



Correio

SPN

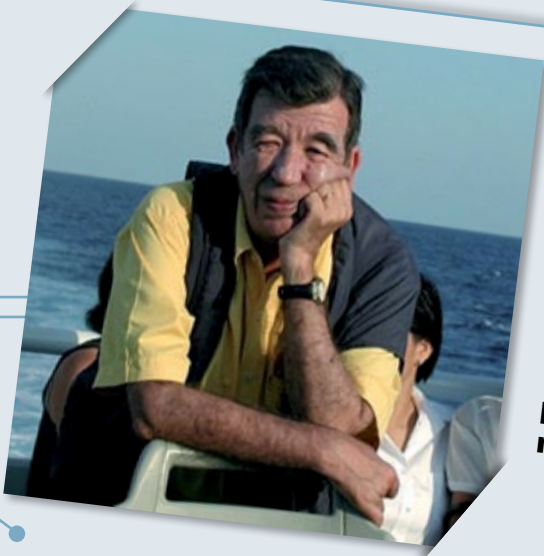
Publicação distribuída gratuitamente

14

NOVEMBRO

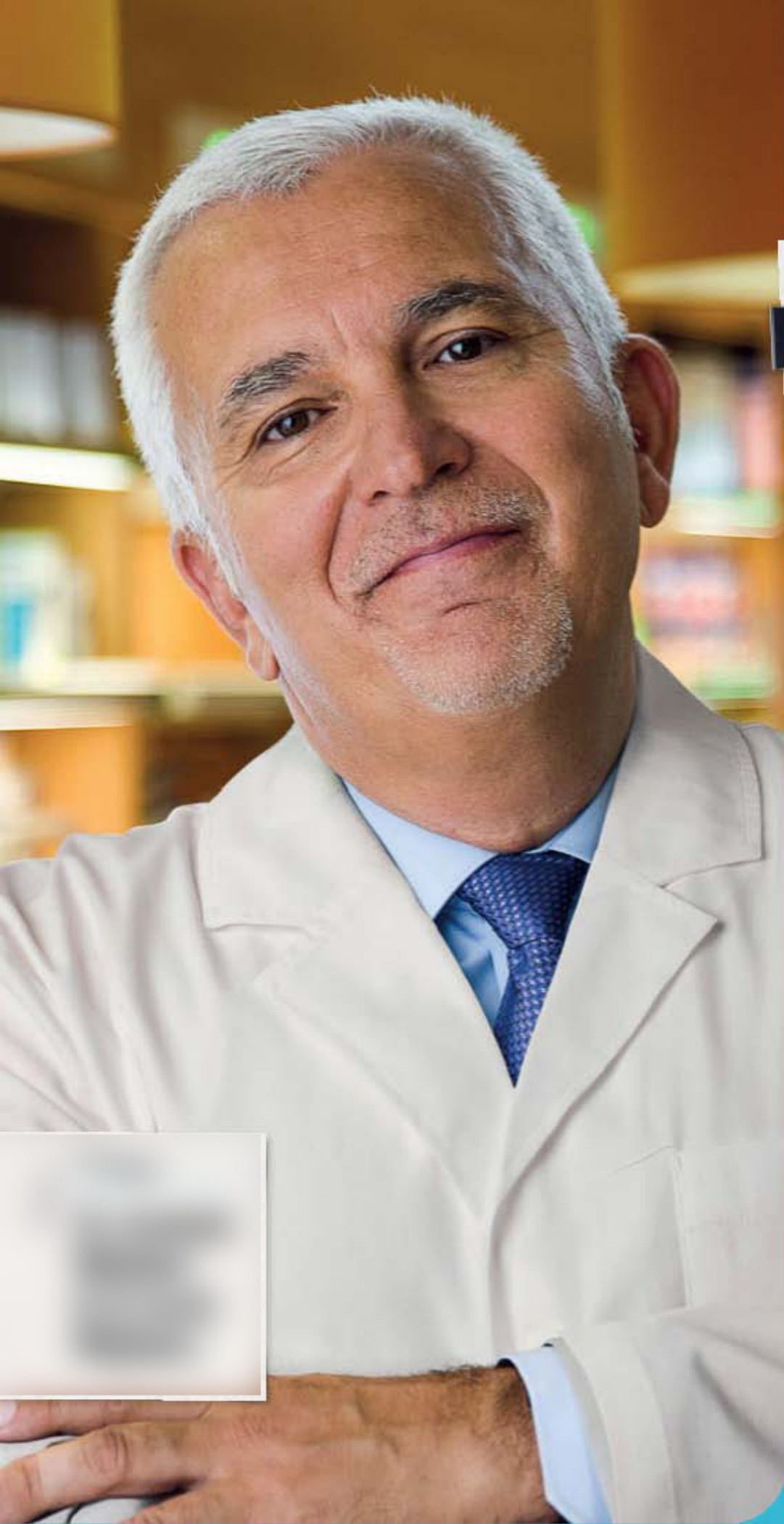
CERTIFICAÇÃO DAS UNIDADES DE AVC

O **Prof. Bernd Ringelstein**, diretor do Departamento de Neurologia do Hospital Universitário de Münster, na Alemanha, fala sobre os objetivos do Comité para a Certificação das Unidades de AVC, um projeto da European Stroke Organisation



«Um homem excepcional»

Estas são palavras patentes na última ata do Colégio de Neurologia da Ordem dos Médicos, referindo-se ao **Dr. Orlando Leitão**. Falecido a 19 de outubro passado, o neurologista é hoje lembrado numa sessão de homenagem



«Prever» o futuro na abordagem da epilepsia



Prof. Fernando Lopes da Silva



Dr. Alexandre Campos, Prof. José Lopes Lima, Prof. Horst Urbach e Prof. José Pimentel

A mesa-redonda que decorre entre as 9h00 e as 11h00 vai abordar as principais novidades na área da epilepsia, desde os exames de diagnóstico às técnicas neurocirúrgicas.

Marisa Teixeira

O Prof. José Pimentel, coordenador do Grupo de Cirurgia da Epilepsia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), é um dos moderadores e organizador desta sessão. «O principal objetivo é falar de áreas que trarão mais-valias para a melhoria das capacidades de diagnóstico e tratamento da epilepsia», assegura este especialista. E acrescenta: «Muitas destas técnicas são de ponta e farão toda a diferença se forem utilizadas na prática clínica diária.»

«Será possível controlar a epileptogénese e prever a ocorrência de crises epiléticas?» é o tema que o Prof. Fernando Lopes da Silva vai abordar. Este investigador no Instituto de Ciências da Vida de Swammerdam, na Holanda, explica que «controlar a epileptogénese significa que muitas crises ocorrem depois de um “insulto” ao cérebro, como um traumatismo. Este processo leva, geralmente, dois a três meses a ebulir, mas pode ser mais rápido». Neste âmbito, importa compreender se nesse intervalo temporal é possível contrariar o processo, para evitar as crises epiléticas.

Lopes da Silva refere também que, «em muitos casos, as crises são impossíveis de prever, mas noutros talvez se consiga conjecturar o seu aparecimento». «Está a estudar-se a hipótese de encontrar parâmetros variáveis, através dos sinais do encefalograma, que nos indiquem qual a probabilidade de uma crise surgir num determinado período, relativamente curto», sublinha.

Já o Dr. Alexandre Campos, neurocirurgião no CHLN/HSM, vai falar sobre as práticas mais recentes de neuromodulação, dirigidas maioritariamente a doentes farmacoresistentes e que não podem ser submetidos a cirurgia de ressecção. «A estimulação cerebral profunda, que implica a colocação de eléctrodos em estruturas profundas do cérebro ou a estimulação cortical nas zonas epileptogénicas, é um exemplo de neuromodulação», revela.

Este especialista vai também comentar outras técnicas que têm evoluído ao longo

dos anos, como a estimulador do nervo vago. Atualmente, é utilizado um sistema em que este estimulador tem de estar permanentemente ligado, com um ciclo alternado, mas o futuro consiste num aparelho que identifique o início de uma crise epilética e só funcione nessa altura. «Este é um desenvolvimento tecnológico que se começa agora a verificar. O *Neuropace*, aprovado em 2013 pela Food and Drug Administration [FDA], já segue este conceito, mas ainda não está disponível em Portugal», exemplifica Alexandre Campos. 🌟

Aplicação da ressonância magnética

O Prof. Horst Urbach, diretor do Departamento de Neurorradiologia do University Medical Center Freiburg, na Alemanha, é também orador nesta mesa-redonda. Segue-se o resumo deste especialista sobre a sua intervenção:

«A imagem por ressonância magnética [IRM] de 7 tesla ainda tem grandes limitações, como a taxa de absorção específica [SAR, na sigla em inglês] e a falta de homogeneidade B1, pelo que não vai substituir a IRM de 3 tesla num futuro próximo. Sequências de 3 tesla em três dimensões com um voxel isotrópico de 1 mm³ e imagens quantitativas (múltiplos ecos) já são pós-processadas numa base de voxel por voxel. As mudanças da espessura cortical e a junção da matéria branca/cinza, bem como as intensidades de sinal T2, destacam-se quando comparadas com uma coorte de indivíduos saudáveis.»

São utilizadas várias ferramentas – como a imagem por ressonância magnética funcional [IRMf] com base na realização de tarefas, a imagem por tensor de difusão [DTI, na sigla em inglês], a tomografia computadorizada por emissão de fóton único [SPECT] ictal e interictal ou o 18F-FDG-PET – na avaliação pré-cirúrgica de doentes com epilepsia para identificar a zona epileptogénica e delinear o córtex “eloquente” e os feixes de substância branca.

A DTI de alta resolução angular, a imagem por curtose de difusão [DKI, na sigla em inglês] e a IRMf em repouso também têm potencial no estudo de redes epiléticas em epilepsias genéticas. Outro tópico de pesquisa incide na hipótese de a IRMf com alta resolução temporal [RM – encefalografia] poder localizar mudanças epileptiformes no eletroencefalograma.»

Inverter o curso da esclerose múltipla



Prof. João Cerqueira



Dr.ª Lívía Sousa



Dr. João Correia de Sá

A robustez da evidência que demonstra a eficácia e a segurança do fingolimod e a necessidade de iniciar o tratamento numa fase mais precoce são dois dos pontos salientados pelos oradores do simpósio-satélite organizado pela Novartis, que decorre entre as 12h30 e as 13h30, na sala A.

Luís Garcia

A eficácia e a segurança do fingolimod estão demonstradas nos ensaios clínicos e os novos dados da prática clínica vêm confirmar esses resultados no tratamento da esclerose múltipla (EM). Segundo o Prof. João Cerqueira, neurologista no Hospital de Braga e primeiro orador do simpósio «Modificar o curso da EM – da evidência à prática clínica», os resultados relativos à eficácia do fingolimod mantiveram-se nos estudos de vida real. Isto apesar de o fármaco ter sido utilizado apenas em doentes que já tinham feito tratamento de primeira linha sem sucesso, ou «em casos muito excecionais de doentes que nunca tinham sido tratados, mas que apresentam doença bastante ativa».

Nos ensaios clínicos, pelo contrário, participaram muitos doentes que nunca tinham recebido qualquer terapêutica para a EM. «A população em que o fingolimod está a ser utilizado na prática clínica tem, à partida, uma doença mais ativa e exigente. Mesmo assim, os dados da vida real mostram uma eficácia semelhante à dos ensaios clínicos», refere João Cerqueira.

Além disso, o perfil de segurança também não se alterou relativamente aos ensaios clínicos. «Ao observar vários estudos, registos e análises de subgrupos, percebemos que,

ao fim de mais alguns anos de utilização, o perfil de segurança e eficácia do fingolimod mantém-se», confirma o neurologista.

A segunda oradora do simpósio, Dr.ª Lívía de Sousa, coordenadora da Consulta de Doenças Desmielinizantes do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), vai abordar o tema «Gilenya®: qual o doente e quando começar o tratamento?». Este fármaco foi aprovado pelo Infarmed e pela Agência Europeia do Medicamento «para doentes com EM bastante ativa, apesar do tratamento com interferão beta ou acetato de glatirâmico, ou como primeira linha em doentes com doença rapidamente progressiva». Ou seja, «os doentes que tiveram dois ou mais surtos incapacitantes no ano anterior e, simultaneamente, uma lesão que capta contraste ou aumento da carga lesional em T2», explica a neurologista.

Em análise nesta intervenção estarão os estudos TRANSFORMS (*Efficacy and safety of fingolimod in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis with optional extension phase*) e FREEDOMS (*Safety and efficacy of fingolimod in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis*). Segundo Lívía de Sousa, o tratamento com fingolimod deve ser iniciado o mais precocemen-

te possível, mal se verifique falência do tratamento de primeira linha. Os doentes que mais beneficiam com este fármaco «são os que iniciam a terapêutica tendo menos de três anos de evolução da EM, os doentes mais jovens e os que apresentam doença mais ativa».

O Dr. João Correia de Sá, chefe da Consulta de Esclerose Múltipla do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, vai procurar refletir sobre o lugar do fingolimod na atualidade, na sua intervenção dedicada ao tema «Gilenya® e o novo algoritmo terapêutico». «Face ao aparecimento de novos medicamentos para o tratamento de segunda linha relativamente aos quais se colocam novas expectativas, o fingolimod apresenta mais-valias importantes: tem uma eficácia comprovadamente elevada (há já muitos milhares de doentes tratados com este fármaco num intervalo de tempo razoável), os especialistas têm experiência na sua utilização e o seu perfil de segurança é bem conhecido», sublinha este orador.

Assim sendo, o fingolimod reúne «todas as condições para que possa ser utilizado numa fase cada vez mais precoce, o que constitui um trunfo face a medicamentos cujos perfis não são, para já, tão bem conhecidos». O simpósio-satélite, que é presidido pelo Prof. Luís Cunha (diretor do Serviço de Neurologia do CHUC), termina com as conclusões da moderadora, Prof.ª Maria José Sá (coordenadora da Consulta de Doenças Desmielinizantes do Serviço de Neurologia do Hospital de São João, no Porto). 🌟

Mensagens-chave

- Estudos de fase III confirmaram, na vida real, a eficácia e a segurança do fingolimod já evidenciada nos ensaios clínicos;
- Segundo estes estudos, os doentes com esclerose múltipla muito ativa, apesar do tratamento com interferão beta ou acetato de glatirâmico, ou com doença rapidamente progressiva beneficiam do tratamento com fingolimod;
- A instituição deste fármaco deve ocorrer o mais precocemente possível, como terapêutica de segunda linha.

OPINIÃO | Prof. Bernd Ringelstein

Diretor do Departamento de Neurologia do Hospital Universitário de Münster, na Alemanha | Preletor da conferência «*Guidelines* da ESO – presente e futuro das Unidades de AVC», que decorre entre as 11h30 e as 12h30

Certificação europeia das Unidades de AVC

Na Declaração de Helsinborg, a prestação organizada de cuidados aos doentes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) em fase aguda foi descrita como a «espinha dorsal» da cadeia de cuidados em toda a Europa. No entanto, o acesso a Unidades de AVC continua a ser limitado e as disparidades entre os países europeus são impressionantes.

Com o intuito de melhorar a disponibilidade e a qualidade de cuidados economicamente sustentáveis, a European Stroke Organisation (ESO) nomeou um Comité para a Certificação das Unidades de AVC, de modo a definir os requisitos necessários e apoiados pela ESO para a criação de unidades e centros básicos de tratamento do AVC.

Estes requisitos são entendidos como essenciais ou altamente recomendados, com base na evidência científica obtida através de ensaios clínicos aleatorizados e controlados; *guidelines* para a prática clínica e consensos de especialistas. Também

foram definidos os critérios para uma certificação oficial pela ESO a estes modelos de cuidados.

Entre as características mais importantes da prestação de cuidados de saúde na área do AVC estão: a existência de uma área de enfermagem dedicada ao tratamento do AVC, a abordagem multidisciplinar da doença e uma organização integrada. Uma sala de emergência, acesso precoce ao diagnóstico e à terapêutica, vigilância e tratamento da dis-fagia; acesso a trombólise intravenosa; acesso a craniectomia descompressiva e trombólise intra-arterial, mobilização e reabilitação precoces; prevenção secundária com tratamento dos fatores de risco e prevenção da recorrência do AVC, quando necessária, são alguns dos aspetos que devem fazer parte de qualquer unidade ou centro básico de tratamento do AVC.

O Comité para a Certificação das Unidades de AVC da ESO também definiu a população-alvo, as infraestruturas necessárias, o equipamento técnico, o volume de doentes,



os itinerários de diagnóstico, as intervenções terapêuticas, os cuidados de enfermagem e reabilitação multidisciplinar precoce que devem caracterizar uma unidade ou um centro básico de tratamento do AVC. Este processo de certificação também abarca as características do meio hospitalar e as interações da unidade com outros departamentos e serviços, como os de Cardiologia, Neurorradiologia, Neurocirurgia e Cirurgia Vascular.

Estas recomendações deverão estimular os hospitais europeus a candidatarem-se à certificação da ESO num dos dois níveis (centro básico de tratamento do AVC ou unidade de AVC). Tal certificação só será possível mediante o cumprimento dos critérios referidos, que implicarão uma verificação mediante visitas *in loco*. ❁



Temas que marcam a atualidade das cefaleias



Dr.ª Raquel Gil Gouveia



Prof. José Pereira Monteiro



Dr. Filipe Palavra

O estado da arte no que toca aos aspetos de caracterização fisiopatológica e clínica das cefaleias é alvo de análise na mesa-redonda que decorre entre as 15h30 e as 17h00, na Sala A.

Ana Rita Lúcio

Fazendo jus ao título «Hot topics em cefaleias», a mesa-redonda moderada pela Dr.ª Isabel Luzeiro, neurologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e presidente da Sociedade Portuguesa de Cefaleias; pela Dr.ª Helena Gens, neurologista no CHUC e pela Prof.ª Isabel Pavão Martins, neurologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), põe em debate os temas que marcam a atualidade nesta área.

É à Dr.ª Raquel Gil Gouveia, coordenadora do Centro de Cefaleias do Hospital da Luz, em Lisboa, que cabe inaugurar a discussão, falando sobre a relação entre as crises de enxaqueca e eventuais alterações na atividade cognitiva dos doentes. Abordando as várias perspetivas da associação entre estes dois problemas, a neurologista sublinha que, «nas crises de enxaqueca, entre os motivos que mais frequentemente causam incapacidade, encontram-se a dificuldade de articular um raciocínio rápido e eficaz e os obstáculos colocados à concentração».

Sendo este um aspeto que, até agora, «tem sido pouco estudado», Raquel Gil Gouveia procurará «fazer um levantamento dos sintomas mais habituais, da frequência com que surgem e dos mecanismos fisiopatológicos que podem estar na sua base». A especialista alerta ainda para o facto de que este tipo de queixas fez com que, a dada altura, se julgasse que «a enxaqueca poderia estar associada ao aumento do risco de sofrer doenças neurodegenerativas».

Essa hipótese é, no entanto, refutada pela oradora: «Durante a crise de enxaqueca, a atividade cognitiva pode não permanecer absolutamente intacta, mas estas alterações são reversíveis com a resolução da crise. Aparentemente, estes sintomas não implicam um aumento da probabilidade de desenvolver doenças neurodegenerativas.»

Papel da genética molecular

A mesa-redonda prossegue com a intervenção do Prof. José Pereira Monteiro, neurologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, que defende que «o desenvolvimento das tecnologias de genética molecular constitui uma oportunidade para a identificação das causas e dos mecanismos inerentes às cefaleias». Uma realidade que se aplica, sobretudo, às cefaleias primárias, «com destaque para as mais prevalentes e incapacitantes, como é o caso da enxaqueca», refere.

«Não admira que tenha sido a enxaqueca, particularmente a sua forma mais típica – a enxaqueca com aura – a primeira cefaleia a permitir a identificação de uma variante clínica de transmissão autossómica dominante com padrão monogénico, denominada de enxaqueca hemipléica familiar», explica Pereira Monteiro. Outra variante já reconhecida é a enxaqueca hemipléica esporádica, na qual foi identificada a associação com mutações genéticas, sobretudo de tipos I e II. «No entanto, estas mutações ocorrem apenas em cerca de metade das enxaquecas hemipléicas, o que poderá significar que existem muitas outras que,

provavelmente, virão a ser identificadas mais tarde», supõe este neurologista.

Dor crónica espera respostas

A última intervenção da mesa cabe ao Dr. Filipe Palavra, neurologista no Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde da Universidade de Coimbra. Este orador vai debruçar-se sobre a dor crónica, a qual considera «um verdadeiro problema de saúde pública», sobretudo nos países desenvolvidos. «Para o tratamento da dor aguda, existem abordagens terapêuticas bastante efetivas, mas o mesmo não se passa na dor crónica, o que exponencia o seu interesse científico, dadas as necessidades clínicas ainda a descoberto», justifica.

Apesar da cronicidade da dor ser relativamente frequente, no caso da enxaqueca, «os mecanismos que a espoletam ainda não estão completamente esclarecidos, o que coloca entraves ao aparecimento de novas estratégias terapêuticas», sublinha o especialista. No entanto, os últimos anos têm sido «proíficos» no desenvolvimento de ferramentas clínicas no âmbito da imagiologia funcional e molecular, que puseram em marcha «uma verdadeira revolução no estudo das doenças neurológicas».

«Graças a estas ferramentas, é possível como que “ver a dor” e, mais importante, quantificar alterações efetiva e objetivamente mensuráveis, que muito podem contribuir para o desenvolvimento de novos endpoints com relevo para a investigação clínica», conclui Filipe Palavra. 🌟



Orlando Leitão (1931-2014)

«O neurologista dos neurologistas»

No percurso deste neurologista, destacam-se as duas décadas de incansável dedicação aos Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL), onde ingressou em 1959, para realizar o internato de Neurologia. Especializando-se em 1970, não tardou até que Orlando Leitão conquistasse uma posição de relevo, tornando-se chefe de Neurologia, em 1973. Quatro anos volvidos, passou a ocupar o cargo de chefe de Clínica de Neurologia, no mesmo local.

Por sua própria iniciativa, foi transferido para o Hospital de Egas Moniz, em 1979, e assumiu a função de diretor do Serviço de Neurologia, apenas um ano depois. Clínico perspicaz, arguto e ávido de conhecimento, Orlando Leitão não se escusou a partilhar saberes com as gerações mais novas, enquanto professor convidado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Tendo integrado a comissão instaladora da Sociedade Portuguesa de Neurologia, em 1979, manifestava interesse por todas as subespecialidades. Por isso, muitos chamavam-no «o neurologista dos neurologistas». Não obstante, foi um dos fundadores da Neurologia pediátrica em Portugal.

Deixando uma «indelével marca na Neurologia portuguesa», como sublinha a nota de homenagem publicada na mais recente ata da direção do Colégio da Especialidade de Neurologia da Ordem dos Médicos, Orlando Leitão é recordado como «um homem excepcional». «Ao longo de décadas, dedicou-se a muitos doentes e suas famílias, marcando diversas gerações de estudantes e médicos, que tiveram o privilégio de lhe conhecer a sofisticação do conhecimento, a elegância do trabalho e a personalidade inquieta, tranquila, irónica e generosa.»

Ana Rita Lúcio

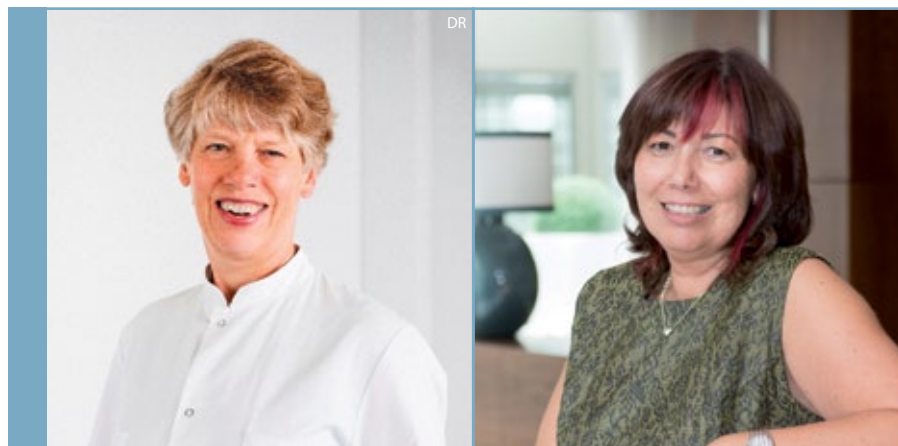
Nota: A sessão de homenagem ao Dr. Orlando Leitão decorre entre as 18h30 e as 19h00 e é conduzida pelo Dr. Pedro Cabral, um dos seus discípulos no Hospital de Egas Moniz

Neuromodulação no tratamento das cefaleias

A Prof.^a Rigmor Jensen é a palestrante da conferência «*Neurostimulation in chronic migraine and other headaches*», que se realiza hoje, no seguimento da sessão «*Hot topics em cefaleias*» (ver página ao lado). Diversas técnicas de neuromodulação vão estar em destaque.

«Os últimos anos têm sido profícuos na descoberta de mecanismos subjacentes à dor, assim como no desenvolvimento de ferramentas tecnológicas que nos permitem estudá-la com mais precisão e tratá-la com mais objetividade. Toda esta informação terá, necessariamente, impacto na prática clínica, principalmente se a perspetivarmos para um futuro mais ou menos próximo.» Estas são palavras da Dr.^a Isabel Luzeiro, presidente da Sociedade Portuguesa de Cefaleias e moderadora desta conferência, que acrescenta: «As novas técnicas e equipamentos terapêuticos que têm demonstrado utilidade no tratamento de algumas formas de cefaleias, principalmente se refratárias à intervenção medicamentosa, são o principal foco desta conferência.»

Rigmor Jensen, diretora do Danish Headache Center do Glostrup Hospital, na Uni-



Prof.^a Rigmor Jensen

Dr.^a Isabel Luzeiro

versidade de Copenhaga, Dinamarca, vai sublinhar a importância de a neuromodulação ser considerada em alguns casos, nomeadamente quando há uma falta de capacidade de resposta dos tratamentos convencionais e é excluído o uso excessivo de medicação.

«Abordagens invasivas e não invasivas, como a estimulação hipotalâmica cerebral profunda, a estimulação do nervo occipital, a estimulação do gânglio esfenopalatino,

a estimulação do nervo vago e a estimulação magnética transcraniana repetitiva, são extensivamente publicadas, embora a evidência baseada em estudos controlados e randomizados seja limitada» sustenta Rigmor Jensen. Com o intuito de promover o debate no final da sua conferência, esta especialista apresentará as diretrizes da European Headache Federation para a utilização clínica da neuromodulação no tratamento das cefaleias. Marisa Teixeira



«A Cochrane pode trazer maior visibilidade aos investigadores portugueses»

Em junho deste ano, foi constituída a Portuguese Branch da Cochrane Collaboration – a maior organização a nível mundial dedicada à seleção, avaliação e síntese de evidência científica relevante para a tomada de decisões em Saúde. O **Prof. João Costa, docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e editor coordenador do Cochrane Movement Disorders Group**, defende que a integração neste projeto pode ser um incentivo para a projeção da atividade científica nacional. Esta é uma das questões que vai abordar na sua conferência de amanhã, entre as 15h30 e as 16h30.

Inês Melo

Qual a principal missão da Cochrane Collaboration?

Trata-se de uma organização internacional multidisciplinar constituída por profissionais de saúde, investigadores, doentes e gestores (num conjunto de cerca de 30 mil colaboradores espalhados pelo mundo), que, voluntariamente, se dedica à síntese da melhor evidência científica disponível para a prática médica e assistencial. O objetivo é ajudar os vários intervenientes no processo de decisão clínica – profissionais de saúde, doentes, autoridades na área da saúde e do medicamento, gestores e políticos – a tomarem as decisões com base em provas científicas de elevada qualidade e atualizadas através, sobretudo, da produção de revisões sistemáticas, não só sobre intervenções terapêuticas (farmacológicas ou não), mas também sobre diagnóstico clínico e avaliação económica de tecnologias de saúde. Com cerca de 20 anos de história, a Cochrane Collaboration é hoje reconhecida como uma organização credível e independente. Inclusivamente, em 2011, foi-lhe concedido pela Organização Mundial da Saúde [OMS] um lugar na Assembleia Mundial de Saúde.

Como surgiu a oportunidade de criar a Portuguese Branch?

Atualmente, a Cochrane é constituída por mais de 50 grupos que se dedicam à produção de revisões sistemáticas e ao desenvolvimento de metodologias nesta área, e por vários centros, sediados em mais de 100 países. Em Portugal, desde 1996 que existe um grupo Cochrane na área das doenças do movimento. Mais recentemente, foram criados dois centros colaboradores, na Faculdade de Medicina da Universidade Lisboa (2011), dirigido pelo Prof. António Vaz Carneiro, e na Faculdade de Medicina da Universidade

do Porto (2014), dirigido pelo Prof. Altamiro da Costa Pereira, formando assim, juntamente com o grupo de revisão das doenças do movimento, três «unidades estruturais» da Cochrane no nosso País. Foi então que surgiu a possibilidade de constituirmos uma rede portuguesa – a Portuguese Branch of the Iberoamerican Cochrane Center –, para promover e auxiliar a publicação de revisões sistemáticas, apoiar cientificamente os investigadores portugueses e dar formação pré e pós-graduada nesta área de investigação. Paralelamente, a Portuguese Branch participará na implementação de projetos em países de língua oficial portuguesa, como Angola, Moçambique ou Cabo Verde, contribuindo para a construção de um espaço lusófono na Cochrane.

Qual a importância deste projeto para o setor português da Saúde?

A criação da Portuguese Branch da Cochrane constitui um passo significativo ao promover o desenvolvimento da investigação clínica nesta área no nosso País, com a produção de informação de elevada qualidade. Por outro lado, pode ajudar a projetar Portugal internacionalmente como um país com

atividade científica relevante neste setor, conferindo maior visibilidade aos nossos investigadores. Além de, claro, constituir uma mais-valia para os autores das revisões sistemáticas, com a possibilidade de terem benefícios institucionais e pessoais. A formação da Portuguese Branch é, sobretudo, um passo para que outros grupos e centros possam integrar esta rede.

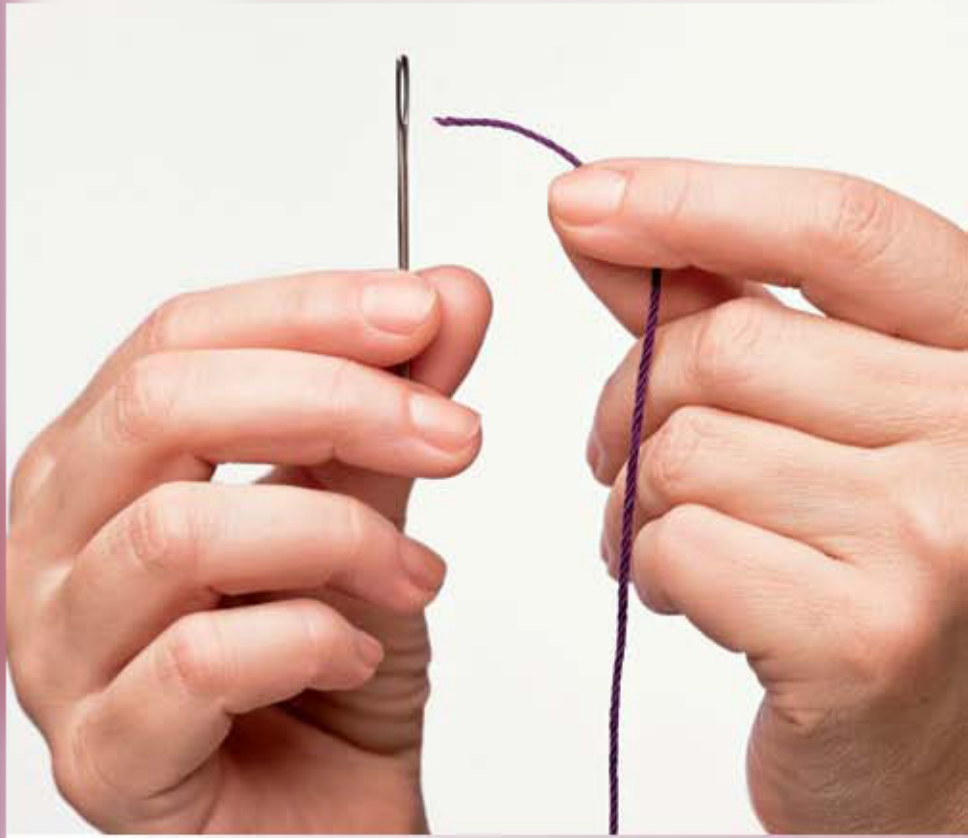
Como vê a sustentabilidade da Portuguese Branch?

Ainda há muito caminho por percorrer. O número de revisões sistemáticas em Portugal fica aquém do de países europeus de características demográficas semelhantes... É certo que a Cochrane Collaboration está a crescer imenso, mas continua a ser uma organização sem fins lucrativos, que procura implementar-se num país com graves problemas de financiamento. Enquanto outros grupos conseguem financiamentos bi ou trianuais, na maior parte das vezes cedidos pelo Estado, associações e fundações nacionais; nós trabalhamos quase exclusivamente com base na boa vontade. Apesar destas dificuldades, com o reconhecimento e o apoio da Cochrane, acredito que seremos capazes de concretizar projetos de qualidade. 🌟

Organização da Cochrane em Portugal

A Portuguese Branch of the Iberoamerican Cochrane Center é constituída por três unidades estruturais:

- **Movement Disorders Review Group**, sediado no Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, editorialmente coordenado pelo Prof. João Costa.
- **Portuguese Collaborating Center of the Iberoamerican Cochrane Network**, localizado no Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e dirigido pelo Prof. António Vaz Carneiro.
- **Porto Unit of the Portuguese Branch of the Iberoamerican Cochrane Center**, com sede no CINTESIS, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e dirigido pelo Prof. Altamiro da Costa Pereira.



Biomarcadores no diagnóstico precoce da doença de Alzheimer



Prof. Alexandre de Mendonça



Prof.ª Manuela Guerreiro



Dr.ª Ana Paula Moreira



Dr. G. Miltenberger-Miltenyi

DR

As ferramentas diagnósticas que permitem identificar indícios da doença de Alzheimer nas regiões cerebrais afetadas, possibilitando a sua deteção precoce, estarão em evidência na mesa-redonda que decorre amanhã, entre as 11h00 e as 12h30.

Ana Rita Lúcio

Na ausência de uma causa óbvia para a demência, patente em exames complementares de diagnóstico, como a tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica, até há bem pouco tempo, o diagnóstico da doença de Alzheimer era estabelecido com base numa história clínica compatível. Nos últimos anos, porém, a identificação de indícios desta patologia nas regiões cerebrais afetadas abriu caminho para um diagnóstico com maior grau de acuidade e em fases precoces.

Uma evolução assinalável associada aos biomarcadores que integram os novos critérios de deteção e avaliação desta patologia e que darão o mote à mesa-redonda «Doença de Alzheimer prodrómica», agendada para amanhã. Biomarcadores, estes, que «tornam ainda possível o início da terapêutica farmacológica sintomática e da reabilitação cognitiva, o planeamento de decisões para o futuro e a oportunidade de participar em ensaios clínicos com fármacos destinados a controlar a progressão da doença», sintetiza o Prof. Alexandre de Mendonça, investigador no Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (IMM/FMUL), a quem caberá moderar a sessão.

Numa primeira abordagem dedicada à avaliação neuropsicológica, a Prof.ª Manuela Guerreiro, investigadora no IMM/FMUL, elenará «os marcadores cognitivos que podem conduzir à deteção precoce da doença». Em causa estão «medidas quantitativas de desempenho cognitivo, como a avaliação da memória, do raciocínio e da linguagem, bem como outras capacidades cognitivas», esclarece esta oradora.

Para Manuela Guerreiro, a principal mais-valia da avaliação neuropsicológica reside no facto de esta ser «a única medida» que pode precisar o défice cognitivo/comportamental e funcional do doente. «Enquanto os outros biomarcadores caracterizam alterações a nível cerebral ou bioquímico, a avaliação neuropsicológica permite quantificar o défice cognitivo e da funcionalidade quotidiana do doente. Ainda assim, é a combinação de todos estes biomarcadores que permite a deteção precoce da doença de Alzheimer.»

Técnicas de deteção precoce

No programa da mesa-redonda, seguir-se-á a intervenção do Dr. Jorge Cannas, neurorradiologista no Centro de Ressonância Magnética de Caselas, em Lisboa, sobre a atrofia do hipocampo, que pode ser avaliada por técnicas volumétricas de ressonância nuclear magnética. O intuito será «fazer o ponto de situação atual e indicar as tendências que se perfilam para o futuro no contributo da imagiologia por ressonância magnética para o diagnóstico da doença de Alzheimer», clarifica.

De seguida, a Dr.ª Ana Paula Moreira, especialista em Medicina Nuclear no Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, versará sobre a deposição cerebral do peptídeo beta-amiloide, estudada através da tomografia por emissão de positrões (PET, na sigla em inglês). Num primeiro momento, será a técnica PET que utiliza o radiotraçador composto B de Pittsburgh (PiB), marcado com carbono-11 (C11), a merecer atenção.

«A PET com PiB-C11 tem uma elevada afinidade para a beta-amiloide, permitindo detetar a deposição deste peptídeo no cérebro, um dos aspetos patológicos centrais na patogénese da doença de Alzheimer», adianta a especialista. Esta técnica imagiológica contribui para o diagnóstico precoce da doença, «nomeadamente ainda em estádios de evolução pré-demenciais, o que pode ser útil, por exemplo, na melhor caracterização de indivíduos com défice cognitivo ligeiro, diferenciando os casos em que haja deposição de beta-amiloide associada», explicita.

Esta oradora falará ainda sobre a técnica PET que utiliza o radiotraçador fluorodesoxiglucose, marcado com flúor-18, «um biomarcador de degenerescência neuronal que avalia o metabolismo glicolítico cerebral». Por seu turno, a Dr.ª Inês Baldeiras, investigadora no Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra, discutirá sobre os biomarcadores presentes no líquido cefalorraquidiano.

Já o Dr. Gabriel Miltenberger-Miltenyi, especialista em Genética Médica no IMM/FMUL, irá debruçar-se sobre a deteção de mutações «nos genes que causam doença autossómica dominante, podendo contribuir para o estabelecimento do diagnóstico». No centro do debate estarão «as mutações ocorridas nos três genes responsáveis por desencadear a doença de Alzheimer de início precoce: proteína precursora amiloide [APP, na sigla em inglês] e proteínas presenilina 1 [PSEN1] e presenilina 2 [PSEN2]», indica. Serão ainda abordados os «três genes responsáveis pela degeneração lombar frontotemporal: proteína tau, progranulina e gene C9orf72».

OPINIÃO | Dr. Vítor Tedim Cruz

Neurologista no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira | Preletor da conferência «Novos instrumentos de intervenção cognitiva e motora: que papel na Neurologia do futuro?», que decorre amanhã, entre as 17h00 e as 18h00

Novas formas de intervenção cognitiva e motora

As doenças do sistema nervoso estão associadas a défices cognitivos e motores, que as colocam na lista de doenças com as mais elevadas taxas de incapacidade. A recuperação destes défices é, habitualmente, difícil e depende da plasticidade cerebral, mas também de programas de neuroreabilitação, geralmente longos e dispendiosos.

Desde 2005, temos vindo a explorar duas linhas de investigação que visam encontrar soluções sustentáveis para a melhoria do tratamento e a monitorização dos défices cognitivos e motores. Ambos os projetos combinaram tecnologias de baixo custo com processos clínicos comuns. Os objetivos fundamentais foram: desenvolver instrumentos de trabalho e investigação que permitam implementar intervenções mais intensivas e supervisionadas, melhorar o processo de decisão clínica e eliminar barreiras no acesso aos cuidados de saúde.

No primeiro projeto, foi desenvolvida uma plataforma *online* para treino cognitivo (COGWEB), adequada para uso intensivo e num largo espectro de idades e doenças que envolvem as funções cognitivas. As taxas de adesão aos planos de treino cognitivo *online* foram de 82,8%, aos seis meses. O segundo projeto validou um dispositivo de reabilitação inteligente para doentes com acidente vascular cerebral (AVC), que emite estímulos proprioceptivos no lado hemiparético, enquanto caracteriza o movimento tridimensional em ambulatório (SWORD). Num ensaio clínico randomizado (controlado por placebo), o número de movimentos corretos numa tarefa de reabilitação motora, na fase subaguda após AVC, aumentou em média 7,2 por minuto.



A neuroreabilitação e a neuroplasticidade têm vindo a incorporar múltiplos domínios das Neurociências. Mas a sua utilidade dependerá sempre do desenvolvimento de tecnologias mais eficazes e orientadas por necessidades identificadas na prática clínica diária. Só deste modo poderão chegar a um número suficiente de doentes e com a qualidade necessária. Por outro lado, as tendências epidemiológicas e a evolução previsível dos cuidados de saúde farão com que o neurologista continue a ter de lidar com o diagnóstico e o tratamento de muitas doenças crónicas, que comportam défices comportamentais, cognitivos ou motores.

Numa sociedade onde a tecnologia se dissemina e os cidadãos se tornam mais participativos e ávidos de informação, o manejo das doenças crónicas será um processo cada vez mais sustentado em soluções tecnológicas. Neste contexto, salientam-se a *e-health* e as redes de partilha de informação entre profissionais e doentes. O neurologista do futuro exercerá a sua atividade bem no seio deste novo «ecossistema».

Novidades na genética da doença de Alzheimer

Os aspetos genéticos da doença de Alzheimer (DA) vão ser o enfoque da conferência da Prof.^a Agneta Nordberg, docente de Neurociência Clínica no Instituto Karolinska, em Estocolmo (Suécia), que decorre amanhã, entre as 10h00 e as 10h30. A DA é uma das áreas a que esta investigadora sueca mais se tem dedicado, juntamente com a neuroquímica e a farmacologia aplicadas à neurotransmissão colinérgica e ao uso da imagiologia para explorar o metabolismo cerebral, os neurorreceptores e os processos moleculares. Com vasta experiência na avaliação das disfunções cognitivas e da demência ligeira, especialmente em jovens, Agneta Nordberg foi pioneira na utilização da imagem de beta-amiloide na DA. Membro do Comité Nobel, esta investigadora já publicou cerca de 380 trabalhos científicos.



Prémios SPN

À semelhança do ano passado, os autores dos melhores trabalhos apresentados sob a forma de póster neste Congresso e no Fórum de Neurologia 2014, que decorreu em maio, vão ser distinguidos pela Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN) com o Prémio António Flores. As distinções, no valor de 1 500 euros para cada trabalho, visam reconhecer a qualidade científica e a originalidade dos temas abordados e serão entregues amanhã, na cerimónia de encerramento, com início às 19h00. Nesta sessão, vai também ser apresentado o Prémio Orlando Leitão, no valor de 5 000 euros, que será atribuído no Congresso de Neurologia 2015 ao melhor trabalho apresentado na forma de comunicação oral. De referir que tanto o Prémio António Flores como o Prémio Orlando Leitão são patrocinados pela Biogen Idec.

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)
Coordenação: Luis Garcia
Redação: Ana Rita Lúcio, Inês Melo, Marisa Teixeira e Sofia Cardoso • **Fotografia:** Rui Jorge
Design/paginação: Inês Arnedo e Susana Vale

Patrocinadores:





[The content of this section is heavily blurred and illegible. It appears to be a large block of text or a document page that has been obscured by a grey overlay.]

