

Edição Diária do Congresso de Neurologia 2015
(11 a 14 de novembro)



ACEDA À VERSÃO
DIGITAL

Correio

SPN

Publicação distribuída gratuitamente

12
NOVEMBRO
5.ª feira



Onde está a dor no cérebro?

É a esta questão que o Prof. Amos Korczyn (à direita) se propõe responder hoje, na Conferência de Abertura, que vai decorrer entre 18h00 e as 18h30, com a moderação do Prof. Vitor Oliveira (à esquerda), presidente da Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN). O professor emérito do Departamento de Neurologia da Universidade de Tel Aviv, em Israel, é também o *chairperson* do prestigiado World Congress on Controversies in Neurology (CONy), cuja 10.ª edição decorrerá em Lisboa, de 17 a 20 de março de 2016, tendo como anfitriã a SPN Pág.5

PUB.

UM PASSO MAIS PRÓXIMO de beneficiar mais pessoas com esclerose múltipla.

Quanto mais passos der durante o Congresso da Sociedade Portuguesa de Neurologia, mais pessoas com Esclerose Múltipla vão beneficiar através das instituições dedicadas a melhorar a sua qualidade de vida.

Não fique parado, ajude esta causa. Venha ter connosco ao stand institucional Novartis.

ANEM



SPEN
SOCIETY OF
PRACTISING
NEUROLOGISTS



NS008/11/2015

Elevada participação no 4.º Simpósio de Enfermagem em Neurologia



Lúisa Matias (no púlpito) relatou a sua experiência enquanto doente com esclerose múltipla (EM) na sessão «Multidisciplinaridade em EM», que contou ainda com as participações dos enfermeiros Miguel Santos, Maria Beatriz Muñoz, Ana Paula Fernandes, Carlos Cordeiro, da assistente social Rita Dias e do neuropsicólogo José Góis Horácio (na mesa, da esq. para a dta.)

Com a chancela organizativa dos enfermeiros do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), o 4.º Simpósio de Enfermagem em Neurologia, realizado ontem, granjeou o reconhecimento e a adesão da audiência, graças ao «ambicioso programa científico» marcado pelo cunho da «multidisciplinaridade». «Prescindimos do espaço que tradicionalmente reservávamos

para a apresentação de comunicações livres e pôsteres para que os temas em análise pudessem ser discutidos com maior profundidade, o que se revelou uma decisão certa, já que a plateia se mostrou muito interessada e houve ampla troca de impressões com os diferentes painéis de oradores», considera Célia Rato, enfermeira-chefe do Serviço de Neurologia do CHLN/HSM e membro da Comissão Organizadora deste Simpósio.

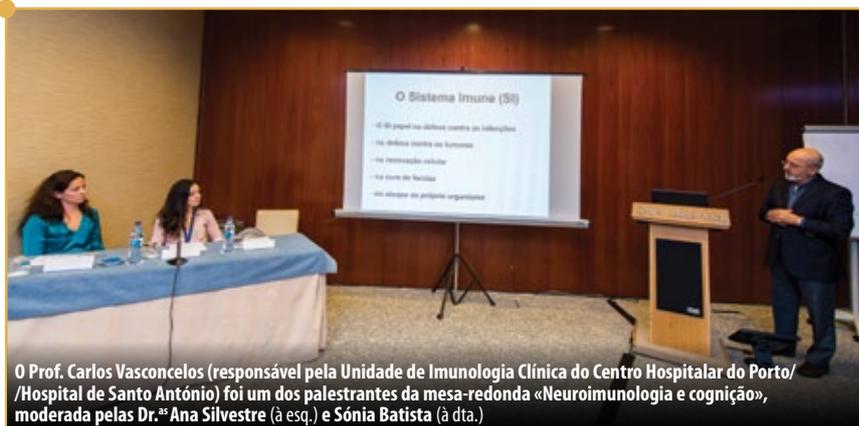
Inovando ao convocar, pela primeira vez, a intervenção de profissionais de outras áreas de atuação e até uma doente com esclerose múltipla (EM), que se juntaram aos enfermeiros oriundos de instituições de Norte a Sul do País para um debate profícuo, o 4.º Simpósio de Enfermagem em Neurologia abordou a multidisciplinaridade em EM, os cuidados de enfermagem na demência, o acidente vascular cerebral encarado desde a emergência até à reabilitação e os cuidados paliativos em doenças do foro neurológico.

Considerando que esta é uma iniciativa «em crescendo», Célia Rato sublinha os «bons resultados em termos de participação»: «Este ano, contámos com 150 inscritos, um número que superou as nossas expectativas iniciais.» O sucesso desta edição é motivo de satisfação, mas também um incentivo para continuar. «Este é um trabalho ao qual pretendemos dar continuidade, pelo que estamos já a preparar o programa do próximo ano», anuncia a responsável. Ana Rita Lúcio

Cognição e neuroimunologia à luz da Neurologia do Comportamento

A cognição e a neuroimunologia estiveram ontem em destaque na Reunião Anual da Secção de Neurologia do Comportamento, que contou com a intervenção de um painel de oradores composto por especialistas de diferentes áreas para abordar os múltiplos aspetos nesta temática. A Dr.ª Cláudia Guarda, neurologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada, e presidente da Secção de Neurologia do Comportamento, explica que este encontro «focou-se na cognição e nas doenças autoimunes que podem afetar o sistema nervoso central [SNC] e causar sintomas cognitivos».

Referindo-se à mesa-redonda «Neuroimunologia e Cognição», a responsável resume: «Abordámos a neuroimunologia, com ênfase nas doenças autoimunes primárias do SNC, mas também nas de origem sistémica, que têm, muitas vezes, um envolvimento do SNC», salienta a especialista. As consequências das doenças imunológicas no SNC, as manifestações associadas e a avaliação dos mecanismos



O Prof. Carlos Vasconcelos (responsável pela Unidade de Imunologia Clínica do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António) foi um dos palestrantes da mesa-redonda «Neuroimunologia e cognição», moderada pelas Dr.ªs Ana Silvestre (à esq.) e Sónia Batista (à dta.)

fisiopatológicos subjacentes foram igualmente discutidas. «Tentámos caracterizar essas alterações cognitivas, explicar como podem ser diferentes e a importância que têm na qualidade de vida dos doentes», vinca Cláudia Guarda.

Sublinhando o menor conhecimento da neuropsicologia em Portugal neste tipo de doenças do SNC, em contraponto com o maior desenvolvimento na área do acidente vascular cerebral e das demências, Cláudia

Guarda resume assim a relevância desta reunião: «É importante, porque pode mudar a forma como se olha para as doenças autoimunes e chamar mais a atenção para esta área.»

Após o intervalo, foi dado espaço para a apresentação de dez comunicações orais. Cláudia Guarda aproveita ainda para apelar ao envio de trabalhos da área da Neurologia do Comportamento para apresentação nas próximas reuniões da Secção de Neurologia do Comportamento. João Paulo Godinho

Da teoria à prática na neurosonologia

Herdeiro da parceria estabelecida em 2014 entre a Sociedade Portuguesa de Neurosonologia (SPNS) e a Sociedade Portuguesa de Neurologia, o Curso de Introdução ao Estágio de Neurosonologia realizou-se ontem pela segunda vez, sob a orientação da Prof.ª Elsa Azevedo, presidente da SPNS e neurologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto. A interatividade e a pedagogia da prática clínica foram as notas dominantes desta formação dirigida, essencialmente, aos internos de Neurologia que terão de fazer o estágio no próximo ano.

«Falou-se sobre as bases da neurosonologia, mas também sobre a forma como podem ser detetadas as lesões mais importantes, nomeadamente as ateroscleróticas arteriais, outras patologias menos frequentes e como se estuda a hemodinâmica cerebral no contexto dos cuidados intensivos, entre outros tópicos», resume Elsa Azevedo, sublinhando a importância da promoção «do primeiro contacto e da motivação dos internos de Neurologia para este campo».

Na sessão «Prática neurosonológica hands-on», os formandos foram divididos em grupos para poderem experimentar as seguintes quatro técnicas, com a ajuda dos formadores: Doppler transcraniano, eco-Doppler transcraniano (DTC), eco-Doppler



Os formandos foram divididos por quatro grupos e treinaram o Doppler transcraniano, o eco-Doppler transcraniano (DTC), o eco-Doppler cervical e a monitorização por DTC e estudo de hemodinâmica cerebral. Nesta fotografia, os Drs. Paulo Simões Coelho (a executar a técnica) e Rui Felgueiras (à direita) demonstram a realização de eco-Doppler cervical num doente real com patologia carotídea

cervical e monitorização por DTC para estudo de hemodinâmica cerebral. Como explica Elsa Azevedo, a criação de «um espaço privilegiado para o contacto direto com os equipamentos» reforçou a componente interativa do curso, apoiada ainda na oferta de material didático para os participantes terem «uma preparação teórica prévia».

Comentando a sua conferência neste curso sobre o Doppler transcraniano e os estudos funcionais da hemodinâmica cerebral, Elsa Azevedo sustenta que o estudo da vasorreatividade cerebral permite ava-

liar a funcionalidade cortical, assim como o risco de isquemia em situações variadas de patologia vascular. E acrescenta que o objetivo central da neurosonologia é «combater o peso da doença vascular cerebral». «Esta patologia é muito prevalente e o Doppler transcraniano é um método que pode ser usado para estudar a hemodinâmica cerebral e avaliar a existência de lesões que possam condicionar o tratamento médico, ou até elas próprias serem alvo de tratamento específico.» ✨ João Paulo Godinho

Outros instantes...



Ficha Técnica



NOTA: Esta publicação está escrita segundo as regras do novo Acordo Ortográfico.



Propriedade:
Sociedade Portuguesa de Neurologia
Campo Grande, 380 (3K) Piso 0 - E
1700 - 097 Lisboa, Portugal
Tel. / Fax: (+351) 218 205 854
Tlm: (+351) 938 149 887
spn.sec@spneurologia.org
www.spneurologia.com



Edição: Esfera das Ideias, Lda.
Campo Grande, n.º 56, 8.º B • 1700 - 093 Lisboa
Tel.: (+351) 219 172 815 • Fax: (+351) 218 155 107
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Coordenação: Ana Rita Lúcio (arlucio@esferadasideias.pt)
Redação: Ana Rita Lúcio, Luís Garcia e Marisa Teixeira
Fotografia: Rui Jorge • **Design/paginação:** Susana Vale
Colaborações: João Paulo Godinho e Jorge Correia Luís

Patrocinadores desta edição:



Revolução na abordagem aos gliomas de baixo grau

A mesa-redonda «Avanços em neuro-oncologia», que tem lugar entre as 9h00 e as 10h30, remete para o momento de viragem que atualmente se vive no tratamento integrado dos gliomas de baixo grau. Tal acontece graças à conjugação de novas evidências sobre a maximização da remoção tumoral mais precoce, o recurso complementar a protocolos de radio e/ou quimioterapia mais incisivos e o papel estratificador de risco e preditor de resposta terapêutica da caracterização genética e molecular destes tumores cerebrais.

Ana Rita Lúcio



Dr. Alexandre Rainha Campos



Dr.ª Maria Rita Dionísio



Dr.ª Luísa Albuquerque

Afirmando-se como o tipo de glioma mais frequente nos jovens adultos, com uma incidência de cerca de 9 000 novos casos por ano em toda a Europa, os gliomas de baixo grau são tumores «não curáveis, por se revelarem altamente infiltrativos no sistema nervoso», situando-se perto ou atingindo mesmo «áreas eloquentes do cérebro», começa por enquadrar o

Dr. Alexandre Rainha Campos, neurocirurgião no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM) e preletor nesta mesa-redonda. Se o seu tratamento vinha sendo alvo de acirradas «controvérsias», nos últimos anos, o papel da abordagem cirúrgica mais precoce «tem vindo a ganhar agora maior robustez científica».

«A maioria dos ensaios clínicos tem vindo a demonstrar que as cirurgias com o intuito de remover o máximo de tumor, preservando a função, têm um impacto assinalável no aumento da sobrevida livre de doença, no aumento do tempo até à progressão maligna, na sobrevida total e na qualidade de vida dos doentes», afirma Alexandre Rainha Campos.

Com vista a alcançar a «maximização da remoção tumoral» é, todavia, determinante «saber quais os limites a ressecar», para não atingir áreas eloquentes, «o que poderia resultar em défices neurológicos significativos». De lado está também a ser deixada a «tendência para realizar estas cirurgias num horizonte temporal mais dilatado». «Classicamente protelava-se a intervenção para mais tarde, mas, mais recentemente, constatou-se que esta atitude acaba por diminuir a sobrevida do doente: a ressecção deve ser feita o mais precocemente possível», defende o neurocirurgião.

Uma mudança de paradigma está igualmente a ocorrer na submissão destes doentes a protocolos de radio e/ou quimioterapia em complementaridade com a intervenção cirúrgica. De acordo com a Dr.ª Maria Rita Dionísio, oncologista no CHLN/HSM e também oradora nesta sessão, o ensaio clínico RTOG 9802 (*Radiation Therapy Oncology Group*) e os outros que dele decorreram «apontam para os benefícios que podem advir do reforço terapêutico com regimes de radio e quimioterapia», nomeadamente em subpopulações de maior risco. «Os resultados evidenciam um ganho importante em termos de sobrevida – de sete para 13 anos de sobrevida mediana –, sem que os níveis de toxicidade resultassem em morte por toxicidade relacionada com a radio e a quimioterapia.»

As «melhores perspetivas» em termos de prognóstico destes avanços no combate aos gliomas de baixo grau são ainda corro-

boradas pela Dr.ª Luísa Albuquerque, neurologista e neuro-oncologista no CHLN/HSM e no Hospital Garcia de Orta, em Almada, cuja preleção encerra esta mesa-redonda. «Demos um grande passo na estratégia cirúrgica e na sua conjugação com as terapêuticas complementares, revolucionando o tratamento de uma doença em relação à qual éramos habitualmente muito conservadores, acrescentando precocemente radio e ou quimioterapia à intervenção cirúrgica.»

Para a estratificação dos gliomas de baixo grau, de modo a poder definir com maior precisão «quais os doentes que mais podem beneficiar de certas estratégias terapêuticas, contamos já hoje com a determinação do risco clínico pelo ensaio RTOG 9802, que indica que doentes com ressecção parcial ou idade superior a 40 anos devem beneficiar de radioterapia com regime PCV [procarbazona, lomustina e vincristina] adjuvante», frisa Luísa Albuquerque. «Estes elementos são essenciais, não só para determinarmos o perfil de risco clínico-molecular em cada caso, como poderão ser eventuais preditores de resposta terapêutica.» Em causa estão, designadamente, «o despieste da codeleção 1p/19q nos oligodendrogliomas, como marcador de melhor prognóstico e resposta à terapêutica, nomeadamente PCV; a mutação IDH1, que é marcador de melhor prognóstico; e outros dados, como a metilação do promotor do gene MGMT, que promove a inativação da enzima e uma melhor resposta à quimioterapia alquilante», avança esta oradora.

Ressecção mais segura

Anotória mudança de paradigma na resposta cirúrgica aos gliomas de baixo grau fica a dever-se, em larga medida, aos progressos que têm permitido tornar as ressecções mais seguras. «Os exames funcionais pré-operatórios, como a ressonância magnética funcional e a tractografia; as técnicas de monitorização neurofisiológica intraoperatória e o ressurgimento da cirurgia com o doente acordado têm contribuído para alargar as indicações e o volume de remoções tumorais com uma segurança crescente», frisa o neurocirurgião Alexandre Rainha Campos.

«Ainda se sabe pouco sobre os mecanismos da dor»

Professor emérito do Departamento de Neurologia da Universidade de Tel Aviv, em Israel, e *chairperson* do prestigiado World Congress on Controversies in Neurology (CONy) – cuja 10.^a edição decorrerá em Lisboa, de 17 a 20 de março do próximo ano –, o **Prof. Amos Korczyn é o preletor da Conferência de Abertura deste Congresso de Neurologia**. Entre as 18h00 e as 18h30, este especialista procurará responder à pergunta «*Where is pain in the brain?*», apontando os caminhos que têm permitido investigar as causas, as manifestações, as consequências e o tratamento da dor – «fenómeno neurológico com ainda muito conhecimento por desbravar».

Ana Rita Lúcio

Porquê falar de dor para uma plateia de neurologistas?

A dor é um dos problemas médicos mais importantes, como tal, deve merecer a atenção de todas as especialidades. No entanto, acredito que os neurologistas têm um papel particularmente relevante, tanto no manejo clínico, como no esforço de investigação que é preciso continuar a levar a cabo neste campo, dado que a dor se apresenta como um fenómeno neurológico complexo. Muito mais do que um mero estímulo sensorial, trata-se de um fenómeno que envolve a atenção, a cognição e, particularmente, a emoção, sendo necessário compreendê-lo melhor. Com efeito, a dor é uma das queixas que mais comumente leva os doentes às consultas, mas ainda pouco se sabe sobre os seus mecanismos.

Como tem evoluído a investigação nesta área?

A investigação sobre a dor tem-se desenvolvido em múltiplas vertentes. À partida, é preciso compreender a sua fisiologia: o que a despoleta e como é que a dor é transmitida desde a periferia até ao cérebro? No fundo, quais são as estruturas cerebrais associadas à origem, à transmissão e à eliminação da dor? Paralelamente, há que abordar este fenómeno do ponto de vista psicológico, procurando aferir que implicações existem

a este nível. Por último, mas não menos importante, há que reforçar a investigação terapêutica, no sentido de perceber como podemos tratar os diferentes tipos de dor.

O que causa a dor?

Há vários fatores que podem despoletá-la. Desde logo, ferimentos ou traumatismos são causas frequentes de dor. Por outro lado, ela também pode ser sintoma de uma doença: um indivíduo com artrite, por exemplo, vai experienciar dor por manifestação da sua patologia. Concomitantemente, a dor pode ser causada por lesões que ocorrem no cérebro. Em cada um destes casos, os mecanismos são completamente diferentes.

Que desafios destaca no combate à dor?

Em primeiro lugar, é extremamente difícil avaliar a dor, devido à sua natureza subjetiva. Não existem quaisquer meios para mensurar diretamente a dor, do ponto de vista clínico, de forma totalmente eficaz e precisa. Em segundo lugar, devemos estar conscientes de que tão ou mais importante do que a severidade da dor é a reação que ela acarreta – não só quão severa é a dor, mas quão severo é o sofrimento do doente. Se determinado doente estiver em grande sofrimento, deve receber uma resposta terapêutica forçosamente diferente daquela

que receberia outro indivíduo com a mesma condição, mas que sinta menos dor.

Daí a atenção que se deve dar à psicologia da dor?

Um dos aspetos fundamentais a ter em conta é que há uma diferença substancial entre dor aguda e dor crónica. Quem é alvo de dor aguda tende a ficar numa situação de stress intenso. Se alguém for acometido por uma dor intensa no peito, por exemplo, é provável que experiencie medo. Essa ansiedade só tenderá a exacerbar a manifestação da dor. Nesse sentido, dependendo, obviamente, da condição que origine a dor, pode ser benéfico administrar ao doente não apenas a medicação que permita controlar ou debelar a dor, mas também algo que ajude a controlar a ansiedade e o stress, reduzindo assim o sofrimento do doente.

Já no que concerne à dor crónica, a abordagem deve ser diferente. Nestes casos, a dor pode estar – e está, em boa parte dos casos – associada à depressão. Se assim for, regra geral, há um ciclo vicioso: a depressão tende a piorar a dor e, por seu turno, se a sensação de dor é mais exacerbada, isso tende a agravar a depressão. Como tal, não esquecendo a importância de ponderar caso a caso, ao tratar doentes com dor crónica, pode considerar-se a administração de fármacos antidepressivos, em paralelo. 🌟



PUB.

DOR NEUROPÁTICA
PERDA DE PESO
DISFUNÇÃO ERÉTIL
ATROFIA MUSCULAR
DISESTESIAS
DIARREIA*

PAF-TTR
(Polineuropatia Amiloidótica
Familiar associada à transtirretina)

Uma doença neurodegenerativa,
progressiva e irreversível que
poderá estar oculta
nos sintomas



Laboratório Pfizer, S.A.
Avenida da República, 152 - 2780-271 (Pólo São
Núncio) 1649-010 - 2100 (Lisboa) +351 21 490 0000
Capota, Sotoca, 47 304 027 32
Tel: +351 214 209 500 Fax: +351 214 219 900
www.pfizer.pt

*Lista não representativa de todos os sintomas da PAF-TTR (Polineuropatia Amiloidótica Familiar associada à transtirretina).

ESTY/13/01/2017

A difícil transição do doente neurológico pediátrico para a vida adulta



Dr.ª Eulália Calado



Dr. José Vale



Dr.ª Luísa Diogo

As dificuldades, as soluções e os riscos do processo de passagem dos jovens doentes neurológicos dos cuidados médicos pediátricos para os cuidados de adultos estarão em debate na mesa-redonda «Doença neurológica na idade pediátrica: transição para a vida adulta», que se realiza entre as 12h00 e as 13h30.

João Paulo Godinho

O crescimento até à vida adulta pode ser um processo complicado, sobretudo quando se trata de um jovem com doença neurológica crónica. Os problemas associados às patologias neurológicas pediátricas e as exigências de uma transição para a Neurologia de adultos serão, por isso, o foco da apresentação da Dr.ª Eulália Calado, diretora do Serviço de Neuropediatria do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Dona Estefânia.

«A transição da Neurologia pediátrica para a de adultos deve ser feita legalmente aos 18 anos, mas tem de ser preparada antes. Deve-se consciencializar os pais e o doente de que a maioridade implica o seguimento em serviços de adultos», adverte a oradora. A comunicação biunívoca tem aqui um papel crucial, porque, se a transição não for bem feita, a morbilidade pode ser grande e o aumento da mortalidade é frequente.

Porém, existem diferenças entre doentes. De acordo com Eulália Calado, «não costumam existir problemas de maior no indivíduo cognitivamente normal; os problemas surgem quando há uma doença de neurodesenvolvimento». No caso da doença neurológica complexa e grave, «há, habitualmente, uma multidisciplinaridade na idade pediá-

trica que é difícil manter na vida adulta». A título de exemplo, «há 20 anos, a esperança média de vida de uma criança com paralisia cerebral grave era de 11 anos e, neste momento, 90% dos casos entram na idade adulta». Já no que toca à espinha bífida, esta neuropediatra afirma que se trata de «uma terra de ninguém», onde é preciso promover «um modelo de transição parcial com seguimento longitudinal por alguns dos profissionais envolvidos nos cuidados pediátricos».

Eulália Calado conclui que, nas doenças neurodegenerativas, com tempo de vida limitado, geralmente, à segunda ou terceira décadas de vida, «não se justifica» fazer a transição para os cuidados de adultos. «Isso só aumentará o sofrimento e a insegurança das famílias.»

Novo paradigma de transição

Segue-se a intervenção do Dr. José Vale, diretor do Serviço de Neurologia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e presidente do Grupo de Estudos de Esclerose Múltipla, que vai falar sobre as dificuldades de adaptação dos doentes. «A patologia crónica com início na idade pediátrica tem particularidades que, muitas vezes, levantam dificuldades aos neurologistas de adultos, porque as necessida-

des são diferentes. Por outro lado, o doente e a família têm um relacionamento próximo com o pediatra e a transição é sempre vista com receio», salienta.

Para este especialista, as competências dos neurologistas são cada vez mais importantes nesse processo. Por isso, vai alertar para o benefício de um modelo de transição personalizado e orientado de acordo com a patologia. «Isto facilita muito o processo, gera maior proximidade entre os vários intervenientes e dá maior garantia de sucesso.»

A última intervenção da sessão cabe à Dr.ª Luísa Diogo, diretora do Centro de Desenvolvimento da Criança do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Com base na sua experiência em doenças hereditárias do metabolismo, esta pediatra considera: «Na fase da transição para a vida adulta, existem diferentes tipos de doentes que impõem abordagens específicas, de acordo com a presença e grau de défice intelectual e/ou incapacidade física.»

A necessidade de mudar o paradigma no acompanhamento destes doentes será enfatizada por Luísa Diogo. «Frequentemente, quando o doente se aproxima dos 18 anos, contacta-se o grupo de adultos com quem se mantém relações de proximidade e “passa-se o doente”, como se de uma corrida de estafetas se tratasse. Ainda não está enraizada na nossa prática clínica a transição como um processo em que o doente é acompanhado por um ou dois anos por médicos de ambas as equipas», lamenta a pediatra, alertando para a necessidade de se fazer uma «verdadeira transição e não apenas uma transferência do doente».

Obstáculos à transição para a Neurologia de adultos

- **Económicos**, face às pressões dos números e das administrações hospitalares sobre os médicos;
- **Falta de multidisciplinaridade** no acompanhamento das diferentes patologias quando o doente neurológico pediátrico se torna adulto;
- **Baixa esperança média de vida** imposta por algumas doenças neurológicas, sendo que o doente vive pouco além da maioridade, o que leva à extensão do acompanhamento neuropediátrico até ao fim da sua vida.

A scenic landscape at sunset or sunrise. The sky is filled with a soft glow of orange and yellow, transitioning into a pale blue at the top. Numerous birds are captured in flight, scattered across the sky. Below the sky is a calm body of water that reflects the colors of the sunset. In the foreground, there are several tall reeds with green leaves and brown seed heads. At the very bottom, a wooden dock or pier is visible, made of weathered planks.

PUBLICIDADE



PUBLICIDADE

«A estimulação cerebral profunda é um procedimento cada vez mais seguro»

A estimulação cerebral profunda (ECP) aplicada às doenças psiquiátricas será o alvo de análise do **Prof. António Gonçalves Ferreira**, na sua conferência que decorre entre as 17h30 e as 18h00. Sublinhando que esta técnica deve ser um último recurso para as doenças psiquiátricas, o **chefe de serviço e professor de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria** fala, nesta entrevista, sobre os seus bons resultados na perturbação obsessivo-compulsiva, o que, em 2013, em conjunto com a investigação neuroanatômica levada a cabo nesta área, fez surgir na sua equipa a ideia de aplicar a ECP ao tratamento da toxicodependência, uma experiência pioneira a nível mundial.

Marisa Teixeira



Como funciona a estimulação cerebral profunda (ECP)?

Disponível desde a década de 1980 no armamentário terapêutico das doenças neurológicas, a ECP consiste em estimular eletivamente alvos especiais no interior do sistema nervoso com uma corrente elétrica de alta frequência e baixa intensidade, para modulação funcional da estrutura em que é aplicada. Entretanto, percebeu-se rapidamente o seu potencial para situações-limite de perturbações psiquiátricas e o facto de ser reversível e regulável originou uma maior aceitação no seio da comunidade médica. É uma cirurgia que implica a introdução de eléctrodos, todavia, a morbidade é muito baixa. Hoje em dia, com as novas técnicas de imagem, por intermédio da neuronavegação, a ECP é um procedimento cada vez mais seguro.

Quando começou a ser utilizada nas doenças psiquiátricas?

A partir dos anos de 1990, mas sobretudo no atual milénio. Inicialmente, percebeu-se que a ECP era eficaz na perturbação obsessivo-compulsiva [POC], com um índice de sucesso entre 60 e 70%. De salientar que este não é um primeiro tratamento, pelo contrário, só se aplica quando todos os outros falharam. Neste momento, a POC é a única doença psiquiátrica em que a ECP é oficialmente reconhecida como indicação terapêutica na Europa. Em outras patologias a sua utilização é, no máximo, semiexperimental, como por exemplo na depressão refratária ou na síndrome de Tourette.

O que fez surgir a ideia de aplicar a ECP na toxicodependência?

A toxicodependência tem componentes de disfunção neuropsiquiátrica muito parecidos com alguns aspetos da POC. Por outro lado, os mecanismos da toxicodependência centram-se no conjunto dos circuitos cerebrais da recompensa, que envolvem vários núcleos. O núcleo *accumbens* despertou a nossa atenção, até porque, há cerca de uma década, havia quem defendesse que este só existia em sistemas mais primitivos. Na altura, investigámos a questão e conseguimos localizá-lo e delimitá-lo no ser humano, uma descoberta reconhecida internacionalmente. Entretanto, decidimos que poderia ser interessante aplicar esses conhecimentos e avançámos.

A primeira experiência, a nível mundial, começou em 2013 com um cocainómano seguido pela sua equipa no Hospital de Santa Maria. As expectativas estão a ser alcançadas?

Uma vez que dominávamos a técnica, decidimos aplicar a ECP num indivíduo dependente de cocaína há 16 anos, que tinha já tentado tudo em termos de tratamento e queria realmente curar-se. Já existia experiência internacional no tratamento de quatro doentes heroínómanos com resultados positivos na Holanda, na Alemanha e na China. Depois de o projeto ter sido aprovado pelas várias entidades éticas, colocámos-lhe dois eléctrodos de alta frequência no cérebro e os

resultados têm sido bastante positivos: até agora, conseguiu reduzir em cerca de dois terços o consumo. Realço que um bom resultado não é forçosamente a cura a 100%, mas, felizmente, esta situação está controlada.

Quais as perspetivas futuras da utilização da ECP?

Esta técnica é cada vez mais utilizada no tratamento de distúrbios neurológicos, principalmente em patologias do movimento, como a doença de Parkinson. O grande inconveniente é o preço, pois é bastante dispendiosa. Aqui, no Hospital de Santa Maria, são colocados, em média, cerca de três implantes de ECP por mês. Temos um grupo organizado para o tratamento de doenças do movimento com este procedimento e outro direcionado para a epilepsia, outra doença em que a ECP tem apresentado bons resultados.

No campo das doenças psiquiátricas, esta será sempre uma técnica de último recurso. Mas tal não invalida que seja cada vez mais estudada para estes casos; aliás, estamos a estudar um potencial novo candidato toxicodependente e dois com POC. Além disso, estão a decorrer investigações internacionais que testam a eficácia da ECP em perturbações do comportamento alimentar e nas alterações da memória decorrentes da demência. Há muitos aspetos do nosso cérebro que estão ainda por descobrir e é bem possível que a ECP possa vir a ter um papel importante em situações que nem sequer imaginamos – estamos só no princípio. 🌟

Especificidades do doente neurológico em estado crítico



Dr.ª Celeste Dias



Dr.ª Rita Faria



Dr. Ricardo Rego

Os cuidados da Medicina Intensiva no doente neurológico em situação crítica, bem como a avaliação das ferramentas de diagnóstico e das soluções terapêuticas, vão estar em destaque na mesa-redonda que se realiza entre as 14h30 e as 16h00.

— João Paulo Godinho

Partindo da premissa de que «todos os doentes com lesão cerebral aguda precisam de cuidados intensivos», a Dr.ª Celeste Dias, coordenadora da Unidade de Cuidados Neurocríticos do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, e primeira oradora desta mesa-redonda, vai salientar a importância da avaliação dos mecanismos fisiológicos cerebrais afetados por patologias agudas graves, dando como exemplo um trabalho «pioneiro» levado a cabo na sua Unidade.

«Em todo o mundo, são poucas as unidades de cuidados intensivos que fazem a avaliação à beira do leito da autorregulação cerebral (capacidade da circulação cerebral em manter um fluxo sanguíneo constante)», refere. Para Celeste Dias, a autorregulação cerebral não é um mero conceito teórico. «É um mecanismo vital cuja avaliação pode influenciar o tratamento e o prognóstico do doente esta oradora», defende esta oradora, sublinhando que «os indivíduos que mantêm a autorregulação preservada têm maior taxa de sobrevivência».

A avaliação da autorregulação cerebral passa por mecanismos invasivos e não invasivos, como irá explicar Celeste Dias. Relativamente à forma não invasiva, esta pode passar pela monitorização da oximetria cerebral, com sensores na fronte dos doentes, ou pelo recurso ao Doppler transcraniano para medir a velocidade dos eritrócitos nos vasos sanguíneos. Já nos mecanismos invasivos, o destaque vai para a pressão intracraniana avaliada com «sensores intraparenquimatosos, que permitem uma avaliação contínua».

O valor de prevenir e monitorizar

De seguida, a Dr.ª Rita Faria, internista no Centro Hospitalar de Leiria/Hospital de Santo André, abordará o *delirium* enquanto disfunção cerebral aguda no doente crítico, ressaltando o *delirium* subsindromático e o seu impacto na morbidade dos doentes. No centro da sua apresentação estará ainda o alerta para a deteção precoce. «A princi-

pal medida para a redução da incidência do *delirium* é a prevenção, com a correção de fatores de risco modificáveis, a par do rastreio diário, que é indissociável de um protocolo de atuação», assegura.

O tratamento do *delirium* passa, segundo Rita Faria, por medidas não farmacológicas, como a mobilização precoce, e medidas farmacológicas, com uma estratégia de sedação leve em benzodiazepinas e a utilização de haloperidol, que «continua a ser o tratamento farmacológico de escolha».

Por sua vez, o Dr. Ricardo Rego, neurologista e neurofisiologista no CHSJ, encerrará a mesa-redonda com uma palestra sobre a relevância da monitorização eletroencefalográfica contínua (cEEG) do estado de mal epilético nas unidades de cuidados intensivos e as suas vantagens e limites. «A cEEG assume-se como uma ferramenta importante nas decisões terapêuticas, em particular no que diz respeito ao início, ajuste ou suspensão de fármacos antiepiléticos», advoga.

No entanto, esta monitorização enfrenta ainda desafios, face à «dificuldade associada à análise do sinal eletroencefalográfico, aos padrões no contínuo ictal-interictal, cujo significado é ainda indeterminado, e à diversidade de nomenclaturas». A resposta, no entender de Ricardo Rego, passa por uma dupla solução: «É essencial que, a par da implementação de sistemas de cEEG, exista uma comunicação eficaz entre neurofisiologistas e intensivistas.»

Cuidados essenciais no doente neurocrítico

- A avaliação da autorregulação cerebral permite o manuseamento da pressão de perfusão cerebral (PPC), em busca da PPC ótima e individualizada de acordo com o perfil de cada doente com lesão cerebral aguda.
- Insistir mais na prevenção do *delirium* enquanto disfunção cerebral aguda no doente crítico, com a correção dos fatores de risco, adotando depois medidas não farmacológicas e farmacológicas.
- Apostar nos sistemas de monitorização eletroencefalográfica contínua e na comunicação fluida entre neurofisiologistas e intensivistas.

Experiência nacional em análise no XIV Fórum de Cirurgia de Epilepsia

A discussão aberta de casos clínicos de epilepsia refratária e de difícil resolução estará no cerne do XIV Fórum de Cirurgia de Epilepsia, que decorre entre as 9h30 e as 18h00, na sala C. A apresentação dos casos será moderada pelos coordenadores dos cinco centros onde é realizado este procedimento em Portugal: Prof. José Pimentel (Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria); Dr. Francisco Sales (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC); Dr. Rui Rangel (Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António); Dr. Dílio Alves (Centro Hospitalar de São João, no Porto) e Dr. Pedro Cabral (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz – CHLO/HEM).

Seguindo um modelo semelhante aos das anteriores edições do Fórum, cada grupo de cirurgia de epilepsia terá 75 minutos para apresentar dois ou três casos clínicos. Segundo o Dr. Nuno Canas, neurologista no CHLO/HEM, cujo grupo de cirurgia de epilepsia organiza esta sessão, os casos

apresentados poderão ser de doentes já operados, «em que a cirurgia tenha revelado alguma complexidade», ou situações ainda não resolvidas, para as quais é útil saber a opinião de cada grupo, com vista a obter o melhor resultado possível.

«É importante aprendermos uns com os outros, dado que somos tão poucos a dedicar-nos a esta área a nível nacional. Vamos procurar ver como cada grupo aborda determinada patologia e quais as técnicas que utiliza para o fazer», refere Nuno Canas. De acordo com este neurologista, o objetivo último da reunião é assegurar que seja garantida a melhor abordagem cirúrgica em cada caso, independentemente da zona do País onde o doente seja operado.

O Fórum Cirurgia de Epilepsia realiza-se duas vezes por ano – uma no âmbito do Encontro Nacional de Epileptologia, em março, e no Congresso de Neurologia, em novembro –, sendo organizado rotativamente por cada um dos cinco centros na-



Dr. Nuno Canas

cionais que realizam cirurgia da epilepsia. A última edição decorreu a 12 de março, no CHUC, e contou com a participação do Prof. Fernando Cendes, neurologista e docente na Universidade de Campinas, no Brasil.  Luís Garcia



PUBLICIDADE



PUBLICIDADE