

EDITORIAL

A epopeia científica da Pneumologia portuguesa.

Nos últimos anos os pneumologistas portugueses, no geral, e a sua sociedade científica, em particular, têm vindo a desenvolver uma sucessão de trabalhos científicos e consequentes apresentações dentro e, sobretudo, “fora de portas”, capazes de provocar admiração e, até surpresa, ao mais informado cidadão de Portugal.

De facto, só uma mente distraída poderá ficar indiferente à crescente produção científica da Pneumologia na última década e ao claro aumento da sua visibilidade junto dos nossos pares europeus. No último congresso ERS, que decorreu em Viena no início deste mês, os pneumologistas portugueses tiveram a seu cargo 50 apresentações livres, de um total de 4 133.

Se atentarmos nos números da produção científica em Portugal por 100 000 habitantes desde 1990, veremos um crescimento retumbante, com uma expressão digna de nota nas ciências médicas.

Partindo da parte para o todo, da pneumologia para a produção científica médica global, sentimos a expansão digna de nota desde 1990 que a parte acompanha e, com as mesmas propriedades e grandeza que o todo.

+/- Anos	Produção científica por 100 mil habitantes
+/- 1981	31
+/- 1990	100
2000	31
2001	100
2002	31
2003	100
2004	31
2005	100
2006	31
2007	100
2008	31
2009	100
2010	31

FONTES/ENTIDADES:
GPEARI/MCTES, PORDATA
Última atualização: 2012-07-16



PROF.ª MARTA DRUMMOND,
PNEUMOLOGISTA
NO HOSPITAL DE SÃO JOÃO

ESPECIAL ERS - PORTUGAL NA
EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY

NASCEU UM NOVO SERVIÇO
DE PNEUMOLOGIA EM PORTUGAL

CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA TRÓIA
DESIGN HOTEL, PENÍNSULA DE TRÓIA
09 A 11 DE NOVEMBRO

A participação portuguesa no Congresso Anual da ERS, que decorreu em Viena, de 1 a 5 de setembro, permitiu levar a cabo uma dupla reflexão: por um lado a positiva e atual dinâmica da pneumologia nacional, por outro a multidisciplinariedade inerente à nossa área do conhecimento. Durante 5 dias Portugal fez-se notar.

SAIBA MAIS NA PÁGINA 02.

O Hospital Beatriz Ângelo (HBA) é um novo hospital público, integrado no Serviço Nacional de Saúde que serve uma população de cerca de 278.000 habitantes residentes nos concelhos de Loures, Mafra, Odivelas e Sobral de Monte Agraço.

FIQUE POR DENTRO DESTE ASSUNTO NA
PÁGINA 06.

A Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) realiza nos próximos dias 9, 10 e 11 de novembro em Tróia, o seu XXVIII Congresso de Pneumologia que reúne anualmente centenas de especialistas ligados aos mais variados problemas respiratórios.

INFORME-SE NA PÁGINA 09.

EDITORIAL

+/- Anos	Áreas científicas					
	Total	Ciências Exatas e Naturais	Ciências Médicas	Ciências de Engenharia e Tecnologia	Ciências Agrárias	Ciências Sociais e Humanidades
+/- 1981	116	41	13	28	6	28
+/- 1990	337	84	48	73	32	100
2000	860	270	96	152	32	
2001	908	253	97	174	46	338
2002	985	284	103	216	55	327
2003	1.028	299	93	228	36	372
2004	1.086	294	96	253	46	397
2005	1.198	336	123	273	35	431
2006	1.305	402	133	235	41	494
2007	1.476	409	154	287	32	594
2008	1.522	386	178	330	41	587
2009	1.595	411	188	311	43	642
2010	1.666	375	233	338	48	672

FONTES/ENTIDADES:
GPEARI/MCTES , PORDATA
 Última atualização: 2012-07-16

A meu ver, dois fatores fundamentais concorrem para este sucesso da Medicina e da investigação, que lhe está associada, no nosso país: a qualidade das Faculdades de Medicina em Portugal e a inteligência dos seus alunos, por um lado e o resiliente e abnegado trabalho de investigação científica desenvolvido pelos médicos, por outro. É este trabalho, amplamente desvalorizado pela sociedade civil, que permite a evolução do diagnóstico, da abordagem e da terapêutica das doenças no mundo desenvolvido. Graças a gerações de médicos que, não obstante a ausência de condições para a investigação na Medicina em Portugal, desinteressadamente sacrificaram e sacrificam horas de legítimo lazer e de desejável convívio familiar e social, sem recompensas monetárias ou laborais, em nome do avanço da ciência. Não será, já, sina portuguesa fazer epopeias com poucos recursos e contra “velhos do Restelo” de ontem e também de hoje, sempre incitando à desistência e à fuga?

Os prognósticos não poderão ser favoráveis, se não diagnosticarmos corretamente e instituímos de forma célere e acertada a terapêutica aos problemas de várias áreas, que também se queriam de excelência, em Portugal. Desafortunadamente, em quase todas elas o nosso país não se encontra, ao arrepio da Medicina, num tão airoso posicionamento entre os demais parceiros da Europa.

Para que o futuro nos surja risonho na Medicina e na Pneumologia, em particular, e para que as gloriosas ações científicas até agora intentadas, floresçam e frutifiquem, provocando esgares de espanto e risos de maravilha, urge manter um Ensino Médico Universitário de excelência, independente, imparcial, inconformado, impiedoso com a ignorância e o situacionismo, imaculado na ética e deontologia e, sobretudo, que não se adentre no fatalismo de sermos tristes, pobres e passivos para o qual tantos parecem apostados em empurrar jovens, adultos e velhos.

IN MEMORIAM

Araújo Monteiro [1944-2012].

João Manuel Araújo Monteiro da Silva nasceu em 03/08/1944 e foi um médico reputado e um pneumologista de exceção.

Durante a faculdade, aluno exemplar, recebeu prémios por obter a melhor classificação em várias disciplinas. Cumpru serviço militar em Luanda de setembro de 1970 a abril de 1973 e foi assistente da Universidade

de Luanda, entre 1970 e 1975, nas cadeiras de Terapêutica Médica, Patologia Médica e Clínica Médica. Obteve o grau de especialista em Medicina Interna em 1974 com a máxima classificação de Muito Bom. Fez internato médico da especialidade de Pneumotisiologia no serviço de Pneumologia e Cirurgia Torácica do Hospital de São João entre fevereiro de 1975



ARAÚJO MONTEIRO [1944-2012]

e junho de 1978, altura em que obteve o grau de especialista de Pneumotisiologia com classificação de Muito Bom com Distinção e Louvor.

Foi colocado, após concurso público nacional, como especialista em Pneumologia no Serviço de Pneumologia do Hospital de São João em abril de 1979, onde trabalharia até 2005, altura em que se afastou por motivos de reforma. Nesse serviço ocupou vários cargos de chefia, tendo sido responsável pela organização e funcionamento do departamento de ventiloterapia, consulta externa, alergologia respiratória e internamento.

Obteve o grau de Chefe de Clínica em 1981.

Perdemos um homem que amava a vida, a família, que honrou a sua profissão e deixou saudade em quantos com ele privaram.

Velejava mar adentro, pleno de sonhos e entusiasmo, os mesmos que transportava consigo e punha em cada momento de contacto com os outros, tornando-os belos.

ESPECIAL ERS - PORTUGAL NA EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY

Retrospectivas.

Por. Dr. J.R. Ferreira

Neste Congresso tão abrangente, incluindo sessões desde a patologia respiratória do adulto, sono, oncologia respiratória, pneumologia pediátrica, fisiologia ou investigação básica, um dos temas abordados foi o da segurança para o ambiente, envolvendo os nanomateriais e o modo como esta pode comprometer os pulmões dos que com eles trabalham.

As sessões práticas, visando melhorar conhecimentos e técnicas, distribuíram-se em 43 sessões sobre os mais variados tópicos (Seminários matinais, sessões "Meet the Professor", cursos pós-graduados, *workshops* e um Curso prático sobre DPOC). Uma enorme presença foi a do estudo da circulação pulmonar e o modo de lidar com a hipertensão arterial pulmonar, quer no que respeita ao diagnóstico, quer em relação a novos agentes terapêuticos. Os prestigiados *New England Journal of Medicine* e *the Lancet* estiveram presentes outra vez neste congresso anual, para discutir avanços muito recentes em doenças do interstício pulmonar, asma e DPOC. A sessão da *Lancet* dirigiu-se às doenças intersticiais, com apresentações sobre conhecimentos novos em mecanismos básicos e no prognóstico. No simpósio do *New England Journal*, foram apresentadas novidades no tratamento da asma e no modo de prever exacerbações da DPOC.

Um simpósio sobre reclassificação de doenças do interstício pulmonar versou um dos mais difíceis desafios dos pneumologistas. A classificação das pneumonias intersticiais idiopáticas (IIPs) deve ser alterada, mais tarde no corrente ano, e este simpósio ocupou-se de fornecer argumentos para esta alteração, explicando como abordar casos que seria difícil de classificar, de acordo com anteriores *guidelines*.

A oncologia respiratória também ocupou uma parte considerável das sessões: temas tão abrangentes como o *update* sobre diagnóstico e tratamento do mesotelioma, as evoluções recentes no rastreio e

diagnóstico precoce do cancro do pulmão, como diagnosticar e tratar os NSCLC com novos fármacos, desafios atuais no tratamento multimodal do cancro do pulmão, a biologia do cancro do pulmão, os cuidados de suporte e paliativos, abordagem do doente com doença torácica maligna, os derrames pleurais malignos, as questões de ética e a inclusão no Ano Clínico em Revista, os novos biomarcadores as controvérsias "Pro/con" acerca do tratamento de manutenção do NSCLC e os progressos no diagnóstico endoscópico e os tumores do timo. De uma forma multidisciplinar, muitas foram as sessões realizadas no âmbito deste Congresso.

A Medicina da evidência esteve também presente em Viena. A sessão Cochrane de revisão visou um bom entendimento da mais recente evidência em quatro setores chave, a farmacoterapia e biomarcadores da asma, terapêutica e mecanismos de decisão na DPOC e a prevenção e tratamento da gripe.

Na área da Pneumologia pediátrica a incidência maior deste Congresso foi na asma e em doenças pediátricas que, nos anos mais recentes, têm aparecido com crescente prevalência, como a fibrose quística. Houve sessões generalistas e interativas, bem como sessões de apresentações convencionais e de posters, também dedicados a novas terapêuticas na asma pediátrica.

As infeções respiratórias foram outro dos destaques no Congresso da ERS. Houve interessantes discussões quanto às pneumonias da comunidade, sua prevenção e sobre a farmacoterapia das infeções respiratórias. Também houve importantes sessões relativas aos cuidados intensivos no doente com infeção respiratória, sobre aspergilose e outras infeções fúngicas e também um amplo conjunto de sessões sobre tuberculose, de que se destacou uma sessão conjunta entre a ERS, a OMS e a ECDC: "Para a eliminação da tuberculose".



DR. J. REIS FERREIRA
E MADALENA IMAGINÁRIO

Fotografia: Dr. Antonio
Paes Cardoso

ESPECIAL ERS - PORTUGAL NA EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY

À conversa com Dr. José Pedro Boléo-Tomé.

Como vê hoje a realização de grandes eventos como o Congresso da European Respiratory Society (ERS)?

O congresso da ERS é o grande fórum de toda a pneumologia europeia e cada vez mais tem importância como fórum mundial, com muitos delegados vindos de fora da Europa. Tive a sorte de poder estar presente este ano e é de facto entusiasmante participar num evento destas dimensões, com uma excelente logística e organização, numa cidade lindíssima e com grande qualidade de vida, e ter a oportunidade de ver e ouvir de perto os grandes nomes da medicina respiratória mundial e poder assistir em primeira mão ao lançamento de novas ideias ou até ao derrubar de velhos paradigmas.

Como em todos os grandes eventos científicos, o difícil é a escolha e é impossível assistir a todos os temas que nos interessam. As novas tecnologias também aqui têm ajudado – a utilização das aplicações para telemóvel ou iPad da ERS permite fazer o nosso roteiro pessoal do congresso – e sobreviver à miríade de sessões!

Foi também com satisfação que constatei que o número de participações portuguesas, quer com comunicações orais e posters, quer como moderadores de sessões, tem vindo a aumentar e a mostrar que começamos a ter expressão (ainda timidamente...) na Pneumologia europeia e mundial.

O que o levou este ano a participar neste fórum Internacional?

A minha ida à ERS teve este ano um objetivo acrescido que foi a realização do exame HERMES para obtenção do diploma europeu em medicina respiratória de adultos. O projeto HERMES (Harmonized Education in Respiratory Medicine for European Specialists) foi lançado em 2008 e inclui, entre outras atividades, um exame realizado anualmente no congresso da ERS baseado num *syllabus* europeu, uma listagem de conhecimentos e competências fundamentais para o exercício da especialidade.

Além do Diploma europeu, apenas para especialistas, que teve este ano um número recorde de participantes (incluindo 15 portugueses), pode ser feito o exame como avaliação "in-training" – para internos da especialidade, que não confere o diploma mas permite aferir os conhecimentos antes do término do internato – e o exame "self-assessment" – para todos aqueles que querem atualizar os seus conhecimentos. Devo dizer que o exame não é fácil e exige uma preparação que não deve ser tomada com ligeireza, mas está extremamente bem desenhado, muito clínico e centrado no doente. A ERS é muito profissional e



atenciosa em todo o processo de preparação, e organizou este ano uma Summer School, bastante intensiva mas em ambiente relaxado, que ajuda bastante a perceber a forma e o conteúdo do exame.

Neste âmbito a SPP tem trabalhado para divulgar e levar mais candidatos portugueses ao HERMES, tendo novamente apoiado financeiramente a inscrição de um pequeno grupo. A ideia que surgiu de realizar cá em Portugal um exame "self-assessment" também me pareceu muito interessante – dou o exemplo da Holanda, em que o HERMES é recomendado como avaliação para todos os internos do final da especialidade, com apoio financeiro do estado.

A SPP marcou presença na ERS. Que importância atribui a este tipo de relações institucionais?

Vejo com entusiasmo a aproximação e colaboração conjunta da SPP com outras instituições de renome, como é o caso da ERS. Parece-me um ganho duplo – por um lado permite melhorar a formação dos pneumologistas portugueses, o desenvolvimento científico e a troca de ideias com os grandes centros europeus, e por outro ajuda a mostrar-nos e a projetar-nos no exterior. A medicina hoje é global, os centros de excelência multiplicam-se e não apenas nos países tradicionalmente produtores de ciência, e a circulação de ideias é hoje maior que nunca. O tempo da "ciência importada" e pronta a consumir acabou – agora

**DR. JOSÉ PEDRO BOLÉO-TOMÉ
COM DR.ª SUSANA SOUSA
E DR.ª VERA MARTINS
NA LUNG RUN**
(da esquerda para a direita)

ESPECIAL ERS - PORTUGAL NA EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY

temos de nos ver como parte dessa comunidade científica global que cresce sem parar, e não podemos perder a corrida. Penso que podemos ir mais longe e isso é sobretudo importante na formação – levar mais gente a aprender nos grandes centros, apoiar mais cursos, estágios, projetos – mas porque não produzir também formação, e não apenas para consumo interno? A Pneumologia portuguesa é suficientemente especializada, temos centros de excelência e jovens especialistas entusiastas. A SPP pode desempenhar um papel fundamental nessa área. Repare que, por exemplo, o maior grupo de participantes no HERMES este ano foi o indiano; em muitos países emergentes, há certamente muita gente a querer fazer formação, e nós podemos ter condições para a oferecer. Em época de crise, a opção para muitos poderá ser a emigração – mas nós podíamos também investir na exportação de formação...

Para finalizar e tendo em conta a realidade nacional das políticas de combate às doenças respiratórias, o que falta fazer em Portugal?

Nesse ponto vejo ainda pouca visibilidade da Pneumologia em geral no nosso país – as doenças pulmonares são claramente menos “fashion”. Penso que as sociedades científicas têm de ganhar protagonismo na opinião pública – não pode ser o “Correio da Manhã” a informar as pessoas sobre os grandes temas da saúde respiratória. O *flashmob* sobre a DPOC na Gare do Oriente teve impacto, é uma ideia, as redes sociais estão ainda pouco exploradas... Também junto das autoridades esse papel é importante – a ERS tem tido peso junto das instituições europeias nas políticas de controlo do tabaco, por exemplo. A SPP pode ter um papel mais presente – por exemplo, na produção de uma nova lei do tabaco em Portugal.

Prata da Casa na “Lung Run”.

Por Dr. José Pedro Boléo-Tomé

Este ano, no âmbito das atividades do World Spirometry Day realizou-se uma corrida no famoso parque Prater, em Viena, com uma distância de 5 km. A SPP reuniu um grupo de cinco que se atreveram àquela hora matutina de ir mostrar os pulmões portugueses! Estavam inscritos várias centenas de congressistas de todas as nacionalidades, o que tornou o evento bastante interessante, competindo ainda um campeão de remo olímpico e asmático, Olaf Tufte que deu a cara pela campanha do WSD. Estes eventos são uma excelente forma de divulgar a saúde respiratória e a importância do exercício, que ganham visibilidade junto do público. Penso que um evento deste tipo em Portugal seria uma excelente oportunidade de chamar estes temas para a discussão pública. O sedentarismo é a doença



do século XXI, saem estudos que apontam para a imobilidade como sendo ainda mais perigosa que o tabaco, persiste a ideia que um doente respiratório é um doente condenado à limitação no exercício...



Concorrentes de Referência:
PROF. CARLOS ROBALO CORDEIRO; PROF. JOAN SORIANO E PROF. JOÑCARLOS WINCK
 (da esquerda para a direita)

Bronquiectasias na ERS.

A convite da Bayer e no âmbito da ERS foram cerca de 56 os inscritos que no passado dia 4 de setembro tiveram a oportunidade de, em pequenos grupos, debater o que melhor se faz na área do estudo e tratamento das bronquiectasias. Em grupos de cerca de 10 pessoas, distribuídos em mesas redondas promoveu-se a troca de ideias e experiências

que deram a conhecer as soluções que cada grupo apontou para as questões que eram colocadas. Este foi um dos muitos eventos que contou com a participação de Portugal representada pela Dr.ª Cecília Nunes, Coordenadora do Núcleo de Estudo de Bronquiectasias.



ESPECIAL ERS - PORTUGAL NA EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY

Números e factos.

A participação portuguesa no Congresso Anual da ERS, que decorreu em Viena, de 1 a 5 de setembro, permitiu levar a cabo uma dupla reflexão: por um lado a positiva e atual dinâmica da pneumologia nacional, por outro a multidisciplinariedade inerente à nossa área do conhecimento. Durante 5 dias Portugal fez-se notar:

- 244 delegados, num total de 18.240 participantes;
- Mais de 76 apresentações livres, num total de 4.133 apresentações;
- 8 moderações: Carlos Robalo Cordeiro (1 curso Pós-Graduado, 1 Simpósio, 1 sessão de comunicações orais), Tiago Alfaro (sessão de posters temáticos), Maria Sucena (sessão de posters temáticos), António Bugalho (sessão de posters temáticos), Sofia Ravara (sessão de posters temáticos), Raquel Duarte (sessão de posters temáticos);
- 3º País em participação no Exame Europeu (HERMES), com 15 participações (2º país europeu, logo depois da Suíça, com 16 elementos), tendo a Índia registado, como é habitual, o maior número de inscritos;
- Prémio Romain Pawels atribuído a Carlos Miguel Farinha, Professor de Bioquímica da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa;
- “Travel Grant for Best Poster” atribuído a Joana Cruz;
- “Lung Run”, corrida de 5 km, com 5 participações: 17º lugar (José Pedro Boléo-Tomé, 20.00’), 85º lugar (João Carlos Winck, 23.35’), 107º lugar (Carlos Robalo Cordeiro, 24.14’), 322º lugar (Vera Martins, 44.26’), 323º lugar (Susana Sousa, 45.37’);
- Apresentação formal, pelo Presidente da SPP, ao Steering Committee da ERS, da candidatura de Lisboa à organização do Congresso Anual;
- Participação do Presidente da SPP na FERS (Forum of European Respiratory Societies Meeting).
- Participação na reunião do Council (Carlos Robalo Cordeiro);
- Participação na Assembleia Geral da ERS (Carlos Robalo Cordeiro e Sofia Ravara);
- Participação em Group Business Meetings (António Bugalho, Group 1.04, Carlos Robalo Cordeiro, Group 1.05,...);
- Final do mandato do Delegado Nacional, João Cardoso, a quem se agradece a entusiástica atividade e início do mandato do novo Delegado, António Bugalho, a quem se deseja um trabalho profícuo;
- Participação Institucional da SPP na World Village por Madalena Imaginário.

NOTÍCIAS DA PNEUMOLOGIA

Comissão de Trabalho de Interstício em reunião

Realizou-se no dia 17 de março a reunião da comissão de Trabalho de Doenças do Interstício e Doenças Ocupacionais. Estiveram em discussão temas de grande importância na prática clínica. A primeira parte da reunião, moderada pela Dr.ª Cristina Cristóvão e Dr.ª Luísa Oliveira, foi dedicada à Fibrose pulmonar idiopática - novas terapêuticas (palestra apresentada pelo Dr. António Morais, coordenador nacional do estudo de uma nova molécula - estudo a decorrer) e a Referenciação de doentes para Transplante pulmonar (palestra apresentada pela Dr.ª Luísa Semedo, responsável do grupo de transplante do Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta). Contou ainda com a apresentação de casos clínicos do grupo

de transplante, apresentados pela Dr.ª Alexandra Borba. A segunda parte da reunião foi dedicada às doenças ocupacionais, moderada pela Dr.ª Dolores Moniz e Dr.ª Cristina Cristóvão, e contou com a palestra da Dr.ª Ema Leite, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. Após a excelência das apresentações houve espaço a discussão e troca de experiências. A reunião foi muito participada, contando com a presença de 30 colegas, que representaram doze hospitais e um CDP. Os trabalhos terminaram com a reunião da comissão, onde se focaram os planos de trabalho deste ano e uma vez mais se discutiu a importância do Registo de doenças difusas.



QUEM É QUEM

Nasceu um novo Serviço de Pneumologia em Portugal.

O Hospital Beatriz Ângelo (HBA) é um novo hospital público, integrado no Serviço Nacional de Saúde que serve uma população de cerca de 278.000 habitantes residentes nos concelhos de Loures, Mafra, Odivelas e Sobral de Monte Agraço. Pode ainda prestar assistência a doentes fora desta área populacional, até um limite de 10% do número total de doentes tratados.

Possui todas as especialidades (exceto Radioterapia, Hematologia, Neurocirurgia e Estomatologia) e serviços de apoio distribuídos por 6 Departamentos. Apesar de não ter a valência de Cirurgia Cardioratória, mas ponderado o peso da patologia pulmonar, possui um cirurgião torácico integrado no Departamento de Cirurgia e que trabalha em regime de consultoria.

O modelo de governação clínica é matricial, em que a Medicina Interna desempenha um papel integrador da prestação dos cuidados de saúde. A proximidade física dos doentes internados, obrigando à presença simultânea das várias especialidades em todas as enfermarias, propicia e agiliza o processo de abordagem multidisciplinar dos doentes.

Para além da atividade assistencial tem sido dado uma ênfase particular à atividade formativa. Desde de fevereiro e até maio de 2012, já haviam sido realizados 10 Cursos pós-graduados multidisciplinares abertos a profissionais de Saúde externos e outros parceiros da comunidade, envolvendo um total de mil participantes.

O HBA encontra-se em pleno processo de acreditação pela Joint Commission International (JCI). O objetivo desta acreditação é assegurar a conformidade do HBA com um conjunto de padrões nacionais e internacionais de qualidade e segurança que garantam a melhoria contínua da prestação de cuidados aos seus doentes.

O Serviço de Pneumologia deste hospital é o mais recentemente criado do país e encontra-se integrado no Departamento de Medicina Interna e, como tal, foi concebido tendo em conta não só o modelo de governação clínica do hospital mas também a prestação de cuidados de excelência.

Os principais objetivos tidos em conta na sua formação foram:

Assegurar cuidados de saúde nas diferentes áreas assistenciais de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do amplo espectro de doenças respiratórias, quer em regime de internamento quer em regime de ambulatório;

Aquisição de meios técnicos de diagnóstico e terapêutica, capazes de uma plena resposta perante situações clínicas consideradas da sua competência

e que ocorram na sua área de influência;

Contribuir para uma estreita colaboração multidisciplinar e institucional;

Participar na criação de protocolos que contemplem a uniformização e atualização de critérios de avaliação diagnóstica e atuação terapêutica.

Colaboração no ensino pré e pós-graduado e na investigação científica, bem como no desenvolvimento de projetos autónomos ou em articulação com outros serviços, visando uma otimização dos recursos.

Promover uma adequada articulação com os Cuidados de Saúde Primários que sejam reguladores da procura e da complementaridade, tendo em conta a elevada prevalência de patologias respiratórias da população afeta à área de influência do Hospital.

Manter relações privilegiadas com outros centros diferenciados e instituições, nacionais e internacionais. Neste sentido será estimulada a participação do corpo clínico nos centros de decisão de organismos representativos da Pneumologia e de outras áreas relevantes.

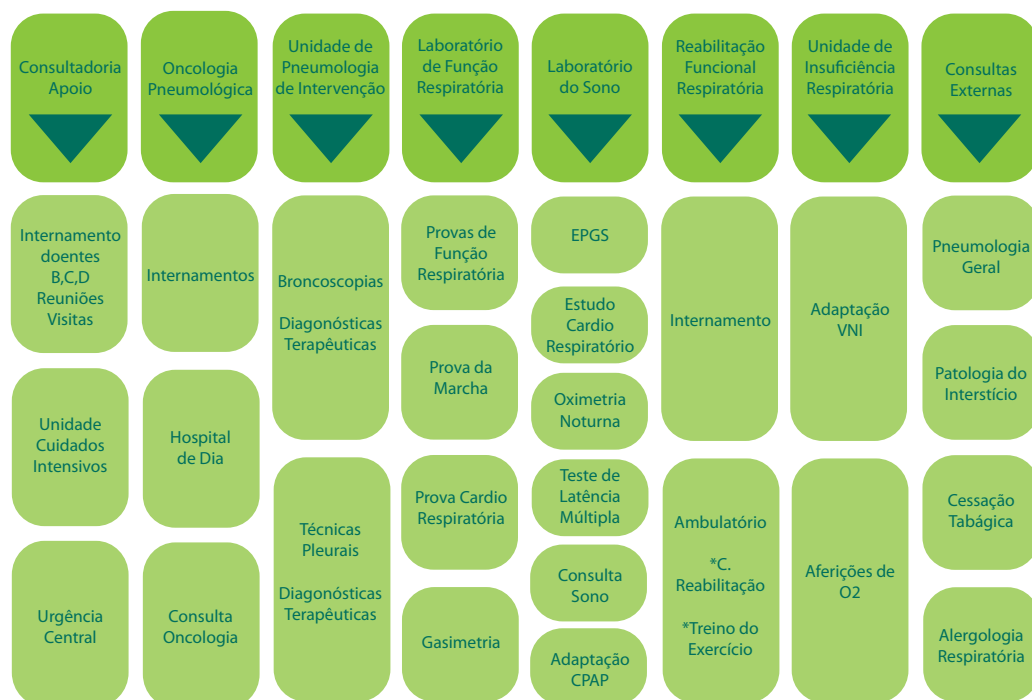
O facto de o HBA ser um hospital resultado de uma parceria público-privada, construído de raiz e com um modelo de governação clínica inovador, criou dificuldades mas também oportunidades na constituição do Serviço.

A ausência da necessidade de integrar ou substituir um serviço já existente permitiu criar uma equipa de raiz, tendo-nos sido facultada a possibilidade de contar com a maioria das infraestruturas ideais ao bom funcionamento do Serviço, apesar do contexto económico atual. Para responder a estes desafios, o serviço de Pneumologia do HBA conta com uma equipa médica formada por elementos que, para além de uma sólida formação em "Pneumologia Geral", possuem ainda diferenciação nas diferentes áreas assistenciais de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das doenças respiratórias, permitindo responder adequadamente às solicitações diárias de um hospital desta dimensão. Na constituição desta equipa foram igualmente valorizadas as qualidades humanas, a capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar e as atividades realizadas na área pedagógica e científica.

A atual equipa médica é constituída pela Dr.ª Sofia Tello Furtado (Diretora de Serviço) Dr. António Bugalho, Dr.ª Margarida Felizardo, Dr.ª Susana Simões, Dr.ª Margarida Aguiar, Dr.ª Filipa Todo Bom e Dr.ª Susana Clemente. Possui ainda uma equipa técnica de cardiopneumologia muito dinâmica, uma equipa de enfermagem vocacionada e, mais recentemente, dispõe ainda de fisioterapeutas com especial interesse na área respiratória.

QUEM É QUEM

O Serviço de Pneumologia assim formado, divide a sua atividade pelos seguintes setores:

**A) Internamento**

- Assegura diariamente o apoio assistencial/consultoria à equipa de Medicina/Cirurgia/ Unidade de Cuidados Intensivos referente a doentes internados com patologia pulmonar.
- Assume a responsabilidade do internamento de doentes com patologia pulmonar exclusiva ou predominante.
- Participação nas várias reuniões de serviço multidisciplinares.

B) Centro Multidisciplinar do Cancro do Pulmão

A abordagem do doente oncológico no HBA é feita de forma transversal, pressupondo complementaridade e multidisciplinaridade.

Neste hospital, a coordenação da Oncologia Pneumológica é da responsabilidade da Dr.ª Margarida Felizardo.

C) Consultas de ambulatório

As diferentes consultas do Serviço de Pneumologia funcionam em profunda articulação com as unidades/laboratórios que efetuam exames e/ou tratamentos em regime de ambulatório, nomeadamente o Laboratório de Fisiopatologia Respiratória, Laboratório do Sono, Unidade de Pneumologia de Intervenção e Unidade de Insuficiência Respiratória. Esta articulação visa a possibilidade de, no dia da consulta, o doente poder efetuar os exames complementares de diagnóstico e/ou tratamento, evitando uma nova deslocação ao hospital.

1) C. de Pneumologia Geral**2) C. de Doenças do Interstício Pulmonar**

A responsável pela organização e dinamização desta consulta é a Dr.ª Susana Clemente.

3) C. de Cessaçao Tabágica

O tratamento dos fumadores constitui uma das intervenções com melhor custo/eficácia em Medicina. A organização e dinamização equipa multidisciplinar que presta funções nesta área é da responsabilidade da Dr.ª Susana Simões.

4) C. de Alergologia Respiratória

No âmbito da articulação entre especialidades, a C. de Alergologia Respiratória é realizada pelo S. de Pneumologia, cuja responsável pela dinamização e organização é a Dr.ª Filipa Todo Bom, e pelo S. Imunoalergologia.

5) C. Apneia do Sono

Esta consulta, da responsabilidade da Dr.ª Margarida Aguiar, está integrada no Centro de Patologia do sono do HBA e articula-se com as consultas das outras especialidades que pertencem a este grupo de trabalho.

6) C. Reabilitação Respiratória

A Consulta de Reabilitação Respiratória está incluída no Programa de Reabilitação Respiratória do HBA, sendo a Dr.ª Susana Clemente responsável pela sua organização e dinamização, e decorre em articulação estreita com o S. de Medicina Física e Reabilitação.

D) Laboratório Função Respiratória

Na formação do laboratório do HBA houve particular ênfase na obtenção de uma equipa técnica diferenciada, espaço e equipamento adequados de forma a fornecer a resposta adequada às solicitações.

D) Centro de Patologia do Sono

O crescente reconhecimento do impacto que a patologia do sono tem sobre a qualidade de vida, a sua associação a um aumento significativo do risco de morbilidade e mortalidade assim como

QUEM É QUEM

a multiplicidade das manifestações sistémicas associadas, levaram à necessidade de criar equipas multidisciplinares especialmente vocacionadas para diagnosticar, tratar e monitorizar estas doenças. Neste âmbito, está em fase de formação um Centro de Estudo e Tratamento da Patologia do Sono do HBA, constituído por uma equipa multidisciplinar, coordenada pela Pneumologia, mas incluindo também endocrinologistas, otorrinolaringologistas, neurologistas, psiquiatras, técnicos de cardiopneumologia, psicólogos e nutricionistas.

A atividade desse Centro pretende distribuir-se em três vertentes:

- Assistencial, garantindo uma abordagem multidisciplinar, integrada e individualizada do doente com patologia do sono.
- Formação, promovendo a divulgação do conhecimento nas várias áreas associadas à patologia do sono.
- Investigação, desenvolvendo projetos, isoladamente ou em colaboração com outras instituições que se dediquem a esta área.

Laboratório do Sono

O Laboratório de Sono do HBA integrado no Centro de Patologia do Sono do HBA conta com a colaboração de uma equipa médica e técnica vocacionada para esta área.

As infraestruturas têm sido adquiridas faseadamente mas está projetada a possibilidade breve da realização dos exames fundamentais na avaliação deste tipo de patologia nomeadamente exames polissonográficos em ambulatório e internamento.

E) Unidade de Insuficiência Respiratória

A oxigenioterapia e Ventilação Não Invasiva (VNI) domiciliária são cuidados continuados de saúde nas doenças respiratórias e doenças neuromusculares associadas à IRC que têm vindo a assumir uma relevância cada vez maior. No entanto, o sucesso da VNI e mesmo da oxigenioterapia está diretamente relacionado com a tolerância e a colaboração do doente à mesma, bem como da formação/motivação dos profissionais de saúde no manuseamento da mesma. E tal como com outros doentes crónicos, para se obterem os benefícios máximos da terapêutica, estes doentes devem ser monitorizados, ensinados e motivados com regularidade.

Neste âmbito foi criada, no HBA, uma Unidade onde são avaliados os doentes com insuficiência respiratória e são realizadas adaptações de ventilação não invasiva e aferições de oxigenioterapia.

F) Reabilitação Funcional Respiratória

O S. Pneumologia do HBA concebeu um projecto de implementação de um programa de Reabilitação Respiratória, da responsabilidade da Dr.ª Susana Clemente, baseando-se na evidência científica e com capacidade para influenciar positivamente os efeitos sistémicos da doença respiratória crónica, nomeadamente o descondicionamento físico. É interdisciplinar, beneficiando com a participação

de médicos (pneumologistas, fisiatras) enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos. É global, abrangendo diversas vertentes de actuação, como a educação, a fisioterapia respiratória, a psicologia, a nutrição e o treino do exercício.

Na avaliação dos doentes, contribui ainda com a realização da Prova de Esforço Cardiorrespiratória que lhe permite não só determinar os fatores limitativos ao esforço, como também desenhar o próprio programa de Treino de Exercício aeróbico e avaliar a resposta ao mesmo.

G) Unidade de Pneumologia de Intervenção

Esta unidade, coordenada pelo Dr. António Bugalho, tem como objetivo a realização de técnicas do foro pneumológico, de acordo com as normas de orientação internacionais, aos doentes do HBA em regime de internamento ou ambulatório. A Unidade pretende também ser um local de formação/atualização de outros Pneumologistas, de forma a assegurar a sua permanente capacidade técnica. Atualmente, a Unidade tem uma equipa técnica, infraestruturas e equipamentos que permitem a realização de todos os procedimentos de uma Unidade de Pneumologia de Intervenção moderna, salientando-se a capacidade de execução de, em adultos e crianças, ecoendoscopia brônquica, broncoscopia rígida e toracoscopia.

Outras atividades:

O Serviço colabora na atividade organizacional e científica do hospital, nomeadamente participando em várias comissões, na elaboração de políticas, procedimentos e orientações técnicas, bem como nas várias sessões clínicas, quer do serviço, quer do hospital.

O HBA está igualmente envolvido de uma forma muito ativa no ensino e formação pré e pós-graduada através de protocolos com ambas as Faculdades de Medicina de Lisboa, com várias escolas de Enfermagem e como parceiro do projecto BES-UP. O Serviço de Pneumologia participa ativamente na cadeira de Introdução à Clínica da FCML, no estágio profissionalizante do 6º ano.

Passada a fase de instalação, e apenas 8 meses após a abertura do Hospital, estamos neste momento em condições de poder dar uma resposta cabal às diferentes necessidades dos doentes que nos procuram, contribuindo para reafirmar a importância que a Pneumologia tem num hospital com estas características. Pensamos ter reunidas as condições técnicas e humanas necessárias para tornar este serviço capaz de corresponder às exigências e desafios que se colocam à Pneumologia na atualidade e transformá-lo, no futuro, num centro de referência, quer na vertente assistencial e técnica, quer na vertente pedagógica.

EM AGENDA

5º Congresso Português do Cancro do Pulmão.

11 A 13 DE OUTUBRO | HOTEL REAL DE SANTA EULÁLIA | ALBUFEIRA

Dias 11, 12 e 13 de outubro de 2012 realiza-se, em Albufeira, no Hotel Real de Santa Eulália, o 5º Congresso Português do Cancro do Pulmão, organizado pelo Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão (GECPP). Na Sessão de Abertura será atribuída uma medalha à personalidade com atividade destacada na área do Cancro do Pulmão.

Temas de conferências e mesas-redondas:

Biomarcadores e Terapêutica Personalizada; Ganhos de saúde em Oncologia; Grupos Cooperativos em

Portugal e na Europa: Missão e Visão; Prevenção e Rastreio no Cancro do pulmão – Novas Perspetivas; Histologia no Cancro do Pulmão; Avanços no Cancro do pulmão em 2011 – Cirurgia e Radioterapia; Timomas e Carcinomas Tímicos; Progressos na Abordagem do Idoso; Diagnóstico no Mediastino; Radioterapia Estereotática vs. Radiofrequência em Doentes com Cancro do Pulmão Radicalmente Tratáveis; Carcinóide brônquico e Tumorletes.

5º CONGRESSO PORTUGUÊS DO CANCRO DO PULMÃO

11,12,13 OUTUBRO 2012
Albufeira Hotel Real de Santa Eulália



Curso de Ecografia torácica da ERS.

25 A 27 DE OUTUBRO | BARCELONA

Este é um curso focado na análise de sintomas respiratórios dos doentes e o qual se destina a médicos pneumologistas e de clínica geral.

Do programa fazem parte módulos de conhecimento relacionados com os melhores métodos de identificação em imagem para responder à situação clínica;

diferenciação de diagnóstico em raio X de peito; análise e reconhecimento de padrões de doenças pulmonares intersticiais e identificação do melhor método a utilizar com pacientes imunocomprometidos.

Mais informações em www.ersnet.org/courses



Congresso de Pneumologia.

09 A 11 DE NOVEMBRO | TRÓIA DESIGN HOTEL, PENÍNSULA DE TRÓIA

A Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) realiza nos próximos dias 9, 10 e 11 de novembro, em Tróia, o seu XXVIII Congresso de Pneumologia que reúne anualmente centenas de especialistas ligados aos mais variados problemas respiratórios.

Mais informações em www.sppneumologia.pt



Reunião da Comissão de Pneumologia Oncológica.

24 DE NOVEMBRO | NAZARÉ

A Imunização no doente com Cancro do Pulmão, a avaliação imagiológica do cancro do pulmão (além dos critérios RECIST), a apresentação de resultados do NaVoTRIAL (ASCO 2012), os avanços do

ano em Cancro do Pulmão (resumo dos principais congressos 2012) e a apresentação da base de dados de cancro do pulmão SPP são alguns dos temas que farão parte desta Reunião.



"STATE OF THE ART" EM PNEUMOLOGIA

1. SLEEP. 2012 AUG 1;35(8):1039-62.

The treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in adults-an update for 2012: practice parameters with an evidence-based systematic review and meta-analyses: an American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline.

Aurora RN, Kristo DA, Bista SR, Rowley JA, Zak RS, Casey KR, Lamm CI, Tracy SL, Rosenberg RS.

ABSTRACT

A systematic literature review and meta-analyses (where appropriate) were performed to update the previous AASM practice parameters on the treatments, both dopaminergic and other, of RLS and PLMD. A considerable amount of literature has been published since these previous reviews were performed, necessitating an update of the corresponding practice parameters. Therapies with a STANDARD level of recommendation include pramipexole and ropinirole. Therapies with a GUIDELINE level of recommendation include levodopa with dopa decarboxylase inhibitor, opioids, gabapentin enacarbil, and cabergoline (which has additional caveats for use). Therapies with an OPTION level of recommendation include carbamazepine, gabapentin, pregabalin, clonidine, and for patients with low ferritin levels, iron supplementation. The committee recommends a STANDARD AGAINST the use of pergolide because of the risks of heart valve damage. Therapies for RLS secondary to ESRD, neuropathy, and superficial venous insufficiency are discussed. Lastly, therapies for PLMD are reviewed. However, it should be mentioned that because PLMD therapy typically mimics RLS therapy, the primary focus of this review is therapy for idiopathic RLS. CITATION: Aurora RN; Kristo DA; Bista SR; Rowley JA; Zak RS; Casey KR; Lamm CI; Tracy SL; Rosenberg RS. The treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in adults-an update for 2012: practice parameters with an evidence-based systematic review and meta-analyses.

2. THORAX. 2012 JUL;67(7):588-99. EPUB 2012 MAR 3.

Combined Haemophilus influenzae respiratory infection and allergic airways disease drives chronic infection and features of neutrophilic asthma. Essilfie AT, Simpson JL, Dunkley ML, Morgan LC, Oliver BG, Gibson PG, Foster PS, Hansbro PM. Source

ABSTRACT

Background: 20-30% of patients with asthma have neutrophilic airway inflammation and reduced responsiveness to steroid therapy. They often have chronic airway bacterial colonisation and Haemophilus influenzae is one of the most commonly isolated bacteria. The relationship between chronic

airway colonisation and the development of steroid-resistant neutrophilic asthma is unclear.

Objectives: To investigate the relationship between H influenzae respiratory infection and neutrophilic asthma using mouse models of infection and ovalbumin (OVA)-induced allergic airways disease.

Methods: BALB/c mice were intratracheally infected with H influenzae (day 0), intraperitoneally sensitised (day 0) and intranasally challenged (day 12-15) with OVA. Treatment groups were administered dexamethasone intranasally during OVA challenge. Infection, allergic airways disease, steroid sensitivity and immune responses were assessed (days 11, 16 and 21).

Results: The combination of H influenzae infection and allergic airways disease resulted in chronic lung infection that was detected on days 11, 16 and 21 (21, 26 and 31 days after infection). Neutrophilic allergic airways disease and T helper 17 cell development were induced, which did not require active infection. Importantly, all features of neutrophilic allergic airways disease were steroid resistant. Toll-like receptor 4 expression and activation of phagocytes was reduced, but most significantly the influx and/or development of phagocytosing neutrophils and macrophages into the airways was inhibited.

Conclusions: The combination of infection and allergic airways disease promotes bacterial persistence, leading to the development of a phenotype similar to steroid-resistant neutrophilic asthma and which may result from dysfunction in innate immune cells. This indicates that targeting bacterial infection in steroid-resistant asthma may have therapeutic benefit.

3. PLOS MED. 2012 AUG;9(8):E1001300. EPUB 2012 AUG 28.

Multidrug Resistant Pulmonary Tuberculosis Treatment Regimens and Patient Outcomes: An Individual Patient Data Meta-analysis of 9,153 Patients.

Ahuja SD, Ashkin D, Avendano M, Banerjee R, Bauer M, Bayona JN, Becerra MC, Benedetti A, Burgos M, Centis R, Chan ED, Chiang CY, Cox H, D'Ambrosio L, Deriemer K, Dung NH, Enarson D, Falzon D, Flanagan K, Flood J, Garcia-Garcia ML, Gandhi N, Granich RM, Hollm-Delgado MG, Holtz TH, Iseman MD, Jarlsberg LG, Keshavjee S, Kim HR, Koh WJ, Lancaster J, Lange C, de Lange WC, Leimane V, Leung CC, Li J, Menzies D, Migliori GB, Mishustin SP, Mitnick CD, Narita M, O'Riordan P, Pai M, Palmero D, Park SK, Pasvol G, Peña J, Pérez-Guzmán C, Quelapio MI, Ponce-de-Leon A, Riekstina V, Robert J, Royce S, Schaaf HS, Seung KJ, Shah L, Shim TS, Shin SS, Shiraishi Y, Sifuentes-Osornio J, Sotgiu G, Strand MJ, Tabarsi P, Tupasi TE, van Altena R, Van der Walt M, Van der Werf TS, Vargas MH, Viikklepp P, Westenhouse J, Yew WW, Yim JJ; Collaborative Group for Meta-Analysis of Individual Patient Data in MDR-TB.

Collaborators (71) Source Bureau of Tuberculosis,

Resumos das referências biográficas mais procuradas e consultadas na biblioteca digital em WWW.SPPNEUMOLOGIA.PT Para mais informações e acesso integral de documentos contactar Helena Donato.

"STATE OF THE ART" EM PNEUMOLOGIA

New York, New York, United States of America

ABSTRACT

Background: Treatment of multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) is lengthy, toxic, expensive, and has generally poor outcomes. We undertook an individual patient data meta-analysis to assess the impact on outcomes of the type, number, and duration of drugs used to treat MDR-TB.

Methods and Findings: Three recent systematic reviews were used to identify studies reporting treatment outcomes of microbiologically confirmed MDR-TB. Study authors were contacted to solicit individual patient data including clinical characteristics, treatment given, and outcomes. Random effects multivariable logistic meta-regression was used to estimate adjusted odds of treatment success. Adequate treatment and outcome data were provided for 9,153 patients with MDR-TB from 32 observational studies. Treatment success, compared to failure/relapse, was associated with use of: later generation quinolones, (adjusted odds ratio [aOR]: 2.5 [95% CI 1.1-6.0]), ofloxacin (aOR: 2.5 [1.6-3.9]), ethionamide or prothionamide (aOR: 1.7 [1.3-2.3]), use of four or more likely effective drugs in the initial intensive phase (aOR: 2.3 [1.3-3.9]), and three or more likely effective drugs in the continuation phase (aOR: 2.7 [1.7-4.1]). Similar results were seen for the association of treatment success compared to failure/relapse or death: later generation quinolones, (aOR: 2.7 [1.7-4.3]), ofloxacin (aOR: 2.3 [1.3-3.8]), ethionamide or prothionamide (aOR: 1.7 [1.4-2.1]), use of four or more likely effective drugs in the initial intensive phase (aOR: 2.7 [1.9-3.9]), and three or more likely effective drugs in the continuation phase (aOR: 4.5 [3.4-6.0]).

Conclusions: In this individual patient data meta-analysis of observational data, improved MDR-TB treatment success and survival were associated with use of certain fluoroquinolones, ethionamide, or prothionamide, and greater total number of effective drugs. However, randomized trials are urgently needed to optimize MDR-TB treatment.

4. BMC CANCER. 2012 SEP 3;12(1):385.

[Epub ahead of print] Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1900s relating smoking to lung cancer. Lee PN, Forey BA, Coombs KJ.

ABSTRACT

Background: Smoking is a known lung cancer cause, but no detailed quantitative systematic review exists. We summarize evidence for various indices.

Methods: Papers published before 2000 describing epidemiological studies involving 100+ lung cancer cases were obtained from Medline and other sources. Studies were classified as principal,

or subsidiary where cases overlapped with principal studies. Data were extracted on design, exposures, histological types and confounder adjustment. RRs/ORs and 95% CIs were extracted for ever, current and ex smoking of cigarettes, pipes and cigars and indices of cigarette type and dose-response. Meta-analyses and meta-regressions investigated how relationships varied by study and RR characteristics, mainly for outcomes exactly or closely equivalent to all lung cancer, squamous cell carcinoma ("squamous") and adenocarcinoma ("adeno").

Results: 287 studies (20 subsidiary) were identified. Although RR estimates were markedly heterogeneous, the meta-analyses demonstrated a relationship of smoking with lung cancer risk, clearly seen for ever smoking (random-effects RR 5.50, CI 5.07-5.96) current smoking (8.43, 7.63-9.31), ex smoking (4.30, 3.93-4.71) and pipe/cigar only smoking (2.92, 2.38-3.57). It was stronger for squamous (current smoking RR 16.91, 13.14-21.76) than adeno (4.21, 3.32-5.34), and evident in both sexes (RRs somewhat higher in males), all continents (RRs highest for North America and lowest for Asia, particularly China), and both study types (RRs higher for prospective studies). Relationships were somewhat stronger in later starting and larger studies. RR estimates were similar in cigarette only and mixed smokers, and similar in smokers of pipes/cigars only, pipes only and cigars only. Exceptionally no increase in adeno risk was seen for pipe/cigar only smokers (0.93, 0.62-1.40). RRs were unrelated to mentholation, and higher for non-filter and handrolled cigarettes. RRs increased with amount smoked, duration, earlier starting age, tar level and fraction smoked and decreased with time quit. Relationships were strongest for small and squamous cell, intermediate for large cell and weakest for adenocarcinoma. Covariate-adjustment little affected RR estimates.

Conclusions: The association of lung cancer with smoking is strong, evident for all lung cancer types, dose-related and insensitive to covariate-adjustment. This emphasises the causal nature of the relationship. Our results quantify the relationships more precisely than previously.

5. EUR RESPIR J. 2012 JUL 12. [EPUB AHEAD OF PRINT]

Tuberculosis treatment outcome monitoring in European Union countries: systematic review. van Hest NA, Ködmön C, Verver S, Erkens CG, Straetemans M, Manisero D, de Vries G.

ABSTRACT

Treatment success measured by treatment outcome monitoring (TOM) is a key programmatic output of tuberculosis (TB) control programmes. We performed a systematic literature review on national level TOM in the 30 European Union/European Economic

"STATE OF THE ART" EM PNEUMOLOGIA

Areas (EU/EEA) countries to summarise methods used to collect and report data on TOM. Online reference bibliographic databases PubMed/MEDLINE and EMBASE were searched to identify relevant indexed and non-indexed literature published between January 2000 and August 2010. The search strategy resulted in 615 potentially relevant indexed citations, of which 27 full text national studies (79 data sets) were included for final analysis. The selected studies were performed in 10 EU/EEA countries and gave a fragmented impression of TOM in the EU/EEA. Publication year, study period, sample size, databases, definitions, variables, patient and outcome categories and population subgroups varied widely, portraying a very heterogeneous picture. This review confirmed previous reports of considerable heterogeneity in publications of TOM results across EU/EEA countries. PubMed/MEDLINE and EMBASE indexed studies are not a suitable instrument to measure representative TOM results for the 30 EU/EEA countries. Uniform and complete reporting to the centralised European Surveillance System will produce the most timely and reliable results of TB treatment outcomes in the EU/EEA.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

5. CLIN INFECT DIS. 2012

AUG;55(4):572-81. EPUB 2012 MAY 21.

Old drugs, new purpose: retooling existing drugs for optimized treatment of resistant tuberculosis.

Dooley KE, Mitnick CD, Ann DeGroote M, Obuku E, Belitsky V, Hamilton CD, Makhene M, Shah S, Brust JC, Durakovic N, Nuermberger E; Efficacy Subgroup, RESIST-TB. Collaborators (10)

ABSTRACT

Treatment of drug-resistant tuberculosis is hindered by the high toxicity and poor efficacy of second-line drugs. New compounds must be used together with existing drugs, yet clinical trials to optimize combinations of drugs for drug-resistant tuberculosis are lacking. We conducted an extensive review of existing in vitro, animal, and clinical studies involving World Health Organization-defined group 1, 2, and 4 drugs used in drug-resistant tuberculosis regimens to inform clinical trials and identify critical research questions. Results suggest that optimizing the dosing of pyrazinamide, the injectables, and isoniazid for drug-resistant tuberculosis is a high priority. Additional pharmacokinetic, pharmacodynamic, and toxicodynamic studies are needed for pyrazinamide and ethionamide. Clinical trials of the comparative efficacy and appropriate treatment duration of injectables are recommended. For isoniazid, rapid genotypic tests for *Mycobacterium tuberculosis* mutations should be nested in clinical trials. Further research focusing on optimization of dose and duration of drugs with activity against

drug-resistant tuberculosis is paramount.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

6. ANN THORAC SURG. 2012 JUL;94(1):311-6. EPUB 2012 MAY 23.

A systematic review of pulmonary embolism in patients with lung cancer.

Malgor RD, Bilfinger TV, Labropoulos N.

Source Division of Vascular Surgery, Department of Surgery, Stony Brook University Medical Center, Stony Brook, New York 11794-8191, USA. raphael.malgor@sbumed.org

ABSTRACT

Pulmonary embolism (PE) is increasingly recognized as causing significant morbidity and mortality in modern societies; however, little is known about PE in patients with lung cancer. We systematically reviewed Medline, Web of Science, and the Cochrane Library databases and selected 26 studies, including 2 randomized controlled trials, and 4 prospective, 18 retrospective cohort, and 2 case-control studies. Overall incidence of PE was 3.6%. Pulmonary embolism abbreviated survival in 2 studies when the diagnosis was synchronous with lung cancer. Venous thromboembolism prophylaxis, treatment, and surveillance are inconsistently reported. Clinical outcome data pertaining to this topic are limited and of overall poor methodologic quality.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

7. COCHRANE DATABASE SYST REV. 2012 SEP 12;9:CD009157.

Tiotropium versus long-acting beta-agonists for stable chronic obstructive pulmonary disease.

Chong J, Karner C, Poole P.

ABSTRACT

Background: Tiotropium and long-acting beta(2)-agonists (LABAs) are both accepted in the routine management for people with stable chronic obstructive pulmonary disease (COPD). There are new studies which have compared tiotropium with LABAs, including some that have evaluated recently introduced LABAs.

Objectives: To compare the relative clinical effects of tiotropium bromide alone versus LABA alone, upon measures of quality of life, exacerbations, lung function and serious adverse events, in people with stable COPD. To critically appraise and summarise current evidence on the costs and cost-effectiveness associated with tiotropium compared to LABA in people with COPD.

Search Methods: We identified randomised controlled trials (RCTs) from the Cochrane Airways Group Specialised Register of trials and economic evaluations from searching NHS EED and HEED (date of last search February 2012). We found addi-

"STATE OF THE ART" EM PNEUMOLOGIA

tional trials from web-based clinical trial registers.

Selection Criteria: We included RCTs and full economic evaluations if they compared effects of tiotropium alone with LABAs alone in people with COPD. We allowed co-administration of standard COPD therapy.

Data Collection and Analysis: Two review authors independently assessed studies for inclusion, then extracted data on study quality and outcomes. We contacted study authors and trial sponsors for additional information. We analysed data using the Cochrane Review Manager (RevMan 5.1) software.

Main Results: Seven clinical studies totalling 12,223 participants with COPD were included in the review. The studies used similar designs and were generally of good methodological quality. Inclusion criteria for RCTs were similar across the included studies, although studies varied in terms of smoking history and COPD severity of participants. They compared tiotropium (which was delivered by HandiHaler in all studies) with salmeterol (four studies, 8936 participants), formoterol (one study, 431 participants) and indacaterol (two studies, 2856 participants). All participants were instructed to discontinue anticholinergic or long-acting beta(2)-agonist bronchodilators during treatment, but could receive inhaled corticosteroids (ICS) at a stable dose. Study duration ranged from 3 to 12 months. We extracted data for 11,223 participants. In general, the treatment groups were well matched at baseline. Overall, the risk of bias across the included RCTs was low. In the analysis of the primary outcomes in this review, a high level of heterogeneity amongst studies meant that we did not pool data for St George's Respiratory Questionnaire quality of life score. Subgroup analyses based on the type of LABA found statistically significant differences among effects on quality of life depending on whether tiotropium was compared with salmeterol, formoterol or indacaterol. Tiotropium reduced the number of participants experiencing one or more exacerbations compared with LABA (odds ratio (OR) 0.86; 95% confidence interval (CI) 0.79 to 0.93). For this outcome, there was no difference seen among the different types of LABA. There was no statistical difference in mortality observed between the treatment groups. For secondary outcomes, tiotropium was associated with a reduction in the number of COPD exacerbations leading to hospitalisation compared with LABA treatment (OR 0.87; 95% 0.77 to 0.99), but not in the overall rate of all-cause hospitalisations. There was no statistically significant difference in forced expiratory volume in one second (FEV(1)) or symptom score between tiotropium and LABA-treated participants. There was a lower rate of non-fatal serious adverse events recorded with tiotropium compared with LABA (OR 0.88; 95% CI 0.78 to 0.99). The tiotropium group was also associated with a lower rate of

study withdrawals (OR 0.89; 95% CI 0.81 to 0.99). We identified six full economic evaluations assessing the cost and cost-effectiveness of tiotropium and salmeterol. The studies were based on an economic model or empirical analysis of clinical data from RCTs. They all looked at maintenance costs and the costs for COPD exacerbations, including respiratory medications and hospitalisations. The setting for the evaluations was primary and secondary care in the UK, Greece, Netherlands, Spain and USA. All the studies estimated tiotropium to be superior to salmeterol based on better clinical outcomes (exacerbations or quality of life) and/or lower total costs. However, the authors of all evaluations reported there was substantial uncertainty around the results.

Authors' Conclusions: In people with COPD, the evidence is equivocal as to whether or not tiotropium offers greater benefit than LABAs in improving quality of life; however, this is complicated by differences in effect among the LABA types. Tiotropium was more effective than LABAs as a group in preventing COPD exacerbations and disease-related hospitalisations, although there were no statistical differences between groups in overall hospitalisation rates or mortality during the study periods. There were fewer serious adverse events and study withdrawals recorded with tiotropium compared with LABAs. Symptom improvement and changes in lung function were similar between the treatment groups. Given the small number of studies to date, with high levels of heterogeneity among them, one approach may be to give a COPD patient a substantial trial of tiotropium, followed by a LABA (or vice versa), then to continue prescribing the long-acting bronchodilator that the patient prefers. Further studies are needed to compare tiotropium with different LABAs, which are currently ongoing. The available economic evidence indicates that tiotropium may be cost-effective compared with salmeterol in several specific settings, but there is considerable uncertainty around this finding.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

8. EUR RESPIR J. 2012 AUG 30. [EPUB AHEAD OF PRINT]

Smoking cessation strategies in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Warnier MJ, Riet EE, Rutten FH, Bruin ML, Sachs AP.

ABSTRACT

Smoking cessation is the cornerstone of treatment of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. This systematic review evaluates the effectiveness of behavioural and pharmacological smoking cessation strategies in COPD patients. Medline was searched from January 2002 to October 2011. Randomized controlled trials, evaluating the effect of smoking cessation interventions for COPD

"STATE OF THE ART" EM PNEUMOLOGIA

patients, published in English, were selected. Methodological quality of included trials was assessed with the Delphi List by two reviewers independently. Relative risks of smoking cessation of intervention compared to controls were calculated. Eight studies met the inclusion criteria. Heterogeneity was observed for study population, the intervention strategy, the follow up period and the outcome. According to the Delphi List methodological quality scores, five studies were considered to be of acceptable quality. Pharmacological therapy combined with behavioural counselling was more effective than each strategy separately. In COPD patients, the intensity of counselling did not seem to influence the results, nor did the choice of drug therapy make a difference. This systematic review makes clear that in COPD patients, pharmacological therapy combined with behavioural counselling is more effective than each strategy separately. The intensity of counselling nor the type of anti-smoking drug made a difference.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

9. PEDIATRICS. 2012 SEP;130(3):E658-68.

Assessment of Controversial Pediatric Asthma Management Options Using GRADE.

Boluyt N, Rottier BL, de Jongste JC, Riemsma R, Vrijlandt EJ, Brand PL.

ABSTRACT

Objectives: To develop explicit and transparent recommendations on controversial asthma management issues in children and to illustrate the usefulness of the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) approach in rating the quality of evidence and strength of recommendations.

Methods: Health care questions were formulated for 3 controversies in clinical practice: what is the most effective treatment in asthma not under control with standard-dose inhaled corticosteroids (ICS; step 3), the use of leukotriene receptor antagonist for viral wheeze, and the role of extra fine particle aerosols. GRADE was used to rate the quality of evidence and strength of recommendations after performing systematic literature searches. We provide evidence profiles and considerations about benefit and harm, preferences and values, and resource use, all of which played a role in formulating final recommendations.

Results: By applying GRADE and focusing on outcomes that are important to patients and explicit other considerations, our recommendations differ from those in other international guidelines. We prefer to double the dose of ICS instead of adding a long-acting β -agonist in step 3; ICS instead of leukotriene receptor antagonist are the first choice in preschool wheeze, and extra fine particle ICS formu-

lations are not first-line treatment in children with asthma. Recommendations are weak and based on low-quality evidence for critical outcomes.

Conclusions: We provide systematically and transparently developed recommendations about controversial asthma management options. Using GRADE for guideline development may change recommendations, enhance guideline implementation, and define remaining research gaps.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

10. COCHRANE DATABASE SYST REV. 2012 AUG 15;8:CD001287.

Mucolytic agents for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease.

Poole P, Black PN, Cates CJ.

ABSTRACT

Background: Individuals with chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease (COPD) may suffer recurrent exacerbations with an increase in volume or purulence of sputum, or both. Because of the personal and healthcare costs associated with exacerbations, any therapy that reduces the number of exacerbations is useful. There is a marked difference among countries in terms of prescribing of mucolytics depending on whether or not they are perceived to be effective.

Objectives: Primary objective: to determine if treatment with mucolytics reduces the frequency of exacerbations, days of disability, or both, in participants with chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease, or both. Secondary objectives: to determine if mucolytics lead to an improvement in lung function or quality of life and to determine the frequency of adverse effects associated with mucolytics.

Search Methods: We searched the Cochrane Airways Group Specialised Register and reference lists of articles on ten separate occasions, the most recent being in July 2012.

Selection Criteria: We included randomised studies that compared oral mucolytic therapy with placebo for at least two months in adults with chronic bronchitis or COPD. We excluded studies of people with asthma and cystic fibrosis.

Data Collection and Analysis: The review analysed summary data only, the majority from published studies. For earlier versions, one author extracted data, which was rechecked in subsequent updates. In later versions, we double-checked data extraction. We then entered data into RevMan for analysis.

Main Results: Two further trials have been added to the review for the 2012 update. There are now 30 trials in the review, recruiting a total of 7436 participants. Allocation concealment was not clearly described in the early trials, and selection bias may have inflated the results, which reduces our confi-

"STATE OF THE ART" EM PNEUMOLOGIA

dence in the findings of these trials. The likelihood of being exacerbation-free during the study period (22 trials in 4886 participants with a mean duration of 10 months) was greater in the mucolytic group for the double-blind trials (Peto odds ratio (OR) 1.84; 95% confidence interval (CI) 1.63 to 2.07). However, the more recent trials show less benefit of treatment than the earlier trials included in this review. The overall number needed to treat with mucolytics to keep an additional participant free from exacerbations over 10 months was seven (NNTB 7; 95% CI 6 to 9). The use of mucolytics was associated with a reduction of 0.04 exacerbations per participant per month (95% CI -0.04 to -0.03) compared with placebo; that is about 0.48 per year, or one exacerbation every two years. There was very high heterogeneity in this outcome ($I^2 = 87\%$) so results need to be interpreted with caution. The number of days of disability per month also fell (mean difference (MD) -0.48; 95% CI -0.65 to -0.30) in 12 trials on 2305 participants. There was no clinically important improvement in lung function or consistent impact on quality of life with mucolytics. Mucolytic treatment was not associated with any significant increase in adverse effects, including mortality (Peto OR 0.75; 95% CI 0.35 to 1.64) in six trials on 1821 participants.

Authors' Conclusions: In participants with chronic bronchitis or COPD, treatment with a mucolytic may produce a small reduction in acute exacerbations, but may have little or no effect on the overall quality of life. The effects on exacerbations shown in early trials were larger than those found in the more recent studies. This may be because the earlier smaller trials were at higher risk of selection or publication bias, so the benefits of treatment may not be as large as suggested by the previous evidence.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

11. COCHRANE DATABASE SYST REV. 2012 SEP 12;9:CD010078.

Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.

Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J.

ABSTRACT

Background: Smoking in pregnancy is a substantial public health problem. When used by non-pregnant smokers, pharmacotherapies [nicotine replacement therapy (NRT), bupropion and varenicline] are effective treatments for smoking cessation, however, their efficacy and safety in pregnancy remains unknown.

Objectives: To determine the efficacy and safety of smoking cessation pharmacotherapies, including NRT, varenicline and bupropion (or any other medications) when used to support smoking cessation in pregnancy.

Search Methods: We searched the Pregnancy and

Childbirth Group's Trials Register (5 March 2012), checked references of retrieved studies and contacted authors in the field.

Selection Criteria: Randomised controlled trials (RCTs) with designs that permit the independent effects of any type of NRT (e.g. patch, gum etc.) or any other pharmacotherapy on smoking cessation to be ascertained were eligible for inclusion. Trials must provide very similar (ideally identical) levels of behavioural support or cognitive behaviour therapy (CBT) to participants in active drug and comparator trial arms. The following RCT designs are considered acceptable. Placebo RCTs: any form of NRT or other pharmacotherapy, with or without behavioural support/CBT, or brief advice compared with placebo NRT and additional support of similar intensity. RCTs providing a comparison between i) behavioural support/CBT or brief advice and ii) any form of NRT or other pharmacotherapy added to behavioural support of similar (ideally identical) intensity. Parallel- or cluster-randomised design trials are eligible for inclusion. However, quasi-randomised, cross-over and within-participant designs are not eligible for inclusion due to the potential biases associated with these designs.

Data Collection and Analysis: Two review authors independently assessed trials for inclusion and risk of bias and extracted data. Two assessors independently extracted data and cross checked individual outcomes of this process to ensure accuracy. The primary efficacy outcome was smoking cessation in later pregnancy (in all but one trial, at or around delivery); safety was assessed by seven birth outcomes that indicated neonatal well being and we also collated data on adherence.

Main Results: Six trials of NRT enrolling 1745 pregnant smokers were included; we found no trials of varenicline or bupropion. No statistically significant difference was seen for smoking cessation in later pregnancy after using NRT as compared to control (risk ratio (RR) 1.33, 95% confidence interval (CI) 0.93 to 1.91, six studies, 1745 women). Subgroup analysis comparing placebo-RCTs with those which did not use placebos found that efficacy estimates for cessation varied with trial design (placebo RCTs, RR 1.20, 95% CI 0.93 to 1.56, four studies, 1524 women; non-placebo RCTs, RR 7.81, 95% CI 1.51 to 40.35, two studies, 221 women; P value for random-effects subgroup interaction test = 0.03). There were no statistically significant differences in rates of miscarriage, stillbirth, premature birth, birthweight, low birthweight, admissions to neonatal intensive care or neonatal death between NRT or control groups.

Authors' Conclusions: Nicotine replacement therapy is the only pharmacotherapy for smoking cessation that has been tested in RCTs conducted in pregnancy. There is insufficient evidence to determine whether or not NRT is effective or safe when

"STATE OF THE ART" EM PNEUMOLOGIA

used to promote smoking cessation in pregnancy or to determine whether or not using NRT has positive or negative impacts on birth outcomes. Further research evidence of efficacy and safety is needed, ideally from placebo-controlled RCTs that investigate higher doses of NRT than were tested in the included studies

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

12. COCHRANE DATABASE SYST REV. 2012 AUG 15;8:CD007072.

Nicotine vaccines for smoking cessation.

Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J.

ABSTRACT

Background: By reducing the amount of nicotine that reaches the brain when a person smokes a cigarette, nicotine vaccines may help people to stop smoking or to prevent recent quitters from relapsing.

Objectives: The aims of this review are to assess the efficacy of nicotine vaccines for smoking cessation and for relapse prevention, and to assess the frequency and type of adverse events associated with the use of nicotine vaccines.

Search Methods: We searched the Cochrane Tobacco Addiction Review Group specialised register for trials, using the term 'vaccine' in the title or abstract, or in a keyword (date of most recent search April 2012). To identify any other material including reviews and papers potentially relevant to the background or discussion sections, we also searched MEDLINE, EMBASE, and PsycINFO, combining terms for nicotine vaccines with terms for smoking and tobacco use, without design limits or limits for human subjects. We searched the Annual Meeting abstracts of the Society for Research on Nicotine and Tobacco up to 2012, using the search string 'vaccin'. We searched Google Scholar for 'nicotine vaccine'. We also searched company websites and Google for information related to specific vaccines. We searched clinicaltrials.gov in March 2012 for 'nicotine vaccine' and for the trade names of known vaccine candidates.

Selection Criteria: We included randomized controlled trials of nicotine vaccines, at Phase II and Phase III trial stage and beyond, in adult smokers or recent ex-smokers. We included studies of nicotine vaccines used as part of smoking cessation or relapse prevention interventions.

Data Collection And Analysis: We extracted data on the type of participants, the dose and duration of treatment, the outcome measures, the randomization procedure, concealment of allocation, blinding of participants and personnel, reporting of outcomes, and completeness of follow-up. Our primary outcome measure was a minimum of six months abstinence from smoking. We used the most rigorous definition of abstinence, and preferred ces-

sation rates at 12 months and biochemically validated rates where available. We have used the risk ratio (RR) to summarize individual trial outcomes. We have not pooled the current group of included studies as they cover different vaccines and variable regimens.

Main Results: There are no nicotine vaccines currently licensed for public use, but there are a number in development. We found four trials which met our inclusion criteria, three comparing NicVAX to placebo and one comparing NIC002 (formerly NicQ-beta) to placebo. All were smoking cessation trials conducted by pharmaceutical companies as part of the drug development process, and all trials were judged to be at high or unclear risk of bias in at least one domain. Overall, 2642 smokers participated in the included studies in this review. None of the four included studies detected a statistically significant difference in long-term cessation between participants receiving vaccine and those receiving placebo. The RR for 12 month cessation in active and placebo groups was 1.35 (95% Confidence Interval (CI) 0.82 to 2.22) in the trial of NIC002 and 1.74 (95% CI 0.73 to 4.18) in one NicVAX trial. Two Phase III NicVAX trials, for which full results were not available, reported similar quit rates of approximately 11% in both groups. In the two studies with full results available, post hoc analyses detected higher cessation rates in participants with higher levels of nicotine antibodies, but these findings are not readily generalisable. The two studies with full results showed nicotine vaccines to be well tolerated, with the majority of adverse events classified as mild or moderate. In the study of NIC002, participants receiving the vaccine were more likely to report mild to moderate adverse events, most commonly flu-like symptoms, whereas in the study of NicVAX there was no significant difference between the two arms. Information on adverse events was not available for the large Phase III trials of NicVAX. Vaccine candidates are likely to undergo significant changes before becoming available to the general public, and those included in this review may not be the first to reach market; this limits the external validity of the results reported in this review in terms of both effectiveness and tolerability.

Authors' Conclusions: There is currently no evidence that nicotine vaccines enhance long-term smoking cessation. Rates of serious adverse events recorded in the two trials with full data available were low, and the majority of adverse events reported were at mild to moderate levels. The evidence available suggests nicotine vaccines do not induce compensatory smoking or affect withdrawal symptoms. No nicotine vaccines are currently licensed for use in any country but a number are under development. Further trials of nicotine vaccines are needed, comparing vaccines with placebo for

"STATE OF THE ART" EM PNEUMOLOGIA

smoking cessation. Further trials are also needed to explore the potential of nicotine vaccines to prevent relapse. Results from past, current and future research should be reported in full. Adverse events and serious adverse events should continue to be carefully monitored and thoroughly reported.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

13. CHEST. 2012 JUL;142(1):239-45.

Biomarkers of sleep apnea.

Montesi SB, Bajwa EK, Malhotra A.

ABSTRACT

Obstructive sleep apnea (OSA) is a condition of repetitive upper airway collapse, which occurs during sleep. Recent literature has emphasized the role of OSA in contributing to glucose intolerance, dyslipidemia, and hypertension. OSA is associated with the development of cardiovascular disease, although definitive data are sparse with regard to the prevention of cardiovascular disease and CPAP therapy. CPAP provides effective treatment for OSA, but patient adherence remains challenging. Aside from daytime symptom improvement, it is difficult to monitor the adequacy of treatment response. Thus, the search for a biomarker becomes critical. The discovery of an ideal biomarker for OSA has the potential to provide information related to diagnosis, severity, prognosis, and response to treatment. In addition, because large-scale randomized controlled trials are both ethically and logistically challenging in assessing hard cardiovascular outcomes, certain biomarkers may be reasonable surrogate outcome measures. This article reviews the literature related to potential biomarkers of OSA with the recognition that an ideal biomarker does not exist at this time.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

15. LANCET. 2012 AUG 18;380(9842):699-701.

Idiopathic pulmonary fibrosis: new evidence and an improved standard of care in 2012. Raghu G.

SOURCE

Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, University of Washington Medical Center, University of Washington, Seattle, WA 98195, USA. graghu@uw.edu

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

16. RESPIRATION. 2012;84(3):250-63. EPUB 2012 JUL 23.

Bronchoscopic treatment of emphysema: state of the art.

Gasparini S, Zuccatosta L, Bonifazi M, Bolliger CT.

ABSTRACT

In recent years, different bronchoscopic techniques have been proposed for the treatment of emphyse-

ma, with the aim of obtaining the same clinical and functional advantages of lung volume reduction surgical techniques while reducing risks and costs. Such techniques can be classified into: methods employing devices that block the airways (e.g. spi-gots and unidirectional valves), methods that have a direct effect on the lung parenchyma (polymeric lung volume reduction, coils and thermal vapor ablation) and procedures that facilitate the expiration of trapped air from the emphysematous lung (airway bypass). This review aimed to evaluate the indications, outcomes and safety of the different techniques, based on the evidence from the available literature. Results obtained by these methods are encouraging, but they are still based mainly on studies with small groups of patients. However, several trials are ongoing and in the near future we will acquire more knowledge which should lead to a better optimization of these procedures. Meanwhile, the bronchoscopic treatment of emphysema cannot yet be considered a standard of care and patients should be treated in the context of clinical trials or controlled registries, with well-defined programs of evaluation and follow-up.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

17. CURR OPIN PULM MED. 2012 SEP;18(5):428-32.

The big clinical trials in idiopathic pulmonary fibrosis. Luppi F, Spagnolo P, Cerri S, Richeldi L.

ABSTRACT**Purpose Of Review:**

Since the late 1990s, when a more uniform definition of idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) was proposed, more than 3000 patients have been enrolled in clinical studies exploring novel therapies. Some of the most relevant trials have been published only recently.

Recent Findings: This review describes and comments on the randomized clinical trials in IPF published within the past 18 months, with emphasis on the studies evaluating pirfenidone, which at present is the only drug approved for IPF (at least in Europe and Japan), and bosentan. This latter represents the largest single trial performed in IPF so far.

Summary: Despite multiple clinical trials, there is no strong, definitive evidence in favor of any agent to treat IPF. On the other hand, the placebo arms of these large trials have provided us with important critical information on the natural history of this disease. Clinical heterogeneity represents a critical issue to be taken into account in designing future clinical trials. The limited effectiveness of current treatment regimes has fuelled the search for a variety of new therapeutic approaches.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

"STATE OF THE ART" EM PNEUMOLOGIA

**18. THORAX. 2012 JUL;67(7):660-2.
EPUB 2012 MAY 5.**

The diagnosis of asthma, a clinical syndrome.
Hopkin JM.

ABSTRACT

Clinical experience and now genetic data indicate that asthma is a heterogeneous clinical syndrome—clinical cases emerge, proceed and respond to treatments in different ways. Currently the diagnosis of asthma (as enunciated in national guidelines) is based on incisive clinical methods, supported by lung function testing that substantiates labile or reversible bronchial airflow obstruction. But this approach alone is insufficient to address the diagnostic and therapeutic challenges presented by asthma's heterogeneity. This article contends that bronchial pathology (with molecular and morphologic analysis) should be adopted into the mainstream clinical practice of asthma so as to clarify the nature of the bronchial disorder in compliant patients not settling securely on moderate-dose inhaled corticosteroid. This would allow a differentiated approach to appropriate therapeutics—those already available and those yet to be developed.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

**19. THORAX. 2012 JUL;67(7):618-24.
EPUB 2012 APR 15.**

Comparing the American and European diagnostic guidelines for cystic fibrosis: same disease, different language?

Ooi CY, Dupuis A, Ellis L, Jarvi K, Martin S, Gonska T, Dorfman R, Kortan P, Solomon M, Tullis E, Durie PR.

ABSTRACT

Background: The American and European cystic fibrosis (CF) guidelines recommend different diagnostic criteria. This study assessed diagnostic concordance between these recommendations.

Methods: Subjects with single organ manifestations suggestive of CF (chronic sinopulmonary disease (RESP), chronic/recurrent pancreatitis (PANC) or obstructive azoospermia (AZOOSP)) were prospec-

tively evaluated by sweat test, nasal potential difference and genotyping. Concordance in diagnostic outcomes between the two algorithms was measured using observed agreement and κ statistics.

Results: A total of 208 subjects were evaluated. Observed agreement was 84.8% and level of agreement was excellent ($\kappa=0.87$) between the American and European recommendations. The RESP phenotype was associated with the highest degree of concordance (observed agreement $\geq 90\%$, $\kappa=0.92$) compared with the PANC (observed agreement 86%, $\kappa=0.65$) and AZOOSP (observed agreement 80%, $\kappa=0.87$) phenotypes. Incorporation of nasal potential difference into the American algorithm failed to improve the overall degree of concordance (good agreement level; $\kappa=0.75$); the level of agreement was unchanged in RESP and PANC subjects, but reduced in AZOOSP subjects (from excellent to good). Extensive genotyping had limited clinical utility in the diagnosis of CF in both algorithms.

Conclusions: Despite inconsistencies between the American and European diagnostic recommendations, concordance in diagnostic outcomes among subjects presenting with single organ manifestations of CF was good to excellent. These diagnostic guidelines provide guidance and promote rigorous evaluation for the diagnosis of CF but neither guideline should be regarded as dogma.

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

**20. THORAX. 2012 JUL;
67 SUPPL 1:11-40.**

British Thoracic Society guideline for respiratory management of children with neuromuscular weakness.

Hull J, Aniapravan R, Chan E, Chatwin M, Forton J, Gallagher J, Gibson N, Gordon J, Hughes I, McCulloch R, Russell RR, Simonds A.

Source

Department of Paediatrics, Oxford University Hospitals NHS Trust, Oxford, UK. jeremy.hull@ouh.nhs.uk

Nota: Peça o PDF na biblioteca digital

FICHA TÉCNICA

Dr. J.M. Reis Ferreira (Editor); Dr. António Jorge Ferreira e Prof. Marta Drummond (Editores Associados). **Colaboração:** Dra Cristina Cristovão, o Dr. Jose Pedro Boleo-Tome, Dra. Sofia Furtado, Dra. Helena Donato e Dr. Cecília Nunes. **Propriedade:** Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Rua Ivone Silva, nº 6 (Edifício ARCS), 6º Esq., 1069-130 Lisboa **Telefone:** (+351) 21 796 20 74 **E-mail:** sppneumologia@mail.telepac.pt

www.sppneumologia.pt

Oxigénio