumir a direção técnica nessas unidades”, destaca o Prof. Doutor José Cotter, sublinhando que o secretário de Estado da Saúde foi, pela primeira vez, alertado para esta grave situação em março 2016. Outro motivo de preocupação tem a ver com a discrepância e a falta de equidade com que estão a ser tratados os doentes com doença inflamatória intestinal no que diz respeito à prescrição de terapêutica biológica, face a doentes reumatológicos ou dermatológicos. “Não se compreende como é que

ainda não foi devidamente regularizada, por parte da Tutela, a possibilidade de nos centros que estão já homologados pela DGS poder ser feita a prescrição diretamente pelos médicos gastreterologistas, tal como acontece com os reumatologistas e dermatologistas”, destaca. O Prof. Doutor José Cotter diz ainda que é aguardada a todo o momento a homologação de uma norma de orientação clínica sobre a utilização da cápsula endoscópica, um método de diagnóstico extraordinariamente importante na Gastreterologia atual. “A norma foi elaborada há cerca de um ano, no âmbito da DGS, e não conseguimos perceber a razão pela qual não está ainda publicada e homologada”, declara.

UMA LINHA, UM RUMO PARA O FUTURO

1. A SPG continuará empenhada na formação dos gastroenterologistas. Além da Semana Digestiva e da Reunião Monotemática dar-se-á continuidade à colaboração com a SPED no sentido de promover a utilização de modelos no treino endoscópico dos mais jovens. Os cursos de formação em colonoscopia para médicos já com maior formação continuarão a ser estimulados. A SPG deverá promover e facilitar os estágios formativos em unidades estrangeiras, com apoio logístico e financeiro para os colegas que manifestem interesse nessas deslocações. Do mesmo modo, a SPG deveria apoiar financeiramente os candidatos à realização do exame europeu patrocinando a correspondente propina de inscrição para a sua primeira tentativa. A SPG poderá também apoiar a vinda de peritos estrangeiros que possam contribuir para a introdução ou desenvolvimento de técnicas relevantes.

2. O apoio à investigação deve ser reforçado. Um maior apoio a jusante (ou seja remunerar investigações publicadas) em detrimento do apoio a montante (subsidiar projetos a realizar) deve ser encarado. O apoio a atividades concertadas como as que são promovidas pelo CEREGA será expandido.

3. O GE sofreu um impulso considerável em tempos recentes mercê do interesse que o seu editor e as últimas

PROF. DOUTOR LUÍS TOMÉ



Direções lhe dedicaram. Mercê dessa atividade empenhada conseguiu ser integrado nas publicações rastreadas pela PubMed o que lhe traz um Estatuto de assinalável relevância. O apoio ao Jornal Português de Gastroenterologia continuará a ser o lema da nova Direção.

4. O arsenal terapêutico disponível para o tratamento das doenças inflamatórias crônicas do intestino tem aumentado de forma considerável em tempos recentes com o aparecimento dos biológicos. Ao contrário do que seria lógico a dispensa

desses medicamentos faz-se apenas para doentes seguidos nos Hospitais. Esta circunstância faz avolumar de modo brutal o número de doentes que a eles afluem, onde criam constrangimentos diversos que resultam da escassez de profissionais que podem ser afetos a uma área em crescimento acelerado. Este panorama tem que ser modificado.

5. A NOC da DGS sobre o rastreio do cancro colo retal privilegia a realização da pesquisa de sangue oculto nas fezes como primeira iniciativa para identificar os indivíduos

VICE-PRESIDENTE
DA SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GASTROENTEROLOGIA
2015-2017
CANDIDATO À PRESIDÊNCIA
DA DIREÇÃO DA SPG, BIÊNIO
2017-2019

a submeter posteriormente a uma colonoscopia. Existem amplas evidências na literatura de que a pesquisa de sangue oculto nas fezes tem uma sensibilidade muito baixa quanto à deteção de adenomas. Esta lista tentará persuadir as entidades apropriadas de que norma precisa de revisão.

6. Se excetuarmos o carcinoma hepatocelular, os GE apenas diagnosticam as neoplasias mas deixam de intervir quando se encaram os tratamentos cirúrgicos. As intervenções terapêuticas do foro médico prévias à cirurgia, que surjam na sua sequência ou que tentem substituir-se à cirurgia não têm a sua participação. Por vezes somos chamados numa fase adiantada para paliar obstruções dos diversos lúmens mas claramente que

GAVISCON

AZIA e INDIGESTÃO

quem decide a orientação terapêutica não são os GEs. Embora assim seja, a SPG envolveu-se em campanhas para sensibilizar a opinião pública para a emergência dos tumores mais comuns. Promoveremos uma reflexão para saber que posicionamento devemos assumir neste contexto.

7. O site e a intervenção nas redes sociais são áreas que devem ser merecer a maior atenção. O site é a nossa principal área de exposição pública sendo que se sugere a sua dinamização. As redes sociais são o modo como procuramos expor os nossos pontos de vista embora os gastos que se fazem nalgumas áreas (Twitter, por ex) não tenham o retorno desejado. Parece claro que se deve atribuir a responsabilidade por estas áreas a um grupo restrito de Colegas que com a ajuda dos nossos assessores possam dinamizar este capítulo.

8. Em tempos recentes criaram-se imposições extremas às condições em que um gastroenterologista deve exercer o seu trabalho que praticamente inviabilizam que se possa estabelecer e desenvolver a sua atividade profissional. Muitas destas exigências não têm nenhum sentido e destinam-se apenas a tentar amordaçar a atividade profissional autónoma dos gastroenterologistas para os tornar assalariados mal pagos

A DIREÇÃO DA SPG DEVE CONTINUAR A ABORDAR OS PODERES INSTALADOS COM A CONSIDERAÇÃO QUE ELES LHE MERECEREM MAS DEVE PASSAR A SER MAIS INCISIVA NAS CAMPANHAS PÚBLICAS DESTINADAS A FAZER VINGAR OS NOSSOS PONTOS DE VISTA

de grandes grupos económicos. A Direção que agora se propõe a sufrágio faz questão de se interessar detalhadamente sobre este assunto.

9. A SPG organizou nos últimos anos com eficácia a sua penetração na comunicação social. Não tem infelizmente usado essa sua capacidade instalada para pressionar devidamente os decisores que adiam sem motivo palpável qualquer espécie de decisão a respeito de múltiplos assuntos. A Direção da SPG deve continuar a abordar os poderes instalados com a consideração que eles lhe merecerem mas deve passar a ser mais incisiva nas campanhas públicas destinadas a fazer vingar os nossos pontos de vista.



Indicado para grávidas



Alívio rápido



Ação prolongada até 4 horas



Porquê recomendar GAVISCON às grávidas?

Excelente perfil de segurança: Clinicamente testado, pode ser tomado por grávidas e mulheres a amamentar.

Gaviscon Duofet 500 mg + 213 mg + 325 mg Suspensão oral em saquetas. Cada 10 ml de suspensão contém 500 mg de alginato de sódio, 213 mg de bicarbonato de sódio e 325 mg de carbonato de cálcio. **Indicações terapêuticas:** Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico relacionados com acidez, tais como regurgitação ácida, pirose e indigestão, que podem ocorrer por exemplo, após as refeições ou durante a gravidez. **Posologia e modo de administração:** Via oral. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 10-20 ml (1 a 2 saquetas) após as refeições e ao deitar, até 4 vezes por dia. Crianças com menos de 12 anos: Só sob aconselhamento médico. **Idosos:** Não é necessário ajuste posológico. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Muito raros (<1/10.000): manifestações alérgicas, tais como urticária, reações anafiláticas ou reações anafilactóides, dor abdominal, secreção de ácido, diarreia, náuseas, vômitos e erupção pruriginosa. **Desconhecidos:** obstipação, alcalose, hipercalemia e Síndrome lácteo-alcalino (após a toma de dosagens muito superiores à recomendada); Efeitos respiratórios, tais como broncospasmo. **Data de revisão do texto:** 04/2016. **Gaviscon, comprimido para mastigar e suspensão oral com odor e aroma de menta.** Cada comprimido/5 ml de suspensão contém 250 mg de alginato de sódio, 133,5 mg de bicarbonato de sódio e 80 mg de carbonato de cálcio. **Indicações terapêuticas:** Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico, que podem ocorrer por ex. após as refeições ou durante a gravidez, ou para os comprimidos e suspensão oral em saquetas, em doentes com sintomas relacionados com esofagite de refluxo. **Posologia e modo de administração:** Via oral. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 2 a 4 comprimidos ou 10-20 ml (1-2 saquetas) de suspensão após as refeições e ao deitar (até 4 vezes por dia). Crianças com menos de 12 anos: Só sob aconselhamento médico. **Idosos:** Não é necessário ajuste posológico. **Compromisso hepático:** não é necessário efetuar modificações. **Insuficiência renal:** ter em atenção se for necessária uma dieta altamente restrita em sal. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes, incluindo os ésteres de hidroxibenzoatos (parabens) da suspensão oral. **Efeitos indesejáveis:** Muito raros (≤1/10.000): reações de hipersensibilidade com esofagite de refluxo, efeitos respiratórios como broncospasmo, reações anafiláticas e anafilactóides. **Data de revisão do texto:** 06/2015. **Gaviscon Morango 250 mg + 133,5 mg + 80 mg Comprimido para mastigar.** Cada comprimido contém 250 mg de alginato de sódio, 133,5 mg de bicarbonato de sódio e 80 mg de carbonato de cálcio. **Indicações terapêuticas:** Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico, tais como regurgitação ácida, pirose e indigestão (relacionada com o refluxo), que podem ocorrer por exemplo, após as refeições ou durante a gravidez, ou em doentes com sintomas relacionados com esofagite de refluxo. **Posologia e modo de administração:** Via oral. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 2 a 4 comprimidos após as refeições e ao deitar. Crianças com menos de 12 anos: Administrar apenas sob aconselhamento médico. **Idosos:** Não é necessário ajuste posológico. **Compromisso hepático:** não é necessário efetuar modificações. **Insuficiência renal:** ter em atenção se for necessária uma dieta altamente restrita em sal. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Muito raramente (≤1/10.000), os doentes podem desenvolver manifestações alérgicas, tais como urticária ou broncospasmo, reações anafiláticas e reações anafilactóides. **Data de revisão do texto:** 04/2015. **Medicamentos não sujeitos a receita médica.** Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado: Reckitt Benckiser Healthcare, Lda. Rua D. Cristóvão da Gama, 1 - 1.º C/D • 1400-113 Lisboa

HEPATITES VÍRICAS

PROF. DOUTOR RUI TATO MARINHO



VICE-PRESIDENTE
DA SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GASTROENTEROLOGIA 2015-2017

O tema hepatites víricas e suas eventuais consequências têm constituído uma área de forte intervenção da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, durante o mandato dos dois últimos anos. Tem sido uma área de intervenção constante e prioritária. Estima-se que as hepatites B e C possam afetar no seu conjunto cerca de 100.000 portugueses, o que denota a sua relevância e a justificação do foco e toda Direção da SPG, para este importante

O TEMA HEPATITES
VÍRICAS E SUAS
EVENTUAIS
CONSEQUÊNCIAS
TÊM CONSTITUÍDO
UMA ÁREA DE
FORTE INTERVENÇÃO
DA SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
GASTROENTEROLOGIA,
DURANTE O
MANDATO DOS DOIS
ÚLTIMOS ANOS

problema de saúde pública e importância social.

Logo em fevereiro de 2016 teve lugar a realização em Lisboa da reunião monotemática denominada "Da Cirrose ao Cancro", que contou com os melhores especialistas nacionais, dois representantes do INFARMED incluindo o Presidente nessa data, Dr. Eurico Castro Alves e quatro convidados estrangeiros. Foram abordados vários aspetos e benefícios do tratamento da hepatite C e B, bem como do carcinoma hepatocelular, entidade sempre presente como risco evolutivo muito importante para quem tem cirrose. Procedeu-se a um ponto da situação do estado do tratamento da hepatite C em Portugal que teve na sua génese contributo relevante de alguns elementos da Direção da SPG.

O assunto hepatites víricas foi sempre uma preocupação durante estes dois anos. As formas de informação e comunicação revestiram-se de diferentes aspetos de modo a chegar a vários tipos de públicos e *stakeholders*: comunicação social televisiva, escrita especializada e generalista, radiofónica, a nossa *webletter* "SPG News" com cerca de 50-70 números por ano dando conta de relevantes artigos, *guidelines* e reuniões científicas; publicação de artigos na revista científica *GE Portuguese Journal of*

A SPG DEFENDE
QUE A ALT SEJA
INCLUÍDA
NA AVALIAÇÃO
DE ROTINA E QUE
SE DETERMINEM
OS MARCADORES
DAS HEPATITES
VÍRICAS (A, B, C)
PELO MENOS UMA
VEZ NA VIDA

Gastroenterology, agora indexado na PubMed; divulgação de diverso material informativo no *site* www.spg.pt. A SPG teve também o ensejo de elaborar três infografias onde são abordados vários aspetos relacionados com as hepatites víricas, um sobre "Hepatite C", outra sobre "Cirrose e Cancro do Fígado em Portugal" e "O Aparelho Digestivo e o gastroenterologista". Outro local onde tem sempre lugar de destaque a hepatite B e a hepatite C são as Semanas Digestivas. Na Semana Digestiva que terá lugar de 7-10 de junho

GAVISCON

AZIA e INDIGESTÃO



GAVISCON
forma uma **forte barreira protetora**^{1,2,3},
que flutua no topo
do conteúdo gástrico
permitindo manter
o ácido no interior
do estômago.



15/2017

2017 e que contará com cerca de 700 inscitos terá lugar, entre outras reuniões, uma mesa redonda sobre “O benefício de tratar as doenças hepáticas” onde será abordado e evidenciado a forte mais-valia em tratar as hepatites B e C crónicas. Haverá também uma sessão para médicos da Medicina Geral e Familiar, denominada *GastroDigest 2017*, onde será abordado o que há de novo quanto às hepatites víricas. A SPG defende que a ALT seja incluída na avaliação de rotina e que se determinem os marcadores das hepatites víricas (A, B, C) pelo menos uma vez na vida.

De um modo geral, o que se passa em Portugal quanto às diversas hepatites víricas: Hepatite A – muito longe das luzes da ribalta nos últimos anos, devido à melhoria das condições higiénico-sanitárias do País, Portugal e a Europa foi palco de um foco epidémico de hepatite A sintomática em adultos jovens do sexo masculino. Hepatite B – já disponível, um novo fármaco para a hepatite B, tenofovir alafenamida (TAF), com menos toxicidade renal e óssea relativamente ao tenofovir convencional (TDF).

Hepatite C – Estão de momento disponíveis em Portugal oito fármacos antivíricos de ação direta para o tratamento, para todos os infetados com hepatite C crónica.

Temos armas muito fortes para controlar as hepatites víricas: vacina para a hepatite A e B, tratamento com controlo da hepatite B crónica, e “cura” definitiva, caso ainda não exista cirrose, para a hepatite C com taxas de eficácia perto dos 97%. A SPG tem estado como organização científica de utilidade pública e através de vários dos seus membros na linha da frente para disponibilizar os melhores cuidados aos portugueses afetados pelas hepatites víricas.

A SPG TEM ESTADO COMO ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DE UTILIDADE PÚBLICA E ATRAVÉS DE VÁRIOS DOS SEUS MEMBROS NA LINHA DA FRENTE PARA DISPONIBILIZAR OS MELHORES CUIDADOS AOS PORTUGUESES AFETADOS PELAS HEPATITES VÍRICAS



GAVISCON proporciona o alívio PROLONGADO (até 4 horas).



Indicado para grávidas



Alívio rápido

1. Clarke AT, et al. *Gut*. 2008;57(3):292–297. 2. Hampson FC, Jolliffe IG, et al. *Drug Dev Ind Pharm*. 2010;36(5):614–623. 3. Rohof W, Bennink R, et al. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013. S1542–3565. 00621–6. doi: 10.1016/j.cgh.2013.04.046. **Gaviscon Duefet** 500 mg + 213 mg + 325 mg Suspensão oral em saquetas. Cada 10 ml de suspensão contém 500 mg de alginato de sódio, 213 mg de bicarbonato de sódio e 325 mg de carbonato de cálcio. **Indicações terapêuticas:** Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico relacionados com acidez, tais como regurgitação ácida, pirose e indigestão, que podem ocorrer por exemplo, após as refeições ou durante a gravidez. **Posologia e modo de administração:** Via oral. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 10–20 ml (1 a 2 saquetas) após as refeições e ao deitar, até 4 vezes por dia. Crianças com menos de 12 anos: Só sob aconselhamento médico. **Idosos:** Não é necessário ajuste posológico. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Muito raros (<1/10.000): manifestações alérgicas, tais como urticária, reações anafiláticas ou reações anafilatóides, dor abdominal, secreção de ácido, diarreia, náuseas, vômitos e erupção pruriginosa. **Desconhecidos:** obstipação, alcalose, hipercalcémia e Síndrome lácteo-alcalino (após a toma de dosagens muito superiores à recomendada); Efeitos respiratórios, tais como broncoespasmo. **Data de revisão do texto:** 04/2016. **Gaviscon**, comprimido para mastigar e suspensão oral com odor e aroma de menta. Cada comprimido/5 ml de suspensão contém 250 mg de alginato de sódio, 133,5 mg de bicarbonato de sódio e 80 mg de carbonato de cálcio. **Indicações terapêuticas:** Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico, como regurgitação ácida, pirose e indigestão (relacionada com o refluxo), que podem ocorrer por ex. após as refeições ou durante a gravidez, ou para os comprimidos e suspensão oral em saquetas, em doentes com sintomas relacionados com esofagite de refluxo. **Posologia e modo de administração:** Via oral. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 2 a 4 comprimidos ou 10–20 ml (1–2 saquetas) de suspensão após as refeições e ao deitar (até 4 vezes por dia). Crianças com menos de 12 anos: Só sob aconselhamento médico. **Idosos:** Não é necessário ajuste posológico. **Compromisso hepático:** não é necessário ajuste posológico. **Insuficiência renal:** ter em atenção se for necessária uma dieta altamente restrita em sal. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Muito raramente (<1/10.000), os doentes podem desenvolver manifestações alérgicas, tais como urticária ou broncoespasmo, reações anafiláticas e reações anafilatóides. **Data de revisão do texto:** 04/2015. **Medicamentos não sujeitos a receita médica.** Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado: Reckitt Benckiser Healthcare, Lda. Rua D. Cristóvão da Gama, 1 - 1.º C/D • 1400-113 Lisboa



DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Ao rever o que de melhor e mais relevante se produziu no âmbito da doença inflamatória intestinal nos últimos anos, consideramos que dois termos devem assumir particular destaque: qualidade e bem-estar. É neste caminho de atividade assistencial centrada na qualidade de vida dos doentes com doença inflamatória que a Gastreenterologia portuguesa se tem alicerçado, a par dos mais recentes avanços científicos internacionais. Quando falamos em doença inflamatória intestinal, abordamos aquela que tantas vezes é designada como a “doença gastreenterológica por excelência”, onde o gastreenterologista assume um papel inestimável a dois patamares: na abordagem clínica e terapêutica dos doentes, bem como em toda a dinâmica endoscópica (desde o diagnóstico/rastreamento de displasia às técnicas terapêuticas).

Este lugar de destaque numa patologia tão versátil – e por vezes “caprichosa” – liberta o médico gastreenterologista da tendência órgão-específica da Medicina atual, obrigando a uma visão holística do doente (nomeadamente no diagnóstico de manifestações extra-intestinais e na sua articulação com outras especialidades).

A qualidade assistencial, nomeadamente na sua dimensão métrica, assume particular importância. No mundo atual, perante a

PROF. DOUTOR GUILHERME MACEDO



VICE-PRESIDENTE
DA SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GASTREENTEROLOGIA
2015-2017

AO REVER
O QUE DE MELHOR
E MAIS RELEVANTE
SE PRODUZIU NO
ÂMBITO DA DOENÇA
INFLAMATÓRIA
INTESTINAL NOS
ÚLTIMOS ANOS,
CONSIDERAMOS QUE
DOIS TERMOS DEVEM
ASSUMIR PARTICULAR
DESTAQUE:
QUALIDADE
E BEM-ESTAR

explosão de conhecimento técnico é necessária a aplicação ética do princípio de justiça social para que as intervenções praticadas, sejam fonte de melhor prática clínica, baseadas em algoritmos de diagnóstico sólidos e reprodutíveis. Muito deste crescimento técnico/tecnológico em doença inflamatória é centrado nas técnicas endoscópicas. Desde o diagnóstico, onde se destacam os recentes avanços na cápsula endoscópica e o seu elevado valor preditivo negativo de diagnóstico; às técnicas terapêuticas endoscópicas, agora acessíveis em locais do organismo outrora remotos,

através das potencialidades da enteroscopia. O papel central da endoscopia encontra-se presente na linguagem usada em comunicação clínica, onde o desenvolvimento de scores endoscópicos (*Mayo Score*, *Ulcerative Colitis Endoscopy Index of Severity – UCEIS*, *Crohn's Disease Endoscopy Index of Severity CDEIS*, *Reutgeers score*, *Lewis score*) permite a avaliação de parâmetros de lesão de mucosa e atividade inflamatória de forma objetiva, com claro benefício na investigação clínica. As definições tão comumente usadas de “perda do padrão vascular” e de “friabilidade da mucosa” perderam o lugar a uma avaliação sistematizada e detalhada da mucosa cólica. A qualidade das imagens endoscópicas aumentou exponencialmente, com inerente superioridade na definição de detalhes da mucosa previamente inacessíveis. Apesar da dicotomia entre as definições de remissão endoscópica e histológica, tais conceitos

tendem a aproximar-se pela capacidade crescente na visualização da ultraestrutura tecidual da mucosa digestiva. É perfeitamente plausível que com o desenvolvimento da tecnologia endoscópica, num futuro próximo os ensaios clínicos futuros assentem muito predominantemente na resposta endoscópica às intervenções terapêuticas. A necessidade de quantificação de atividade inflamatória é perceptível no incremento em investigação realizado em torno dos biomarcadores fecais e no seu papel de diagnóstico/monitorização de doença, bem como na sua potencialidade enquanto definidores de uma “remissão profunda”, a nível molecular. É neste esforço da definição do que corresponde a uma verdadeira remissão que se tem evoluído de forma dramática nos últimos anos. E para que isso possa acontecer são fundamentais os recentes avanços biotecnológicos na terapêutica dirigida à doença inflamatória. Muito se poderia expor sobre a multiplicidade de fármacos que recentemente surgiram como armas terapêuticas. Destacam-se três aspetos fundamentais: a capacidade cada vez mais refinada de atuar perante alvos moleculares específicos do trato digestivo (com todo o ganho inerente em termos de toxicidade medicamentosa), a capacidade

da existência de diversas classes farmacológicas (e a consequente capacidade de ajustar e modificar terapêutica perante o insucesso/ineficácia prévias) e o avanço nas formulações de autoadministração pelo doente.

Em poucos anos verificou-se uma progressão tremenda entre o que foi a instituição dos fármacos anti-TNF nas doenças imunomediadas, os efeitos da imunogenecidade medicamentosa na resposta terapêutica e o surgimento de novos armamentários terapêuticos (como o vedolizumab e ustekinumab, que rapidamente alcançam o seu papel consolidado na prática clínica).

No entanto, para além de novas classes terapêuticas muita investigação é realizada em relação à associação de imunossuppressores, com claro destaque o estudo SONIC (na doença de Crohn) e UC SUCESS (na Colite Ulcerosa), demonstrando o benefício na associação entre anti-TNF e azatioprina na doença moderada-grave. Esta superioridade da terapêutica combinada, associada à avidez pelos resultados clínicos em termos de remissão de doença não permite ocultar o reverso da medalha: os efeitos adversos. Centrados na qualidade assistencial, foi necessário equacionar a necessidade de redução de imunossupressão. Tal equilíbrio dinâmico entre

EM POUCOS ANOS VERIFICOU-SE UMA PROGRESSÃO TREMENDA ENTRE O QUE FOI A INSTITUIÇÃO DOS FÁRMACOS ANTI-TNF NAS DOENÇAS IMUNOMEDIADAS, OS EFEITOS DA IMUNOGENECIDADE MEDICAMENTOSA NA RESPOSTA TERAPÊUTICA E O SURGIMENTO DE NOVOS ARMAMENTÁRIOS TERAPÊUTICOS

risco de efeitos laterais-risco de recidiva é assente na estratificação criteriosa dos doentes, tendo em conta as suas expectativas e receios relativamente à doença. É nesta interação frequente com o doente que tal atividade clínica assume o seu expoente máximo. No acompanhar periódico de uma doença, que pela cronicidade oferece uma oportunidade única ao médico do seguimento quotidiano, atento, paciente e disponível. E a atividade clínica terá sempre o doente como centro, o seu bem-estar

na abordagem biopsicossocial da doença. Porque muitas vezes diagnosticados numa fase precoce das suas vidas, estes doentes terão no gastroenterologista o seu médico de proximidade, com o qual serão debatidas questões fundamentais (sexualidade, fertilidade, teratogenecidade medicamentosa, potencial oncológico da doença e da terapêutica). Mesmo que os sintomas da doença não se relacionem em termos objetivos com a atividade inflamatória, o gastroenterologista terá sempre um espaço privilegiado da atividade assistencial para o contacto clínico assíduo. Foi com estes pressupostos que em fevereiro de 2017 foi realizada uma Reunião Monotemática da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia subordinada ao tema da doença inflamatória intestinal. Tal reunião contou com a presença maciça da comunidade gastroenterológica portuguesa sob o patrocínio científico do *American College of Gastroenterology*. Este foi um dos grandes exemplos palpáveis da fecundidade científica que a Gastroenterologia portuguesa, inclusiva e participativa, fez germinar, contando com a presença de peritos nacionais e internacionais que abordaram de forma eximia os aspetos mais recentes do diagnóstico à terapêutica desta patologia.

CANCRO COLORRETAL

O PAPEL CENTRAL DA COLONOSCOPIA

A incidência de cancro colorretal (CCR) tem aumentado significativamente nos últimos anos. Atualmente, o risco médio de uma pessoa desenvolver CCR ao longo da vida é de cerca de 5%, podendo ser maior na presença de determinados fatores de risco. Pensa-se que este aumento global na incidência esteja, por um lado, associado ao envelhecimento da população, uma vez que este tumor é mais frequente nas faixas etárias mais avançadas. Por outro lado, também deverá estar associado ao aumento da prevalência de determinados fatores de risco, maioritariamente relacionados com o estilo de vida, como a obesidade, o sedentarismo, o tabaco e as dietas hipercalóricas, pobres em fibras, com excesso de gordura e carnes vermelhas. O prognóstico desta entidade depende essencialmente do estadió no momento do diagnóstico. Uma vez que uma proporção significativa de casos continua a ser diagnosticada numa fase avançada da doença, geralmente após o aparecimento de sintomas, a mortalidade global aos 5 anos mantém-se elevada, aproximando-se dos 50%. No entanto, quando o CCR é diagnosticado numa fase precoce, nomeadamente antes de ocorrer disseminação ganglionar linfática (N0), a sobrevivência aos 5 anos aproxima-se dos 90%. Estes dados reforçam a importância do rastreio do CCR e do diagnóstico precoce, idealmente antes do aparecimento dos primeiros

sintomas. Apesar da relevância do rastreio, que é recomendado por várias sociedades científicas, a adesão da população ainda é claramente insuficiente. A Sociedade Portuguesa de Gastreterologia reforça a importância da sensibilização da população nesta questão, bem como da necessidade de facilitar o acesso a métodos de rastreio eficazes, nomeadamente à colonoscopia. Deve-se salientar que têm sido alcançados importantes progressos no tratamento do CCR nas diferentes fases da doença. O espetro de lesões pré-malignas e malignas passíveis de tratamento endoscópico, minimamente invasivo, tem sido ampliado, com claras vantagens para o doente e em termos económicos. Temos também assistido a importantes progressos nas técnicas cirúrgicas, cada vez menos invasivas, incluindo novas técnicas de cirurgia laparoscópica e robótica. Também o tratamento médico tem tido importantes avanços, salientando-se o reconhecimento de novos alvos moleculares para quimioterapia. Mas a prevenção deverá ser o foco das atenções nas políticas de Saúde, sendo extraordinariamente eficaz na redução da morbilidade e mortalidade por CCR. Isto porque estão disponíveis métodos de rastreio muito eficazes, salientando-se o papel central da colonoscopia. Este é o único método de rastreio simultaneamente diagnóstico e terapêutico,

DR. MIGUEL BISPO



VOGAL DA DIREÇÃO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE GASTRETEROLOGIA 2015-2017

tendo já demonstrado reduzir significativamente a mortalidade por CCR. Concluindo, o CCR constitui a principal causa de morte por cancro digestivo, sendo frequentemente assintomático até uma fase avançada da doença. O envelhecimento da população e o incremento de vários fatores de risco associados ao estilo de vida, em conjugação com a insuficiente adesão ao rastreio, justificam o aumento da sua incidência na última década. A Sociedade

Portuguesa de Gastreterologia reforça a importância da prevenção, nos seus diferentes domínios, salientando que esta é uma das doenças oncológicas em que o rastreio demonstrou ser mais eficaz. Entre os diferentes métodos de rastreio disponíveis, deverá ser destacada a colonoscopia, pela sua potencialidade diagnóstica e terapêutica, sendo particularmente relevante para a remoção das lesões superficiais colorretais, precursoras desta doença maligna.

Entyvio[®]
vedolizumab

**TRATAR
COM PRECISÃO**

ENTYVIO[®]: o biológico selectivo para o intestino indicado para doentes com Colite Ulcerosa ou Doença de Crohn¹.



MEDICAMENTO EM AVALIAÇÃO PRÉVIA NÃO COMPARTICIPADO



1. RCM ENTYVIO[®], Agosto 2015

NOME DO MEDICAMENTO: Entyvio 300 mg pó para concentrado para solução para perfusão. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada frasco para injetáveis contém 300 mg de vedolizumab. Após a reconstituição, cada ml de solução contém 60 mg de vedolizumab. Vedolizumab é um anticorpo monoclonal IgG1 humanizado que se liga à integrina $\alpha 4 \beta 7$ humana e é produzido em células do ovário do transfer chimp. **FORMA FARMACÉUTICA:** Pó para concentrado para solução para perfusão. Massa ou pó liofilizado branco a esbranquiçado. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Colite ulcerosa e Doença de Crohn. Entyvio é indicado para o tratamento de doentes adultos com colite ulcerosa ou com doença de Crohn ativas moderadas a graves que apresentaram uma resposta inadequada, deixaram de responder ou demonstraram ser intolerantes à terapêutica convencional ou a um antagonista do fator de necrose tumoral alfa (TNF α). **POSOLÓGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Os doentes deverão receber o folheto informativo e o Cartão de Alerta do Doente. Posologia: Colite ulcerosa: 300 mg administrado por perfusão intravenosa às zero, duas e seis semanas e, a partir daí, a cada oito semanas. A terapêutica continuada para doentes com colite ulcerosa deve ser cuidadosamente reconstruída se não forem observadas quaisquer evidências de benefício terapêutico até à Semana 10. Alguns doentes que manifestaram uma diminuição na sua resposta poderão beneficiar de um aumento na frequência posológica de Entyvio 300 mg a cada quatro semanas. Em doentes que responderam ao tratamento com Entyvio, a administração de corticosteróides pode ser reduzida e/ou descontinuada de acordo com os cuidados padrão. Doença de Crohn: 300 mg administrado por perfusão intravenosa às zero, duas e seis semanas e, a partir daí, a cada oito semanas. Os doentes com doença de Crohn que não demonstraram uma resposta poderão beneficiar de uma dose de Entyvio na Semana 10. A terapêutica deverá ser continuada a cada oito semanas desde a Semana 14 em doentes que responderam ao tratamento. A terapêutica para doentes com doença de Crohn não deve ser continuada se não forem observadas quaisquer evidências de benefício terapêutico até à Semana 14. Alguns doentes que manifestaram uma diminuição na sua resposta poderão beneficiar de um aumento na frequência posológica de Entyvio a cada quatro semanas. Em doentes que responderam ao tratamento com Entyvio, a administração de corticosteróides pode ser reduzida e/ou descontinuada de acordo com os cuidados padrão. Reinição do tratamento para Colite ulcerosa e Doença de Crohn: Se a terapêutica for interrompida e for necessário reiniciar o tratamento com Entyvio, a dosagem a cada quatro semanas poderá ser considerada. O período de interrupção do tratamento em ensaios clínicos teve uma duração de, no máximo, um ano. A eficácia foi reatendida sem qualquer aumento evidente de reações adversas ou reações relacionadas com a perfusão durante o reinício do tratamento com vedolizumab. População pediátrica: A segurança e eficácia de vedolizumab em crianças entre os 0 e os 17 anos de idade não foram estabelecidas. Doentes idosos: Não é necessário qualquer ajuste posológico em doentes idosos. Doentes com compromisso renal ou hepático: Entyvio não foi estudado nestas populações de doentes. Não podem ser efetuadas quaisquer recomendações de dosagem. Modo de administração: Deve ser reconstituído e diluído antes da administração intravenosa. Entyvio é administrado como perfusão intravenosa durante 30 minutos. Os doentes devem ser monitorizados durante e após a perfusão. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Infecções graves ativas, tais como tuberculose, septicemia, citomegalovírus, listeriose e infecções oportunistas, tais como leucoencefalopatia multifocal progressiva. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Lista tabelada de reações adversas: As reações adversas encontram-se listadas de acordo com as seguintes categorias de frequências: muito frequentes ($\geq 1/10$), frequentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$) e pouco frequentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$). **Reações adversas - Classe de sistemas de órgãos/ Frequência/ Reação(ões) adversas:** Infecções e infestações/ Muito frequentes/ Nasofaringites; Infecções e infestações/ Frequentes/ Bronquite, gastroenterite, infeção do trato respiratório superior, gripe, sinusite, faringite; Infecções e infestações/ Pouco frequentes/ Infeção do trato respiratório, candidíase vulvovaginal, candidíase oral; Doenças do sistema nervoso/ Muito frequentes/ Cefaleia; Doenças do sistema nervoso/ Frequentes/ Parestesia; Vascularizações/ Frequentes/ Hipertensão; Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino/ Frequentes/ Dor ofrolingua, congestão nasal, tosse; Doenças gastrointestinais/ Frequentes/ Abcesso anal, fissura anal, náuseas, diarreia, obstipação, distensão abdominal, flatulência, hemorroidas; Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos/ Frequentes/ Erupção cutânea, prurido, eczema, eritema, supões noturnos, acne; Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos/ Pouco frequentes/ Foticulite; Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos/ Muito frequentes/ Artralgia; Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos/ Frequentes/ Espasmos musculares, dor lombar, fraqueza muscular, fadiga, dores nas extremidades; Perturbações gerais e alterações no local de administração/ Frequentes/ Pirexia; Perturbações gerais e alterações no local de administração/ Pouco frequentes/ Reação no local de perfusão (incluindo: dor no local de perfusão e iritação no local de perfusão), reação relacionada com a perfusão, arrepios, sensação de frio. Descrição das reações adversas selecionadas: Reações relacionadas com a perfusão (RRPs) - Nos estudos controlados GEMINI I e II, 4% dos doentes tratados com vedolizumab e 3% dos doentes tratados com placebo apresentaram um evento adverso definido pelo investigador como sendo uma RRP. A maioria das RRP's apresentaram uma intensidade ligeira a moderada e <1% resultaram na descontinuação do tratamento do estudo. As RRP's observadas foram, na sua generalidade, resolvidas com nenhuma ou com uma intervenção mínima após a perfusão. A maioria das RRP's ocorreu nas primeiras 2 horas. A maioria das RRP's não foram graves e ocorreram durante a perfusão ou na primeira hora após a conclusão da perfusão. Foi notificado um evento adverso grave de RRP num doente com doença de Crohn durante a segunda perfusão (os sintomas notificados foram dispneia, broncospasmo, urticária, arritmia, erupção cutânea e tensão arterial e frequência cardíaca aumentadas) tendo sido gerido com êxito com a descontinuação da perfusão e o tratamento com anti-histamínicos e hidrocortisona por via intravenosa. Em doentes que receberam vedolizumab às semanas 0 e 2 seguido de placebo, não foi observado qualquer aumento na taxa de RRP mediante um novo tratamento com vedolizumab após ausência de resposta. Infecções - Nos estudos controlados GEMINI I e II, a taxa de infeções foi de 0,85 por doente ano nos doentes tratados com vedolizumab e 0,70 por doente ano nos doentes tratados com placebo. As infeções consistiram principalmente em nasofaringite, infeção do trato respiratório superior, sinusite e infeções do trato urinário. A maioria dos doentes prosseguiu com a terapêutica de vedolizumab após o tratamento da infeção. Nos estudos controlados GEMINI I e II, a taxa de infeções graves foi de 0,07 por doente ano nos doentes tratados com vedolizumab e 0,06 por doente ano em doentes tratados com placebo. Ao longo do tempo, não foi observado qualquer aumento significativo na taxa de infeções graves. Em estudos controlados e de regime aberto realizados em adultos com vedolizumab, foram notificadas infeções graves que incluíram tuberculose, septicemia (por vezes fatal), septicemia por salmonela, meningite por listeria e colite por citomegalovírus. Imunogenicidade - Nos estudos controlados GEMINI I e II, o vedolizumab apresentou uma taxa de imunogenicidade de 4%. Nove dos 56 doentes foram persistentemente positivos e 33 doentes desenvolveram anticorpos anti-vedolizumab neutralizantes. A frequência de anticorpos anti-vedolizumab detetados em doentes 16 semanas após a última dose de vedolizumab foi de aproximadamente 10% nos estudos GEMINI I e II. Nos estudos controlados GEMINI I e II, 5% dos doentes com um evento adverso avaliado pelo investigador como sendo um RRP apresentaram anticorpos anti-vedolizumab persistentemente positivos. No geral, não foi detetada qualquer correlação aparente entre o desenvolvimento de anticorpos anti-vedolizumab e a resposta clínica ou acontecimentos adversos. No entanto, o número de doentes que desenvolveram anticorpos anti-vedolizumab foi demasiado limitado para se efetuar uma avaliação definitiva. **Doenças malignas:** No geral, até à data, os resultados do programa clínico não sugerem um risco acrescido de doenças malignas com o tratamento de vedolizumab; no entanto, o número de doenças malignas foi reduzido e a exposição a longo prazo foi limitada. Medicamento sujeito a receita médica restrita - Alínea a) do Artigo 118^o do DL 176/2006. Medicamento não participativo. Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da autorização de introdução no mercado: Takeda - Farmacêuticos Portugal, Lda., Av. da Torre de Belém, nº19 - R/C Esq. - 1400-342 Lisboa, NIPC: 502 801 204 Registada na CRC de Cascais sob mesmo número; T+351 21 120 14 57; F+351 21 120 14 56. Data de revisão: Agosto de 2015.

Takeda - Farmacêuticos Portugal, Lda.
Avenida da Torre de Belém,
nº 19 R/C Esq. 1400-342 Lisboa
NIF: 502 801 204

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional

PT/EW/0117/0001

TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS

DR. BRUNO ROSA



VOGAL DA DIREÇÃO DA SOCIEDADE
PORTUGUESA DE GASTROENTEROLOGIA 2015-2017

As técnicas endoscópicas constituem um dos principais elementos diferenciadores da atividade do médico gastroenterologista. A evolução tecnológica e científica neste campo ao longo dos últimos anos tem sido notável. A aposta na formação continuada, essencial à manutenção dos índices de qualidade assistencial, bem como o estímulo da atividade de investigação, são intrínsecos aos desígnios da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia (SPG). Neste contexto, uma das prioridades passa por continuar a promover a qualidade das colonoscopias realizadas em Portugal, alicerçada numa otimização dos critérios de prescrição, bem como dos índices de efetividade e segurança no diagnóstico e tratamento das doenças do cólon e reto. Com este objetivo em pano de fundo, a SPG apoiou recentemente um curso de formação de formadores em colonoscopia, realizado no Serviço de Gastroenterologia do Centro Hospitalar de São João - Porto, um centro de treino da Organização Mundial de Gastroenterologia. Na mesma linha, foram realizados dois cursos de formação em colonoscopia dedicados a internos e jovens especialistas de gastroenterologia, que tiveram lugar no Centro

A APOSTA
NA FORMAÇÃO
CONTINUADA,
ESSENCIAL
À MANUTENÇÃO
DOS ÍNDICES
DE QUALIDADE
ASSISTENCIAL, BEM
COMO O ESTÍMULO
DA ATIVIDADE DE
INVESTIGAÇÃO,
SÃO INTRÍNSECOS
AOS DESÍGNIOS
DA SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
GASTROENTEROLOGIA

Hospitalar e Universitário de Coimbra e no Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, para além do Curso de Introdução à Endoscopia Digestiva, este numa organização partilhada com a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). Mas o manancial de técnicas endoscópicas assumidas pelo gastroenterologista não se esgota na colonoscopia. Os avanços no campo da tecnologia de imagem e das técnicas de ressecção

endoscópica no tubo digestivo alto têm permitido melhorar a capacidade de deteção das condições pré-neoplásicas, bem como a possibilidade de tratamento endoscópico em estadios precoces, à semelhança do que já acontece com maior expressão no cólon e reto com a remoção endoscópica dos pólipos. A endoscopia terapêutica engloba um leque alargado de procedimentos, que inclui a dilatação ou colocação de próteses para reperfuração de estenoses do tubo digestivo, a realização de gastrostomias endoscópicas percutâneas, os procedimentos endoscópicos para tratamento da

TORNA-SE FUNDAMENTAL MANTER A TÓNICA NO DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS DE TREINO E ATUALIZAÇÃO NAS DIFERENTES ÁREAS DA ENDOSCOPIA, DE MODO A MANTER A GASTRENTEROLOGIA PORTUGUESA, DENTRO DOS PADRÕES DE EXCELÊNCIA

obesidade, a hemostase de lesões hemorrágicas ou a extração de corpos estranhos. Por outro lado, a enteroscopia por cápsula, hoje amplamente acessível, permite o acesso não invasivo ao intestino delgado, tendo revolucionado a abordagem das hemorragias digestivas de causa obscura e ocupando ainda um lugar de relevo no diagnóstico e monitorização da doença de Crohn, entre outras. A enteroscopia assistida por balão permite adicionalmente realizar biopsias ou procedimentos terapêuticos no intestino delgado. A atividade desenvolvida pelo Grupo de Estudos Português do Intestino Delgado (GEPID),

secção especializada da SPG, é o espelho da atenção dedicada a esta área. Outra secção especializada, o Grupo Português de Ultrassons em Gastreenterologia (GRUPUGE), reflete a importância crescente desta técnica, utilizada no estadiamento de neoplasias do tubo digestivo ou na abordagem da patologia bilio-pancreática, entre outras indicações. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) assume-se como o tratamento de eleição de diversas patologias das vias biliares e do pâncreas, outrora apenas abordáveis cirurgicamente. É vasto o campo de ação endoscópico do médico gastreenterologista. A formação contínua é um dos principais pilares da qualidade assistencial, de forma a permitir disponibilizar aos doentes meios diagnósticos e terapêuticos cada vez mais eficazes, menos invasivos e com baixa taxa de complicações. Torna-se fundamental manter a tónica no desenvolvimento de programas de treino e atualização nas diferentes áreas da endoscopia, de modo a manter a Gastreenterologia portuguesa, tal como hoje se verifica, dentro dos padrões de excelência internacionalmente reconhecidos.



CANCRO GÁSTRICO

TEMPO DE ESTANCAR A CASCATA DE CORREA

O cancro gástrico continua a constituir um grave problema de saúde pública. Com quase um milhão de novos casos diagnosticados anualmente em todo o mundo, é a quinta neoplasia com maior incidência e a terceira no que se refere à mortalidade por cancro.

Apesar de grande variabilidade geográfica, a incidência da doença tem declinado progressivamente nas últimas décadas. Esta tendência, apesar de replicada no nosso País, não só se tem tornado menos evidente nos últimos anos como, ao contrário da maioria dos países desenvolvidos, Portugal mantém uma elevada incidência da doença - a mais elevada da Europa Ocidental. Para mais, apesar dos avanços terapêuticos, a mortalidade global tem-se mantido estável e as taxas de sobrevivência desanimadoramente baixas, dado que a maioria dos casos é diagnosticada em fase sintomática, associada a estadios avançados.

A alteração deste panorama poderá passar pela deteção precoce do cancro gástrico. Se o rastreio de base populacional não é aplicável em países de incidência intermédia, como Portugal, a definição de grupos de risco suscetíveis de beneficiarem de vigilância tem sido um tema de profundo debate e investigação.

A cascata de Correa, postulada há quase três décadas, estabelece a carcinogénese gástrica como um processo

evolutivo, de lesões bem definidas que se sucedem ao longo de anos, em que cada etapa representa um aumento exponencial do risco de progressão para cancro. Estas alterações, nomeadamente a gastrite crónica atrófica e a metaplasia intestinal extensas (envolvendo o antro e corpo), bem como a displasia, são reconhecidamente pré-malignas e, conceptualmente, representam uma oportunidade de definição de grupos de risco, em última análise candidatos a beneficiar de vigilância.

Neste âmbito, vários métodos não invasivos têm sido propostos para a deteção

destas lesões pré-malignas. Enquanto não surge um método ideal, a endoscopia continua a desempenhar um papel-chave. Estas alterações são facilmente reconhecidas por endoscopia complementada por um mínimo de quatro biopsias (corpo e antro, pequena e grande curvatura), que possibilita não apenas o diagnóstico da infeção pelo *H. pylori*, como caracterizar e mapear as referidas lesões. A sua transposição para sistemas de estratificação do risco - OLGA e OLGIM - permite identificar os grupos de indivíduos que poderão beneficiar de vigilância.

DR. RICARDO FREIRE



TESOUREIRO
DA DIREÇÃO DA
SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GASTROENTEROLOGIA
2015-2017

Assim, a realização de uma endoscopia, qualquer que seja o motivo, deverá ser vista como uma oportunidade magistral para proceder ao rastreio oportunístico das condições pré-malignas da mucosa gástrica. Por outro lado, a nossa realidade epidemiológica obriga a uma reflexão sobre medidas adicionais a implementar, sem as quais dificilmente será possível diminuir a incidência de cancro do estômago no nosso país, aproximando-a da que se verifica nos países da União Europeia. Independentemente das estratégias que venham a ser implementadas, os gastroenterologistas portugueses saberão adequar a sua prática por forma a, como já o souberam fazer noutros campos, contribuir para alterar este panorama.



NEW ELUXEO™ BLI-EQUIPPED

NEW LIGHT. MORE SIGHT.

FUJIFILM apresenta novo sistema ELUXEO™.

Sob o lema NEW LIGHT, MORE SIGHT, a Fujifilm Medical Systems Europe, apresenta o novo sistema ELUXEO™ e endoscópios série 700.

A próxima geração de sistemas de endoscopia, é baseada em termos de processador e fonte de luz, na tecnologia inovadora 4-LED Multi Light™ da Fujifilm que proporciona uma iluminação de alto desempenho, com luz branca e com os modos BLI (Blue Light Imaging) e LCI (Linked Color Imaging), resultando uma qualidade de imagem única ao conjugar os mais altos padrões de brilho e contraste. O controlo de iluminação com 4 LED, permite além de luz branca, a visualização com elevado detalhe da superfície vascular e dos padrões da mucosa, conjugando as características de absorção da hemoglobina nos comprimentos de onda mais curtos (cerca de 410nm) no modo BLI. No Modo LCI, a possibilidade de diferenciar com maior detalhe as tonalidades avermelhadas, auxilia uma melhor deteção e delimitação das lesões.

Desta forma, e para satisfazer as necessidades clínicas, o novo ELUXEO™ proporciona visualização melhorada e reforçada, bem como ajuda na caracterização, em conjugação com a nova série de endoscópios e colonoscópios 700, com sensor CMOS que oferece imagens detalhadas de alta resolução para superior diagnóstico e avaliação pré-terapêutica.

O sistema Multi-Zoom, com magnificação até 135x, o sistema one-step conector, sem contactos elétricos (dados laser, IR, e wireless power supply), e uma nova secção de operação G7, Coloassist com ajuste manual de rigidez do tubo de inserção. Realce ainda para o sistema de iluminação LED, cuja duração estimada superior a 10.000 horas, é 20 vezes maior do que a tradicional lâmpada de xenon, com consumos energéticos bastante inferiores.

Descubra o novo sistema ELUXEO™ e os endoscópios G7, concebidos para um manuseamento otimizado na prática diária.

FUJIFILM
Value from Innovation

DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO

A doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) permanece um dos distúrbios mais frequentes da prática clínica do gastroenterologista. A sua prevalência é mais elevada nos países ocidentais, onde se tem verificado um aumento nos últimos anos, podendo afetar até 30% da população adulta, a par da "epidemia" de obesidade. A DRGE define-se pela presença de sintomas ou complicações resultantes do refluxo do conteúdo gástrico para o esófago ou para a cavidade oral. Os sintomas típicos são a azia e/ou regurgitação, mas pode manifestar-se com outros sintomas gastrointestinais ou sintomas extra-esofágicos como tosse crónica, asma ou laringite. A intensidade e a frequência dos sintomas não determinam a apresentação da DRGE, erosiva ou não, nem a presença de complicações como o esófago de Barrett (EB).

O diagnóstico e abordagem inicial têm permanecido inalterados nos últimos anos: perante sintomas típicos, o diagnóstico é clínico, não são necessários exames complementares e é adequada a terapêutica empírica com inibidor da bomba de prótons (IBP). A intervenção não farmacológica (perda de peso, elevação da cabeceira da cama, evitar refeições três horas antes de dormir e o consumo de possíveis precipitantes como álcool,

tabaco, chocolate, café) constitui uma parte fundamental do tratamento da DRGE, sendo crescente a evidência que suporta a possibilidade de redução, ou eliminação, da terapêutica com IBP, sobretudo através do tratamento da obesidade, importante fator de risco para DRGE e para EB. A realização de endoscopia digestiva alta (EDA) é mandatória na presença de sinais de alarme ou ausência de resposta ao tratamento. Mantém-se a indicação

para ponderar a realização de EDA em doentes com sintomas crónicos de DRGE e múltiplos fatores de risco para EB: >50 anos, sexo masculino, história familiar de EB ou adenocarcinoma esofágico, raça branca e obesidade.

A investigação adicional apenas é necessária em situações particulares, tais como os doentes refratários à terapêutica (após otimização da mesma), com sintomas atípicos ou candidatos a intervenção cirúrgica.

DR.^a MANUELA CANHOTO



VOGAL DA DIREÇÃO
DA SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GASTROENTEROLOGIA
2015-2017

A DOENÇA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO (DRGE) PERMANECE UM DOS DISTÚRBIOS MAIS FREQUENTES DA PRÁTICA CLÍNICA DO GASTROENTEROLOGISTA. A SUA PREVALÊNCIA É MAIS ELEVADA NOS PAÍSES OCIDENTAIS, ONDE SE TEM VERIFICADO UM AUMENTO NOS ÚLTIMOS ANOS, PODENDO AFETAR ATÉ 30% DA POPULAÇÃO ADULTA, A PAR DA "EPIDEMIA" DE OBESIDADE

A realização de biopsias não é necessária, exceto na presença de alterações endoscópicas ou suspeita de diagnósticos alternativos, por exemplo esofagite eosinofílica (EEo), como causa de sintomas refratários. A relação entre a DRGE e a EEo permanece complexa e ambas podem coexistir no mesmo doente.

Os IBP são a base da terapêutica farmacológica da DRGE. Nos últimos anos, tem sido crescente a preocupação da comunidade científica, dos doentes e dos *media* acerca dos seus possíveis efeitos secundários, com diversas publicações nesta área. São vários os efeitos adversos que se atribuem a estes fármacos (doença renal, demência, osteoporose

É FUNDAMENTAL
AVALIAR A
INDICAÇÃO
TERAPÊUTICA,
AJUSTAR A DOSE
(A MENOR POSSÍVEL
PELO MENOR
TEMPO POSSÍVEL),
REAVALIAR
REGULARMENTE,
SOBRETUDO EM
DOENTES DE RISCO,
A NECESSIDADE
DE TERAPÊUTICA
CRÓNICA E, SEMPRE
QUE POSSÍVEL,
EQUACIONAR
ALTERNATIVAS

e fraturas, infeções, deficiências nutricionais) no entanto a qualidade da evidência dos estudos é baixa e a probabilidade de ocorrência destes eventos também (risco <1%/doente/ano). Apesar de mais estudos serem necessários para clarificar estes riscos, estes dados vêm sublinhar a importância da prescrição adequada e da intervenção não farmacológica. Face à evidência atual, e em concordância com a recente revisão da *American Gastroenterological Association*, devemos manter a confiança nestes fármacos e tranquilizar os doentes: se a prescrição for adequada os benefícios ultrapassam os riscos. É fundamental avaliar a

indicação terapêutica, ajustar a dose (a menor possível pelo menor tempo possível), reavaliar regularmente, sobretudo em doentes de risco, a necessidade de terapêutica crónica e, sempre que possível, equacionar alternativas.

Uma palavra final para as novas orientações europeias da vigilância dos doentes com EB nas quais destaco o objetivo de reduzir o número de endoscopias em doentes de baixo risco e a referência para centros especializados dos doentes de risco mais elevado, numa abordagem que se pretende uniforme em toda a Europa, mais custo-efetiva e com uma pertinente otimização de recursos.

BIBLIOGRAFIA

- Sandhu DS and Fass R. Current Trends in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gut Liver*. 2017 Apr. doi: 105009/gnl16615. [Epub ahead of print]
- Ness-Jensen E, et al. Lifestyle intervention in gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016; 14:175–182.e1–3.
- Sethi S, et al. Diet and gastroesophageal reflux disease: role in pathogenesis and management. *Curr Opin Gastroenterol*. 2017 Mar; 33(2):107-111.
- Muthusamy VR, et al. The role of endoscopy in the management of GERD. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(6):1305-10.
- Lucendo AJ, et al. Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. *United European Gastroenterol J*. 2017 Apr;5(3):335-358.
- Daniel E, et al. The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice From the American Gastroenterological Association. 2017 Mar; 152(4):706-715
- Johnson DA, et al. The Safety of Appropriate Use of Over-the-Counter Proton Pump Inhibitors: An Evidence-Based Review and Delphi Consensus. *Drugs*. 2017 Apr; 77(5):547-561.
- Weusten B, et al. Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2017 Feb;49(2):191-198.

DA CIRROSE HEPÁTICA AO CARCINOMA HEPATOCELULAR

Apesar de todos os avanços, a “clássica” cirrose hepática mantém-se como uma das grandes áreas de interesse da Gastroenterologia. De facto, as principais associações internacionais lançaram nos últimos anos várias recomendações acerca desta patologia e das suas complicações.

Como doença heterogénea que é, a cirrose não pode ser manejada como uma entidade clínica isolada e deve ser estratificada em dois estádios prognósticos principais, a cirrose compensada e descompensada. A transição para cirrose descompensada é definida com o aparecimento dos seguintes eventos: a ascite, hemorragia varicosa ou encefalopatia hepática.

À semelhança do consenso de Baveno VI, a AASL propôs, em 2017, a subdivisão da cirrose compensada em dois principais sub-estádios, hipertensão portal (HTP) ligeira e HTP clinicamente significativa, de acordo com o GHVP, entre 5 e 10 mmHg no primeiro, e >10 mmHg no segundo. Foi demonstrado recentemente que os doentes com HTP ligeira têm um índice cardíaco normal, não havendo, como tal, lugar para o uso de beta-bloqueantes. Na verdade, um dos conceitos recentemente introduzidos diz respeito à *window hypothesis*, onde se considera que nesta fase da cirrose o uso de beta-bloqueantes não só não previne o aparecimento de varizes, como pode desencadear efeitos secundários. De acordo

DR.ª ROSA FERREIRA



SECRETÁRIA-GERAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE GASTROENTEROLOGIA 2015-2017

com esta hipótese, a janela clínica para o uso de beta-bloqueantes existe quando os doentes apresentam varizes esofágicas moderadas-grandes, com/sem hemorragia, onde são usados para profilaxia primária (carvedilol ou propranolol) ou secundária de ruptura de varizes (propranolol). Esta janela encerra quando os doentes desenvolvem ascite refratária, hipotensão, síndrome hepatorenal, PBE ou sépsis, devido aos efeitos

hemodinâmicos nefastos na cirrose avançada. O carcinoma hepatocelular constitui uma das complicações da cirrose que mais interesse tem suscitado na comunidade científica. A implementação do programa de vigilância com ecografia semestral tem permitido o seu diagnóstico em fases cada vez mais precoces. Caracteristicamente, o carcinoma hepatocelular é diagnosticado quando um nódulo apresenta em TAC ou ressonância *wash in/wash out*.

A abordagem dos nódulos com mais de 10mm que não cumprem estes critérios não é consensual.

As recomendações da EASL de 2012, sugerem a realização de biopsia, enquanto as da AASLD, publicadas em 2017, para além da biopsia propõem vigilância imagiológica ou realização de uma modalidade radiológica alternativa ou com um produto de contraste diferente. O sistema de estadiamento e tratamento mais usado para o carcinoma hepatocelular é o BCLC, que foi recentemente modificado. Uma das mensagens principais consiste no facto da classificação de *Child-Pugh* não ser sensível o suficiente para identificar com precisão os doentes que merecem ser considerados para transplante hepático. Por outro lado, os doentes que não são candidatos para as terapias de primeira linha do estádio em que se encontram, devem ser consideradas as opções terapêuticas de estádios mais avançados. No que diz respeito às terapias sistémicas, vários são os fármacos que se encontram em estudo, mas o sorafenib mantém-se como o único tratamento de primeira linha disponível. Mais recentemente, o estudo RESORCE demonstrou a eficácia do regorafenib nos doentes com critérios de progressão radiológica, que tenham tolerado o sorafenib na dose de ≥ 400 mg/dia durante pelos menos 20 dos últimos 28 dias de tratamento. Neste grupo de doentes, o regorafenib apresentou uma sobrevida média de 10,6 meses comparado com 7,8 meses do grupo placebo e um tempo de progressão da doença de 3,2 meses vs 7,8 meses do grupo placebo. Aguardam-se vários ensaios clínicos para determinar as mais importantes vias patofisiológicas desta neoplasia.

MOVICOL®

SOLUÇÃO ORAL EM SAQUETA



Abrir



Tomar



Seguir



seja você mesmo outra vez



Em qualquer lado, a qualquer altura

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento NOME DO MEDICAMENTO Movicol solução oral em saqueta **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada saqueta de 25 ml de Movicol contém as seguintes substâncias ativas: Macrogol 3350 13,125 g; Cloreto de Sódio 0,3508 g; Bicarbonato de Sódio 0,1786 g; Cloreto de Potássio 0,0502 g; A concentração de eletrólitos presente em cada saqueta de 25 ml é a seguinte: Sódio 325 mmol/L; Cloreto 267 mmol/L; Potássio 27 mmol/L; Bicarbonato 85 mmol/L; Isto corresponde às seguintes quantidades de eletrólitos em cada dose de 25 ml: Sódio 8,125 mmol; Cloreto 6,675 mmol; Potássio 0,675 mmol; Bicarbonato 2,125 mmol; Lista completa de excipientes: Sucralose; Água Purificada; Aroma Morango Banana contendo substâncias aromatizantes naturais (incluindo extratos de fruta de morango e banana, preparados aromatizantes (incluindo aipo) e propilenoglicol. **FORMA FARMACÊUTICA** Solução oral em saqueta. Líquido fluido límpido, incolor a amarelo claro. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS Indicações terapêuticas** Para o tratamento da obstipação em adultos e adolescentes (a partir dos 12 anos). Movicol é também eficaz na resolução da impactação fecal, definida como obstipação refratária com carga fecal do reto e/ou cólon. **Posologia e modo de administração** Movicol deve ser administrado diretamente da saqueta. Este produto não necessita de ser diluído com água. **Obstipação crónica:** O período de tratamento da obstipação com Movicol não excede, normalmente, as 2 semanas, embora possa ser repetido, se necessário. Tal como para todos os laxantes, não se recomenda o seu uso prolongado. Um uso prolongado pode ser necessário em doentes com obstipação crónica grave ou refratária, secundária à esclerose múltipla ou à doença de Parkinson, ou provocada por uma medicação regular que apresenta a obstipação como efeito secundário, em particular os opiáceos e os antimuscarínicos. **Adultos, adolescentes e idosos:** 1-3 saquetas diárias em doses divididas, de acordo com a resposta individual. Para um uso prolongado, a dose pode ser ajustada diminuindo-a para 1 ou 2 saquetas por dia. **Crianças (com idade inferior a 12 anos):** Não recomendado. Estão disponíveis outras apresentações de Movicol para uso pediátrico. **Doentes com insuficiência renal:** Não é necessário alterar a posologia para o tratamento da obstipação. **Impactação fecal:** É recomendado que os doentes que utilizem Movicol para a impactação fecal tomem adicionalmente 1 litro de líquido por dia. O período de tratamento da impactação fecal com Movicol não excede normalmente os 3 dias. **Adultos, adolescentes e idosos:** 8 saquetas por dia, as quais devem ser consumidas num período de 6 horas. **Crianças (com idade inferior a 12 anos):** Não recomendado. Estão disponíveis outras apresentações de Movicol para uso pediátrico. **Doentes com compromisso da função cardiovascular:** No tratamento da impactação fecal a dose deve ser dividida de modo a não tomar mais de duas saquetas em cada hora. **Doentes com insuficiência renal:** Não é necessário alterar a posologia para o tratamento da impactação fecal. É recomendada a toma de quantidades suficientes de líquidos (geralmente 2 a 2,5 litros diários) para manter uma boa saúde. **Contraindicações** Perfuração ou obstrução intestinal, devidas a perturbações estruturais ou funcionais da parede intestinal, íleo, situações inflamatórias graves do trato intestinal, como doença de Crohn, colite ulcerosa e megacólon tóxico. Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes mencionados na secção “Composição Qualitativa e Quantitativa”. **Advertências e precauções especiais de utilização** O conteúdo fluido de Movicol não substitui a ingestão regular de líquidos e a adequada ingestão de líquidos deve ser mantida. O diagnóstico de impactação/carga fecal do reto deverá ser confirmado por exame físico ou radiológico do abdómen e do reto. Podem ocorrer reações adversas ligeiras, conforme indicado na secção “Efeitos Indesejáveis”. Se os doentes desenvolverem quaisquer sintomas que indiquem deslocações de líquidos/electrólitos (p. ex., edema, dificuldades respiratórias, fadiga aumentada, desidratação, insuficiência cardíaca), deve interromper-se imediatamente a administração de Movicol e proceder à determinação de eletrólitos e qualquer anomalia deve ser tratada apropriadamente. A absorção de outros medicamentos pode ser transitoriamente reduzida devido ao aumento da taxa de trânsito gastrointestinal induzida por Movicol (ver secção seguinte). **Interações medicamentosas e outras formas de interação** Macrogol aumenta a solubilidade dos medicamentos que são solúveis em álcool e relativamente insolúveis em água. Existe a possibilidade da absorção de outros medicamentos poder ser transitoriamente reduzida durante a utilização com Movicol (ver secção anterior). Têm havido notificações isoladas de diminuição da eficácia com algumas administrações concomitantes de medicamentos, por exemplo antiepilépticos. **Efeitos indesejáveis** As reações relacionadas com o trato gastrointestinal são as que ocorrem com maior frequência. Estas reações podem ocorrer como consequência da expansão do conteúdo do trato gastrointestinal, e de um aumento da motilidade devido aos efeitos farmacológicos do Movicol. A diarreia ligeira normalmente responde à redução da dose. A frequência dos efeitos adversos para Movicol não é conhecida já que não pode ser estimada em relação aos dados disponíveis. A lista de efeitos adversos é baseada na atual gama de produtos Movicol. **Classes de sistemas de órgãos / Acontecimento adverso: Doenças do sistema imunitário:** Reações alérgicas, incluindo reações anafiláticas, dispneia e reações cutâneas (ver abaixo). **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Reações alérgicas cutâneas incluindo angioedema, urticária, prurido, erupção cutânea, eritema. **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Alterações eletrolíticas, especialmente, hipercalemia e hipocalcemia. **Doenças do sistema nervoso:** Cefaleia. **Doenças gastrointestinais:** Dor abdominal, diarreia, vômitos, náuseas, dispepsia, distensão abdominal, borborigmo, flatulência e desconforto anorectal. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Edema periférico. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** 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, Portugal. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** 06/2016. Medicamento não sujeito a receita médica não compartilhado. Para mais informações deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado. 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. E-mail:iberiamedinfo@norgine.com.

MOVICOL, NORGINE e o seu logotipo são marcas registadas do grupo de empresas Norgine. Estas imagens são utilizadas apenas para fins ilustrativos e qualquer pessoa representada nas mesmas é um modelo.

Data de revisão do material: 09/12/2016. PT/MOV/1216/0106



NORGINE

Partner for a healthy life

PRESENTE E FUTURO

CANCRO DO PÂNCREAS

O cancro do pâncreas é o tumor maligno do sistema digestivo com pior prognóstico, com uma sobrevivência global aos cinco anos de apenas 5%.

A sua incidência tem vindo a aumentar, surgindo atualmente cerca de 280.000 novos casos por ano a nível mundial. Corresponde à quinta causa mais frequente de morte por cancro.

O cancro do pâncreas é a terceira neoplasia maligna do sistema digestivo mais frequente em Portugal, logo após o cancro do cólon e do estômago. Estima-se que surjam anualmente em Portugal cerca de 1400 novos casos. No momento do diagnóstico mais de metade dos doentes, cerca de 60%, apresentam metastização (disseminação para órgãos à distância), 20 a 25% apresentam doença localmente avançada (cirurgicamente irressecável) e apenas 15 a 20% são candidatos a tratamento cirúrgico.

O risco de cancro do pâncreas aumenta com a idade. É raro antes dos 45 anos e a idade média no momento do diagnóstico é de 71 anos. Afeta ambos os sexos, com ligeiro predomínio do sexo masculino.

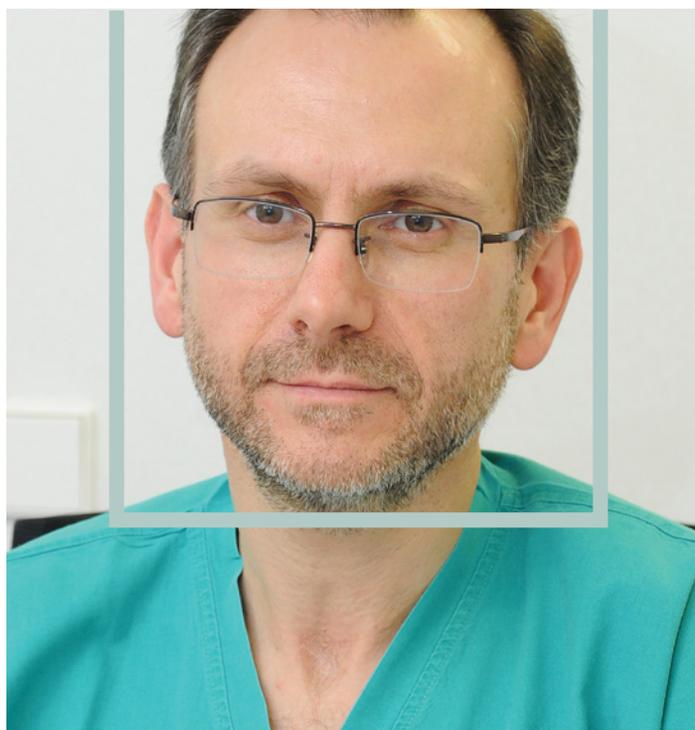
O tabagismo crónico é o principal fator de risco identificado, aumentando o risco cerca de duas a três vezes. Alguns fatores dietéticos, tais como a ingestão de gorduras, sobretudo de origem animal, a obesidade e o sedentarismo também aumentam o risco.

O álcool parece ser um fator de risco adicional, estando particularmente aumentado o risco na presença de pancreatite crónica. A elevada prevalência dos referidos fatores de risco nos países industrializados poderá ser a principal razão do aumento global da incidência de cancro do pâncreas.

O cancro do pâncreas é habitualmente uma doença silenciosa até uma fase avançada da doença e os sintomas variam com a localização do tumor no próprio órgão. Os sintomas podem ser relativamente inespecíficos, como dor abdominal (por vezes com irradiação dorso-lombar), perda de apetite, emagrecimento e cansaço. Nos tumores da cabeça do pâncreas, dada a sua proximidade com a via de drenagem biliar do fígado, pode surgir icterícia.

A ecografia abdominal por ser um exame simples, não invasivo e inócuo, é muitas vezes o exame inicial. No entanto a sua acuidade é limitada pela localização profunda do pâncreas na cavidade abdominal, podendo ser difícil observar todos os seus segmentos. A tomografia computadorizada com contraste endovenoso e a ressonância magnética são exames de imagem com excelente acuidade na avaliação do pâncreas, sendo muito relevantes no diagnóstico e estadiamento. A ecoendoscopia (ultrassonografia transendoscópica)

PROF. DOUTOR F. CASTRO POÇAS



VOGAL DA DIREÇÃO
DA SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GASTRENTEROLOGIA 2015-2017

estabeleceu-se igualmente como um exame indispensável no diagnóstico e estadiamento do cancro do pâncreas. Permite visualizar com elevada acuidade todo o pâncreas através do estômago e duodeno, sendo de extrema utilidade no estadiamento loco-regional. Permite ainda a realização de biopsias transendoscópicas, com maior segurança e conforto para o doente comparativamente às biopsias percutâneas.

Não existe um programa de rastreio definido para a população geral e não existem exames de fácil execução, rapidamente disponíveis, isentos de complicações e com elevada acuidade, que possibilitem a generalização do rastreio do cancro do pâncreas.

O rastreio de subgrupos específicos com elevado risco de cancro do pâncreas (pela história familiar ou pela identificação de determinadas

O CANCRO DO PÂNCREAS É A TERCEIRA NEOPLASIA MALIGNA DO SISTEMA DIGESTIVO MAIS FREQUENTE EM PORTUGAL

síndromes hereditários) já é realizado em vários centros europeus, mas apenas no âmbito de programas de investigação. Existe uma predisposição familiar para o cancro do pâncreas, mas apenas uma pequena proporção dos casos, menos de 5%, estão associados a síndromes genéticas hereditárias. São candidatos ao programa de rastreio os indivíduos com história familiar de elevado risco (com pelo menos dois familiares de primeiro grau afetados, ou três ou mais familiares afetados, em que pelo menos um é de primeiro grau) ou com determinadas síndromes hereditárias (como a pancreatite hereditária ou a síndrome de Peutz-Jeghers). Não estão identificados genes de suscetibilidade para o cancro do pâncreas familiar (na ausência de síndromes genéticas específicos).

A estratégia de rastreio utilizada nos grupos de risco não é consensual, sendo a ecoendoscopia e a ressonância magnética os exames mais utilizados, dada a sua elevada acuidade diagnóstica. No cancro do pâncreas é fundamental uma abordagem multidisciplinar, tendo a Gastrenterologia um papel crucial nas várias etapas do diagnóstico, estadiamento e tratamento desta doença. A abordagem terapêutica deve ser individualizada, tendo em consideração as características do doente e do próprio tumor. No momento do diagnóstico apenas é possível realizar cirurgia com potencial curativo em 15 a 20% dos doentes e, mesmo nestes casos, a sobrevivência aos 5 anos é de apenas 10 a 20%. Na maioria dos doentes o tratamento passa pela realização de quimioterapia, muitas vezes isoladamente, ou em combinação com radioterapia. A inclusão em ensaios clínicos deve ser, sempre que possível, equacionada em qualquer fase da doença, o que já é possível em várias instituições portuguesas (a consultar no Registo Nacional de Estudos Clínicos do INFARMED). Na última década assistimos a grandes progressos na investigação molecular do cancro do pâncreas, com a identificação de biomarcadores com potencial relevância diagnóstica e prognóstica

e reformulação de novos alvos terapêuticos. É possível que a história natural e o prognóstico desta doença sejam profundamente alterados nos próximos anos. Devemos destacar os importantes progressos que têm sido alcançados em ensaios clínicos, tanto no diagnóstico precoce como no tratamento nos vários estádios

A TERAPÊUTICA ANTI-TUMORAL DIRIGIDA POR ECOENDOSCOPIA, COM INJEÇÃO DIRETA NA MASSA TUMORAL DE AGENTES ANTI-TUMORAIS OU COM AÇÃO IMUNO-REGULADORA (COMO CÉLULAS DENDRÍTICAS), TEM DEMONSTRADO RESULTADOS PROMISSORES EM DOENTES COM CANCRO DO PÂNCREAS LOCALMENTE AVANÇADO

da doença. Importa ainda definir metas para o futuro, extraíndo dos dados atuais da investigação novas atitudes para a prática clínica e novos alvos de investigação. No diagnóstico do cancro do pâncreas seria importante a validação de biomarcadores, idealmente pesquisados por análise sanguínea, com sensibilidade e especificidade elevadas, permitindo um diagnóstico verdadeiramente precoce, mesmo antes da massa tumoral ser visível noutros exames. Estes biomarcadores também poderão vir a ser úteis no rastreio de cancro do pâncreas em grupos de risco e na monitorização da resposta ao tratamento. Novos dados de investigação têm ainda permitido identificar marcadores moleculares com valor preditivo na resposta ao tratamento (por exemplo na identificação dos doentes que mais beneficiam de cirurgia) e poderão dirigir a seleção de fármacos anti-tumorais de acordo com a sensibilidade das células cancerígenas. A terapêutica anti-tumoral dirigida por ecoendoscopia, com injeção direta na massa tumoral de agentes anti-tumorais ou com ação imuno-reguladora (como células dendríticas), tem demonstrado resultados promissores em doentes com cancro do pâncreas localmente avançado.

DOENÇA CELÍACA

DR.ª TERESA PINTO PAIS



A doença celíaca (DC) é uma doença autoimune, que atinge o intestino delgado, e é causada por uma sensibilidade permanente ao glúten em indivíduos geneticamente suscetíveis. O glúten consiste num conjunto de proteínas vegetais que conferem capacidade de absorção de água, viscosidade e elasticidade às farinhas que as contêm, e está presente no trigo, centeio, cevada e aveia. O desenvolvimento da doença depende de uma interação de fatores genéticos, imunológicos e ambientais. A ingestão de glúten por indivíduos geneticamente predispostos condiciona reação inflamação crónica na mucosa e submucosa do intestino delgado, com consequente atrofia

das vilosidades intestinais e repercussões na absorção dos vários nutrientes, como o ferro, ácido fólico, cálcio e vitaminas lipossolúveis.

A apresentação clínica é altamente variável, e o início da doença ou sintomas pode ocorrer em qualquer idade. A doença celíaca pode manifestar-se com sintomas (sob duas formas que se classificam em forma clássica, e não clássica) ou assintomática, consoante a presença de sintomas, anticorpos específicos, estudo genético e as características das biopsias.

Os pacientes com doença celíaca clássica apresentam sinais e sintomas de má absorção. Nos adultos, os sinais e sintomas incluem diarreia crónica, perda de peso, anemia ferripriva,

VOGAL DA DIREÇÃO
DA SOCIEDADE PORTUGUESA
DE GASTROENTEROLOGIA
2015-2017

distensão abdominal, astenia, edemas e osteoporose. A doença celíaca não clássica apresenta-se com sintomas gastrointestinais inespecíficos, sem sinais de má absorção, ou apenas manifestações extraintestinais. A apresentação clínica pode incluir fadiga, cefaleias, manifestações dermatológicas, neuropatia periférica, alterações inexplicadas das enzimas hepáticas, deficiência de ácido fólico, densidade óssea reduzida, infertilidade inexplicada, atraso na puberdade, menarca tardia ou menopausa precoce, complicações recorrentes na gravidez, defeitos do esmalte dentário, dispepsia, saciedade precoce, falta de apetite, depressão e ansiedade, mau humor e irritabilidade, bem como deficiência de vitamina B12. A prevalência de doença celíaca não clássica é elevada no mundo ocidental. A doença celíaca pode apresentar-se sob a forma assintomática, especialmente quando diagnosticada num processo de rastreio, sem quaisquer sintomas, apesar da presença das lesões intestinais características.

Existem patologias ou condições associadas a um risco aumentado de doença

celíaca, nomeadamente: diabetes *mellitus* tipo 1, tiroidite autoimune, hepatite autoimune, S. de Down, S. de Turner, S. de Williams, deficiência seletiva de imunoglobulina A (IgA) e alterações crónicas inexplicadas das enzimas hepáticas. Podem surgir previamente ao diagnóstico da doença celíaca, manifestar-se em simultâneo ou após o diagnóstico. Estes doentes são considerados grupos de risco, uma vez que a sua associação à doença celíaca é maior. Os familiares de 1.º grau são igualmente considerados no grupo de risco, pelo que devem ser rastreados para doença celíaca.

A avaliação diagnóstica deve incluir exames laboratoriais como anticorpos antitransglutaminase, que se positivos sugerem doença celíaca, e o doente deve ser referenciado à consulta de gastroenterologia, para orientação diagnóstica, tratamento e seguimento. O diagnóstico deverá ser confirmado por biopsia do intestino delgado, com avaliação microscópica da atrofia vilositária. As pessoas assintomáticas e pertencentes a grupos de risco para doença celíaca devem efetuar uma avaliação genética específica, com tipagem de HLA-DQ2 e HLA-DQ8.

O único tratamento consiste em efetuar uma dieta isenta de glúten para toda a vida, ou seja, a exclusão de alimentos que contêm farinha de cevada, centeio, aveia e trigo (que só deve ser iniciado após a confirmação do diagnóstico). A ingestão mantida de glúten condiciona inflamação crónica intestinal, o que a longo-prazo aumenta o risco de complicações e mortalidade, pelo que é fundamental um rigoroso cumprimento da dieta.

O SOL ESTÁ DO LADO DE QUEM ALIMENTA A BOA DISPOSIÇÃO NO DIA-A-DIA



COMPARTICIPADO

EGOSTAR® REPÕE OS NÍVEIS DE VITAMINA D.

A deficiência da vitamina D₃ está associada a um maior risco de ocorrência de Colites Ulcerosas bem como na necessidade de hospitalização e de cirurgias tanto nesta doença como na Doença de Crohn¹. Agora com Egostar® é mais fácil produzir o efeito protector da vitamina D₃ através de um único comprimido que fornece a dose diária necessária para o organismo durante 28 dias.

Um por mês fortalece e o aparelho digestivo agradece.

1) Mouli VP et al. Review article: vitamin D and inflammatory bowel diseases. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 39: 125–136



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 FARMACÊUTICA** 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.

NUTRIÇÃO E GASTROENTEROLOGIA

A Nutrição é um tópico *major* em Saúde Pública e especificamente para quem se dedica ao estudo do tubo digestivo, da Gastroenterologia e da Hepatologia. A complexa relação entre os alimentos e o sistema digestivo determina a proximidade da Gastroenterologia a esta área do saber.

Nas últimas décadas tem-se vindo a assistir a importantes avanços científicos em Nutrição, nomeadamente no impacto da dieta, dos alimentos, e dos macro e micronutrientes, na promoção da Saúde e como o seu desequilíbrio pode causar ou agravar a Doença (no doente crítico em cuidados intensivos, no doente agudo em enfermaria e no pós-operatório, ou no doente oncológico).

A explosão de conhecimento a que se tem assistido tem sido notória na complexa rede de interações que parece existir entre o sistema digestivo, que é o maior órgão imunológico do nosso organismo, e os alimentos. Para que este equilíbrio se mantenha, é fundamental compreendermos o papel da microbiota intestinal. A microbiota tem um papel fundamental para o bom funcionamento do nosso organismo: não só produz micronutrientes (p.e. vitamina K, ácido fólico) como metaboliza alimentos e fármacos e através da interação como o nosso sistema imunológico modula as respostas do

DR. ALEXANDRE FERREIRA



VOGAL DA DIREÇÃO
DA SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE GASTROENTEROLOGIA
2015-2017

A NUTRIÇÃO É
UM TÓPICO *MAJOR*
EM SAÚDE PÚBLICA
E ESPECIFICAMENTE
PARA QUEM
SE DEDICA AO
ESTUDO DO TUBO
DIGESTIVO, DA
GASTROENTEROLOGIA
E DA HEPATOLOGIA

mesmo. A disbiose pode levar ao desequilíbrio destes complexos sistemas e contribuir para doenças de elevada prevalência e impacto socioeconómico. São paradigmas a síndrome do intestino irritável, dispepsia, alergias alimentares, doença celíaca e sensibilidade ao glúten, colite ulcerosa e a doença de Crohn. Para além destas patologias do tubo digestivo, temos ainda as doenças do fígado, entre as quais se destaca o fígado gordo não alcoólico e doenças sistémicas de elevadíssimo impacto nos dias de hoje, como a obesidade e o cancro.

Ao longo destes dois anos a Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia deu grande relevância ao cancro, uma vez que cinco das neoplasias de maior incidência e mortalidade em Portugal são digestivas: cólon e reto, estômago, pâncreas, fígado e esófago. A este propósito é inclusivamente dedicada uma Mesa Redonda na Semana Digestiva 2017 denominada: Cancro Digestivo – *The Big Five*.

Já a obesidade, é uma epidemia em crescimento acelerado. É um dos principais fatores de risco modificáveis para as chamadas doenças não



A FORMA IDEAL
DE COMBATERMOS
ESTA EPIDEMIA
SERÁ A PREVENÇÃO
PRIMÁRIA
– MUDANÇA
DE HÁBITOS
ALIMENTARES
ASSOCIADO À
PRÁTICA DE
EXERCÍCIO FÍSICO
REGULAR

transmissíveis, que são a principal causa de morte no século XXI. Em Portugal a prevalência do excesso de peso e da obesidade tem crescido nos últimos anos estando atualmente estimada na população adulta em cerca 55%. Esta prevalência é uma das mais elevadas da Europa. Os gastroenterologistas acompanham esta realidade uma vez manejam manifestações muito precoces do excesso de peso e da obesidade, como o refluxo gastroesofágico, o esófago de Barrett e a sua complicação mais temível, o adenocarcinoma do esófago

AO LONGO DESTES
DOIS ANOS A
SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
GASTRENTEROLOGIA
DEU GRANDE
RELEVÂNCIA AO
CANCRO, UMA VEZ
QUE CINCO DAS
NEOPLASIAS DE
MAIOR INCIDÊNCIA
E MORTALIDADE
EM PORTUGAL SÃO
DIGESTIVAS

distal, a litíase biliar, a pancreatite aguda ou o fígado gordo não alcoólico, sendo este último uma indicação crescente para transplante hepático. Este fenómeno é explicado pelo aumento da prevalência do excesso de peso em idades cada vez mais precoces. A forma ideal de combatermos esta epidemia será a prevenção primária – mudança de hábitos alimentares associado à prática de exercício físico regular. Porém, em estados mais avançados a Gastroenterologia pode ainda intervir por várias técnicas através do seu

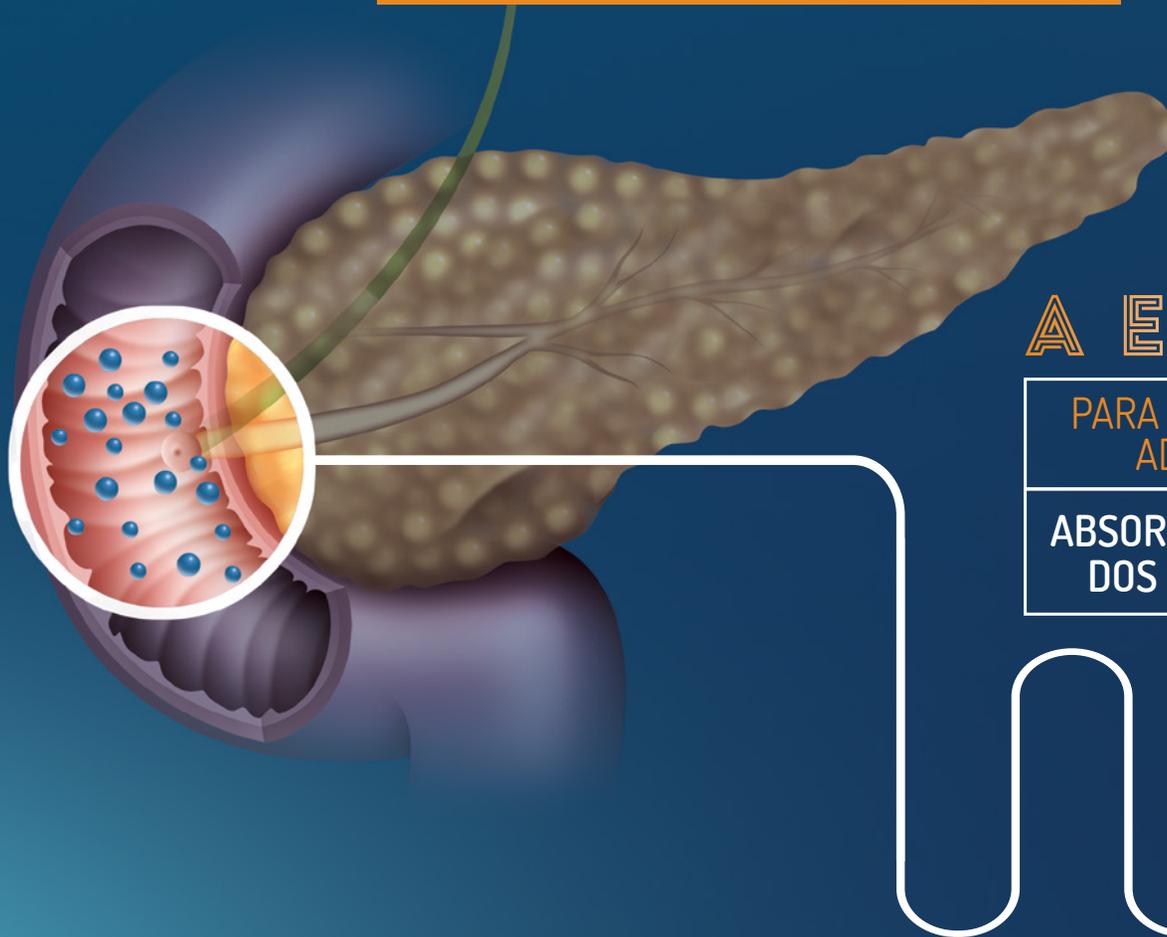
braço armado, a endoscopia digestiva, de forma a otimizar a abordagem inicial em doentes candidatos a cirurgia bariátrica. Na Semana Digestiva a Nutrição estará em destaque com uma Mesa Redonda exclusivamente dedicada à Nutrição Clínica, focando na Malnutrição Hospitalar, na Síndrome do Intestino Curto e, no já referido, Fígado Gordo Não Alcoólico. Estes temas foram escolhidos pela sua importância e pelo papel de relevo que os gastroenterologistas têm nas equipas multidisciplinares na abordagem destas situações.

ZOOM 2015-2017



1. Direção da SPG biénio 2015-2017
2. Reunião Monotemática 2017
3. Reunião Monotemática 2016
4. Semana Digestiva 2016
5. Secretariado da SPG
6. Prémio Nacional de Gastrenterologia 2016

NA INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA



A ENERGIA¹

PARA UMA DIGESTÃO
ADEQUADA E

ABSORÇÃO ATEMPADA
DOS NUTRIENTES²

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: KREON 150 mg cápsulas gastro-resistentes. KREON 25000 300 mg cápsulas gastro-resistentes. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** KREON Cada cápsula contém: Pancreatina 150,00 mg. Correspondente a: Lipase 10.000 Unidades FIP. Amilase 8.000 Unidades FIP. Protease 600 Unidades FIP. KREON 25 000 Cada cápsula contém: Pancreatina 300,00 mg. Correspondente a: Lipase 25.000 Unidades FIP. Amilase 18.000 Unidades FIP. Protease 1.000 Unidades FIP. **FORMA FARMACÉUTICA:** Cápsulas gastrorresistentes. **Indicações Terapêuticas:** Tratamento da Insuficiência Pancreática Exócrina. **Posologia e Modo de Administração:** Início do tratamento: **Adultos (incluindo idosos) e crianças:** Iniciar com 1 a 2 cápsulas de 10 000 unidades de lipase ou uma cápsula de 25 000 unidades de lipase a cada refeição. **Tratamento de manutenção:** O aumento da dose se necessário, deve ser lento e acompanhado de cuidadosa monitorização e verificação dos sintomas. É importante assegurar a hidratação adequada dos doentes durante a administração de kreon. As cápsulas podem ser deglutidas inteiras, ou para facilitar a administração, podem ser abertas e os grânulos tomados com líquidos ou comida mole, mas sem mastigar. Se os grânulos forem misturados com comida é importante que sejam tomados imediatamente, podendo resultar caso contrário na dissolução do revestimento gastro-resistente. De um modo geral, a dose a administrar não deve exceder as 10 000 U lipase/kg de peso corporal/dia. Os doentes com regimes posológicos superiores a 10 000 U lipase/kg/dia podem estar em risco de desenvolverem lesões do cólon (Ver Efeitos Indesejáveis). **Contra-Indicações:** Doentes com hipersensibilidade conhecida às proteínas porcinas ou a qualquer outro excipiente do medicamento. A substituição com enzimas pancreáticas não está indicada nas fases precoces da pancreatite aguda, bem como nas crises agudas da pancreatite crónica. **Advertências e Precauções Especiais de Utilização:** Os grânulos (minimicrossferas) não devem ser mastigados, uma vez que isto destruiria o revestimento gastro-resistente. Em alguns casos foi relatada a formação de estenose do cólon em crianças com fibrose quística. Se surgirem sintomas sugestivos de obstrução gastro-intestinal, deverá ser considerada a possibilidade de estenose e o doente deverá ser regularmente observado por um especialista (Ver Efeitos Indesejáveis). O produto tem origem porcina. **Interações Medicamentosas e Outras Formas de Interação:** Desconhecidas. **Efeitos Indesejáveis:** **Perturbações gastro-intestinais:** Desconforto gástrico (frequente), diarreia (pouco frequente), obstipação (pouco frequente), náuseas (pouco frequentes). Foram relatados casos de retracções fibróticas do íleon-cego e do cólon e ainda colite em crianças com fibrose quística, medicadas com doses elevadas de suplementos de enzimas pancreáticas. O aparecimento de sintomas abdominais diferentes ou alteração dos sintomas abdominais já existentes, deve ser objecto de investigação para excluir a hipótese de lesão do cólon, especialmente se o doente estiver a fazer doses de enzimas pancreáticas em quantidade superior a 10 000 U lipase/kg/dia. Podem ocorrer, quando são utilizadas doses elevadas, irritação perianal e mais raramente sinais inflamatórios. **Perturbações dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Foram reportadas reacções alérgicas e de hipersensibilidade cutâneas (pouco frequentes). Raramente foram observados casos de hiperuricemia e hiperuricemia. Medicamento sujeito a receita médica. Regime de comparticipação: Escalão C. Escalão de comparticipação A na fibrose quística segundo Portaria n.º 924-A/2010 de 17/09. Para mais informações deverá contactar o Titular da AIM. **DATA DA REVISÃO (PARCIAL) DO TEXTO:** 29.08.2011. Titular de AIM: BGP Products, Unipessoal, Lda., uma empresa Mylan. E-mail da Farmacovigilância: bgp.farmacovigilancia@mylan.com

BIBLIOGRAFIA:

1. Chi M.et al. Efficacy of Enzyme Supplementation After Surgery for Chronic Pancreatitis. Pancreas Vol. 14, No 2, pp. 174-180.
2. RCM Kreon 25.000.

.. PREPARADOS? ..

PICOSSULFATO DE SÓDIO + ÓXIDO DE MAGNÉSIO + ÁCIDO CÍTRICO

EVACUANTE
INTESTINAL
DE BAIXO VOLUME¹

LIMPEZA
PROFUNDA²

PACIENTES
BEM
PREPARADOS²

PREPARAÇÕES
CÓMODAS^{1,2}



.. AROMA E SABOR A LIMÃO ..



SPLIT-DOSE*

INGERIR O PREPARADO DE CADA SAQUETA
COM INTERVALO MÍNIMO DE 5 HORAS
+ 1,5 L A 2 L DE LÍQUIDOS CLAROS
A SEGUIR A CADA PREPARADO

APROVADO

*RCM CitraFleet®

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. Martín-Noguerol E et al. Preparación con picosulfato sódico/ citrato de magnesio en dosis fraccionadas para colonoscopias en turno de mañana realizadas entre las 2 y 6 horas posteriores a la ingesta de líquidos. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36(4):254-260
3. Nardo GD et al. Bowel Preparations for Colonoscopy: An RCT. *Pediatrics* 2014; 134(2):1-8

Os procedimentos hospitalares como as colonoscopias e os exames radiológicos requerem inevitável preparação dos pacientes. O volume e o sabor da solução que tomam podem fazer dessas 24 horas um desconforto que antecede um exame stressante ou, com CitraFleet, uma experiência muito mais tranquila e agradável. Recete aos seus pacientes o melhor evacuante intestinal: eficaz, cómodo^{1,2} e bem tolerado. O que vai ser bom para todos.^{1,2,3}

CitraFleet® Pacientes bem preparados.



**EFICÁCIA
DEMONSTRADA**
•
**POSOLOGIA
FÁCIL**

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 à 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, hipermagnesemia, retenção gástrica, ulceração gastrointestinal, colite tóxica, megacólon tóxico, íleo, náuseas e vómitos, 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 electrólitos iniciais e pós-tratamento. Os doentes idosos e debilitados e os doentes em risco de hipocalcemia 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 antiepilépticos 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.INTERACÇÕES 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, antiepilépticos, contraceptivos, anti-diabéticos e antibióticos) pode, portanto, ser modificada durante o período de tratamento (ver secção 4.4). Os antibióticos do tipo das tetraciclina e das fluorquinolonas e a penicilina devem ser tomados pelo menos 2 horas antes e não menos de 6 horas depois da administração de CitraFleet para evitar a quelacção 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 hipocalcemia (como diuréticos ou corticosteróides, ou medicamentos com os quais existe um risco especial de hipocalcemia, 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 anafilactóide, 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.