



Síndrome do intestino curto

É URGENTE
CONHECER
A REALIDADE
NACIONAL

É URGENTE PROMOVER A ATENÇÃO DAS AUTORIDADES SANITÁRIAS PARA O RECONHECIMENTO DA SÍNDROME DO INTESTINO CURTO COMO UMA DOENÇA RARA. É URGENTE DAR A ATENÇÃO QUE ESTES DOENTES MERECEM NA DISPONIBILIZAÇÃO DE TERAPÊUTICAS DISPENDIOSAS, MAS ÚNICAS NA GESTÃO DESTE QUADRO CLÍNICO COMPLEXO.





[DOENÇAS RARAS SAÚDE]

A síndrome do intestino curto (SIC) é uma doença complexa que ocorre devido à perda física ou perda de função de uma parte do intestino. Pode resultar de casos provenientes de ressecção cirúrgica de um segmento do intestino delgado ou de qualquer doença, lesão ou condição que dificulte ou impeça o funcionamento adequado do intestino delgado, com ou sem alteração do comprimento do mesmo.

Esta doença pode ser classificada como uma causa ou subcategoria de insuficiência intestinal. Pertence ao grupo das doenças crónicas, sem cura, conduzindo a complicações graves, incapacitantes e potencialmente fatais. Quando orientado por equipa experiente, este distúrbio pode ser tratado de forma eficaz.

INCIDÊNCIA E MODO DE APRESENTAÇÃO

Integrada, a nível Internacional, no capítulo de Doenças Raras, será justo incluir em Portugal, o quanto antes, a SIC nesta classificação, pois preenche as definições registadas na <https://fedra.pt/doencas-raras/>: "Doença para a qual não existe uma cura efetiva, mas os sintomas podem ser tratados para melhorar a qualidade e a esperança de vida" (adaptado do site).

A exata incidência e prevalência da SIC na população portuguesa é desconhecida. A nível europeu, tem uma incidência de 0,4% por 100.000 habitantes, o que se enquadra na definição europeia de Doença Rara (prevalência não superior a 5 por 10.000 pessoas).

Caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que culminam em insuficiência intestinal, altamente debilitante e com um elevado risco de complicações, pela desnutrição grave e múltiplos desequilíbrios metabólicos, obriga a uma orientação por equipa multidisciplinar que inclua médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos e assistentes sociais.

A SIC pode ser classificada em tipo I, II ou III, consoante o espaço de tempo em que se verifique necessidade de suplementar para manter a homeostasia (balanço entre a capacidade de absorção e a assimilação). Sob o ponto de vista metabólico, o tipo I é o de pior prognóstico, com maior necessidade de suporte nutricional artificial de modo definitivo.

OBJETIVOS DO TRATAMENTO

O principal objetivo do tratamento é maximizar a capacidade absorptiva do intestino, minimizar os sintomas e reduzir ou evitar a necessidade, sempre constante, de suplementos nutricionais para compensar as carências metabólicas, em busca da melhor qualidade de vida possível.

Na verdade, identificamos dois tipos de objetivos no tratamento da SIC: primeiro, o suporte nutricional personalizado; segundo, o alívio dos sintomas e prevenção de complicações, que se relacionam com o tipo de suporte nutricional e vias de administração das misturas nutritivas. Apesar de, na grande maioria das situações, se verificar uma adaptação intestinal, esta é lenta (mais de 2 anos) e nem sempre eficaz. O que impõe uma necessidade de suporte nutricional diferenciado, com dietas personalizadas – de sublinhar que não existe dieta oral específica para indivíduos com síndrome do intestino curto.

No tratamento destes doentes, baseamos a nossa orientação pelas normas publicadas pela ESPEN (European Society of Parenteral Enteral Nutrition).

O suporte nutricional artificial é fornecido preferencialmente por duas vias: a via entérica, quando se aproveita a via fisiológica do tubo digestivo; e a via parenteral (nutrição fora do sistema digestivo), através do sistema venoso. Para alguns doentes, a Nutrição Artificial Total (NAT) pode ser um requisito vitalício, ainda que se verifique o risco constante de complicações relacionadas com as misturas escolhidas, com a via de administração e com a origem no catéter venoso central.

Cada doente com SIC a efetuar suporte parenteral tem, em média, 40 a 60 dias por ano de internamento por complicações infecciosas. As mais temidas, e que acarretam pior qualidade de vida, são a diarreia crónica e a sépsis do catéter, que põe em risco a continuidade do tratamento e, conseqüentemente, a vida do doente.

O tratamento médico, para além dos cuidados de suporte nutricional, assenta no controlo de sintomas com fármacos, tais como: antidiarreicos (loperamida; codeína), medicamentos para controlar a secreção gástrica (ranitidina) e intestinal (somatostatina) e hormonas de crescimento.

FÁRMACO DE ELEIÇÃO

Com a finalidade de promover a absorção e diminuir a permeabilidade, através do crescimento das mucosas, com diminuição da secreção gástrica e aumento da circulação mesentérica, foi desenvolvido um análogo do GLP-2 (Teduglutide).

Nos estudos efetuados, foi evidente a aplicabilidade terapêutica do Teduglutide, que permitiu melhorar a hidratação pela retenção de fluidos, pelo aumento do débito urinário, pela suspensão de um ou mais dias em suporte artificial (40%), bem como pela redução do volume (mais de 20%), e redução da necessidade de ingestão oral compensatória (hiperfagia).

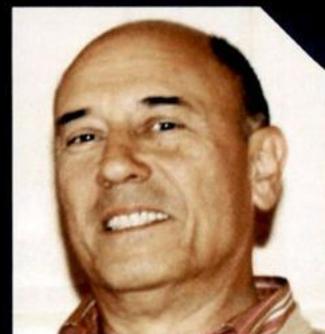
O Teduglutide é, atualmente, o fármaco de eleição no tratamento médico da SIC, após equilíbrio do doente pelo suporte clássico. Este medicamento pretende minimizar os efeitos negativos na qualidade de vida destes doentes, reféns de perfusões de, no mínimo, 12 horas, habitualmente em horário noturno, com todas as implicações inerentes (sono irregular, idas frequentes à casa de banho, etc.).

EM CONCLUSÃO

A repercussão emocional para estes doentes é acentuada com transtornos comportamentais graves, com recusa à socialização. O investimento na relação médico-doente tem aqui maior expressão, obrigatoriamente pela manutenção da disponibilidade para ouvir e orientar. O contrário pode implicar a tentativa de atentar contra a vida. Programas de autorrecreio e manutenção de atividade física são fundamentais para a elevação do estado anímico.

É urgente conhecer a realidade nacional, desconhecida. É urgente promover a atenção das autoridades sanitárias para o reconhecimento da SIC como uma Doença Rara. É urgente dar a atenção que estes doentes merecem na disponibilização de terapêuticas dispendiosas, mas únicas na gestão deste quadro clínico complexo e devastador, quando não orientado e tratado atempadamente.

A atual alternativa farmacológica, de utilidade clínica já confirmada nesta doença órfã, impõe a aprovação no nosso País do referido fármaco pelas autoridades sanitárias, para que a morbidade do suporte artificial e complicações subsequentes sejam minimizadas, melhorando de modo significativo a qualidade de vida destes doentes.



PELO
DR. ANTÓNIO OLIVEIRA

Cirurgião Geral no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade de Vila Real