COLONOSCOPIA VIRTUAL: saiba tudo sobre esse exame

ABCD em FOCO

www.abcd.org.br
Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Ano II
nº 5
outono
2001

MEDO DE CIRURGIA

Aprenda a lidar com isso de maneira inteligente

A **ABCD** comemora dois anos com sede própria

ENTOCORT®
BUDESONIDA

No combate às Doenças Inflamatórias Intestinais, Entocort® vai direto ao ponto.

Suprime rapidamente os sintomas da inflamação com baixa incidência de efeitos colaterais devido a ação local.[1,2,3]

(1612017)

Doença de Crohn:

Entocort® Cápsulas.
3 cápsulas pela manhã por 8 semanas

Frasco com 45 cápsulas de liberação ileal controlada de budesonida 3 mg

Colites e proctites:

Entocort® Enema.
1 frasco ao dia, antes de dormir

Caixa com 7 frascos de 115 ml e 7 comprimidos dispersíveis de budesonida 2,3mg

Referências bibliográficas: **(1)** GREENBERG, G.R.– Oral Budesonide for Active Crohn´s Disease. – The New England Journal of Medicine 331:836-84, 1994. **(2)** SPENCER, C. M., Mc TAVISH, D. – Budesonide a review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in inflammatory bowel disease. Drugs 50 (5):854-872, 1995. **(3)** THOMSEN, O. et al – Budesonide in the management of patients with Crohn´s disease. Can J. Gastroenterol. Vol 1, n° 3, april 1997.

AstraZeneca do Brasil Ltda.
Rod Raposo Tavares km 26,9
06714 025 Cotia SP Brasil

ACCESS *net* 0800 14 55 77
SAC 0800 14 55 78
www.astrazeneca.com.br

AstraZeneca
GASTROINTESTINAL

Nesta Edição

Reportagem de Capa
MEDO DE CIRURGIA
Todos nós temos, não adianta negar. Mas há uma maneira inteligente de lidar com isso: informando-se ao máximo e procurando um médico em quem você realmente confie **6**

Entrevista
O MÉDICO TEM QUE SER AMIGO
A gastroenterologista Lorete Kotze acredita que o bom relacionamento com o doente é essencial no tratamento da DII **10**

Boas Novas
PARA COMEMORAR
A ABCD comemora seu segundo aniversário com a compra da sede própria **12**

Serviços ABCD
CONVÊNIOS
Novos laboratórios **13**

Balanço Bienal
Os nossos números **14**

Minha História
TUDO SOB CONTROLE
Mas sem esquecer os medicamentos **15**

Corpo Humano
TUBO DIGESTIVO
Veja, tim-tim por tim-tim, como funciona esse aparelho... **15**

Coluna do Cólon
COLITE ULCERATIVA E QUALIDADE DE VIDA
Estudos realizados por pesquisadores indianos mostram que é possível viver bem mesmo tendo uma doença crônica **16**

De Olho no Íleo
COLONOSCOPIA VIRTUAL
Eis uma técnica para avaliação intra-luminal do intestino que você precisa conhecer **18**

A Boa Comida — Dicas
DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL E DESNUTRIÇÃO
Tome cuidado porque tem tudo a ver **20**

Cartas
NOSSOS LEITORES NOS ESCREVEM **22**

Carta do Editor

Parabéns a todos nós

É com uma enorme satisfação que escrevo o editorial desta edição, pois estamos num momento muito especial para a nossa entidade — um momento de muitas comemorações. Completamos, no mês de fevereiro, dois anos de fundação da **ABCD** (Associação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn) e um ano de criação da revista **ABCD Em FOCO**. Ambas encontram-se absolutamente consolidadas e cumprindo todos os objetivos propostos desde o começo. Além disso, a nossa página na Internet também tem sido um sucesso. Recebemos aproximadamente 1.200 visitas por mês. Se você ainda não a conhece acesse-a agora mesmo *(www.abcd.org.br)* e verá como é simples, prática e útil.

O que, entretanto, nos causa maior orgulho e contentamento é a conquista da nossa sede própria. Sim, em apenas dois anos de vida já conseguimos comprar uma sede. E o melhor: com recursos exclusivamente provenientes de contribuições associativas e donativos. Esse, sem dúvida, é o sinal mais claro da prosperidade da nossa associação, fruto da aprovação do trabalho que está desenvolvendo junto à comunidade.

Quero cumprimentar e agradecer cada sócio, cada colaborador, cada pessoa que, direta ou indiretamente nos tem ajudado e possibilitado esta realização. Parabéns! Vocês hoje contam com uma **ABCD** forte, ativa e, ao mesmo tempo, ainda jovem e com enorme potencial de crescimento. E tenho certeza de que com a sua permanente ajuda e confiança vamos continuar crescendo mais e mais. Só assim poderemos, com informações e serviços variados, facilitar e melhorar a vida de um número cada vez maior de doentes de Crohn e Colite Ulcerativa.

Flavio Steinwurz

Expediente

ABCD - Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn
Alameda Lorena, 1304, conjunto 802 - São Paulo, SP - CEP 01424-001
Tel./fax: (11) 3064-2992 site: www.abcd.org.br e-mail: secretaria@abcd.org.br
PARA ANUNCIAR: (11) 3088-1094 **Impressão:** IPSIS Gráfica e Editora

Presidente: Dr. Flavio Steinwurz - **Vice-presidente:** Dr. Mathew Kazmirik
1ª secretária: Maria Amalia Bernardi- **1ª tesoureiro:** Sérgio Luiz Savone
2ª secretária: Helen L. Moritz - **2º tesoureiro:** Paulo César Giacomelli
Jornalista responsável: Maria Amalia Bernardi - MTB 19182

Procura-se Fibra.

Você sabia?

Laxantes cápsulas e geléias não possuem fibras como composto ativo.

Aqui sim, você encontra fibras.

LINHA FIBRAS

BYK

AgioFibra®

APROVADO PELO FDA*

Plantago ovata

(Semente de Plantago, Ispaghula husk)

O Único Regulador Intestinal com a Combinação de Fibras Solúveis e Insolúveis na Proporção Recomendada pelo FDA[1]

Tratamento crônico da constipação intestinal[2,3,4,5]

Agiolax®

APROVADO PELO FDA*

Plantago ovata, Cassia angustifolia

(Plantago, Sene)

O Único Estimulador Intestinal com a Combinação Ideal de Fibras e Sene

Tratamento agudo da constipação intestinal[6,7,8]

1. Center for food safety and applied nutrition. Food and Drug Administration. Departament of health and human services. Recommendations for fiber intake in the United States. In: Physiological effects and health consequences of dietary fiber. **Life Sciences Research Office**, Bethesda, Maryland, 1987. **2.** Tomás-Ridocci et al. Eficacia del *Plantago Ovata* como regulador del transito intestinal. Estudio doble ciego comparativo frente a placebo. **Rev. Esp. Enf. Digest., 822, 1 (17-22), 1992. 3.** Feldmeier Ch. Agiocur in constipation of different etiology. **Today's Therapeutic Trends**,1983;1:45-59. **4.** Dettmar PW; Sykes J. A multi-centre, general practice comparison of *Ispagula husk* with Lactulose and other laxatives in the treatment of simple constipation. **Curr Med Res Opin**, 1998; 14(4): 227-33. **5.** Ligni G. Estudio controlado a doble ciego de la eficacia de un preparado a base de hemicelulosa en los enfermos afectos de colon irritable. **Bull Soc Clin Hop Civ Charleroi**,1987;38:1. **6.**Frexinos J et al. Effects of sennosides on colonic myoelectrical activity in man. **Dig Dis Sci**,1989;34:214-9. **7.** Bossi S et al. A clinical trial of a new preparation of plantago seeds and senna pods. **Acta Naturalia**,1986;57:56. **8.** Kaltstein A. The treatment of constipation during pregnancy and puerperium. **Fortschr Med**,1969;87:723-5.

* Nos E.U.A. os produtos Agiolax® e Agiofibra® são comercializados com as marcas Perdien® e Perdien Fiber®.

Medo de cirurgia

Você tem, eu tenho, todos temos. Mas há uma maneira inteligente de lidar com isso: informando-se ao máximo e procurando um médico em quem realmente confie

A simples menção da palavra cirurgia é suficiente para deixar muita gente de cabelo em pé. O que parece simples para os médicos —afinal, operar os outros é o ofício deles —para a grande maioria dos mortais comuns soa como algo assustador, ameaçador. Quem já passou por esse tipo de situação sabe bem como é. Basta recebermos a notícia de que temos que nos submeter a uma cirurgia e já sentimos aquele frio na barriga. Depois vem o medo — muitas vezes seguido pelo pavor total. Por outro lado, a idéia de que vamos nos livrar dos incômodos de uma doença, ou de que não temos escolha, acaba nos servindo de consolo e sendo a maior motivação para criarmos coragem de alguma forma. É o que acontece, por exemplo, com quem tem Doença de Crohn ou Colite Ulcerativa. "Quando o tratamento clínico não deu o resultado esperado, ou quando há alguma complicação mais séria, o Crohn e a Colite podem ter indicação cirúrgica", diz o Dr. Flavio Steinwurz, gastroenterologista especializado nessas moléstias e presidente da **ABCD** — **A**ssociação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn. "No caso da Colite, a cirurgia pode ser curativa porque ao retirar todo o intestino grosso elimina-se o problema", continua Steinwurz. "Só que isso resulta na colocação de uma bolsa interna ou externa, ou seja, uma ileostomia ou uma anastomose íleo-anal." Já na Doença de Crohn, que não tem cura, o procedimento cirúrgico é ainda menos indicado. Só se deve recorrer a ele em casos específicos, mesmo assim a coisa nunca deve ser de maneira radical. "Não adianta tirar grandes segmentos do intestino porque o Crohn pode voltar", assegura Steinwurz.

Por conta do medo, da insegurança e, muitas, vezes, da falta de informações, muitos doentes de DII acabam deixando a cirurgia para depois. Mas à medida em que o tempo passa, correm o risco de o organismo se debilitar de tal forma que a operação pode se transformar numa questão de urgência. Se a recomendação é a cirurgia, o jeito é vencer o medo, e encarar o problema de frente.

O primeiro passo a dar é conversar com seu médico, perguntar exatamente o que será feito e ter total confiança no que ele lhe diz (se você não tem total, mas total mesmo, confiança nele, procure outro). Foi assim que aconteceu com Joana Grotolli, que tem Doença de Crohn e internou-se em fevereiro para fazer uma laparoscopia exploratória do intestino e retirar uma fístula e um abscesso. Só que, antes mesmo da cirurgia, seu quadro se complicou e ela teve que permanecer internada durante dois meses. Dentre as complicações, Joana teve pneumonia. Imagine o que é passar dois meses num hospital, doente, esperando melhorar para poder ser operada. Se ela não tivesse confiança nos médicos

As perguntas que você deve fazer ao seu médico

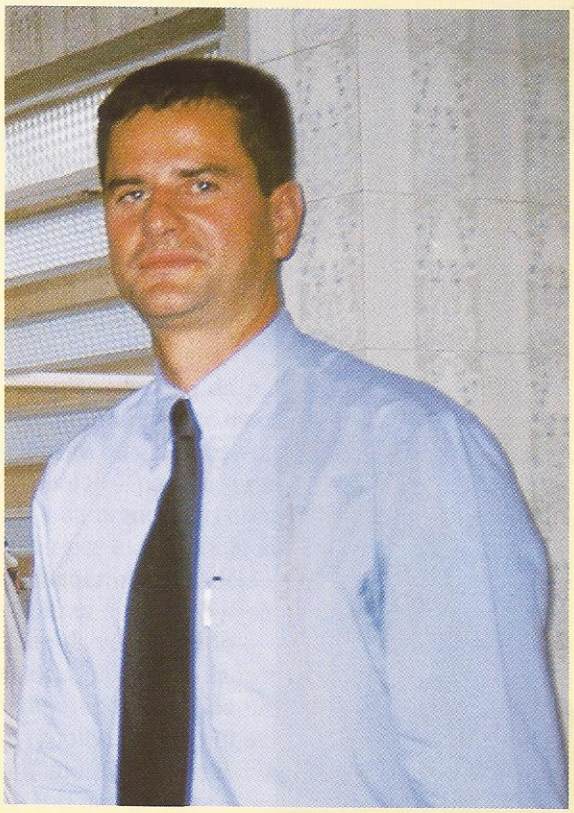
- ✔ Quais os indicadores que o levaram a recomendar a cirurgia?
- ✔ Que outras alternativas de tratamento estão disponíveis?
- ✔ Quais as conseqüências caso a cirurgia não seja feita?
- ✔ Quais são os procedimentos básicos?
- ✔ Quais são os riscos?
- ✔ Como a cirurgia pode melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida?
- ✔ Quanto tempo você terá que ficar no hospital?
- ✔ Como será a sua recuperação depois da cirurgia?
- ✔ Quando você poderá voltar às suas atividades normais?
- ✔ Que efeitos a cirurgia pode ter sobre o seu organismo?

Avelino Rodrigues: "O doente precisa se sentir compreendido por seu médico"

e não entendesse o porquê dos procedimentos, poderia ter ficado mal também da cabeça. Ouvida pela reportagem da **ABCD Em FOCO** no começo de março, Joana estava otimista. "Não tenho receio da operação porque tanto o cirurgião que está a frente do meu caso quanto o meu médico clínico me dão bastante tranqüilidade", diz ela. "Sinto que estou bem acompanhada e não tenho nenhuma dúvida quanto aos procedimentos." Sua cirurgia acabou acontecendo só na segunda quinzena de março.

Está certo que Joana está longe de ser uma marinheira de primeira viagem. Aos 48 anos, casada e mãe de um filho de 28 anos, esta não é a primeira vez que se submete a uma cirurgia. Já passou por um parto, operou o colo do útero em função de uma dilatação e o apêndice. Além do mais, ela é mulher — e as mulheres, de modo geral, encaram a dor, a doença e os desconfortos e chatices das internações hospitalares de maneira muito melhor que os homens. Mas de qualquer forma, nada disso é um prazer. É certo também, que os procedimentos cirúrgicos hoje em dia estão cada vez mais sofisticados graças à tecnologia e técnicas avançadas — e a laparoscopia é uma delas. Mesmo assim, não impedem que as pessoas tenham lá os seus receios. "Um corte é sempre algo que mexe com a vida da gente. Quando não há outra saída, no entanto, o negócio é descontrair, relaxar e deixar rolar. Não adianta lutar contra", ensina Joana. "Para ficar do jeito que eu estava, perdendo nutrientes até não poder mais, o melhor era mesmo encarar logo a cirurgia."

Segundo o psiquiatra Avelino Luís Rodrigues, em se tratando de cirurgia, o principal medo que as pessoas têm é o da morte. "Os pacientes se referem comumente ao medo da anestesia, porque na fantasia das pessoas isso aparece como um efeito adverso", afirma Rodrigues, que é também professor de Psicossomática no curso de Pós-Graduação de Psicologia Hospitalar na Universidade de Guarulhos. "Uma pessoa, quando anestesiada, está num estágio de perda de consciência, o que, de forma inconsciente, está relacionado à morte." É fácil enten-



PAULO CESAR GIACOMELLI

Empresário, 39 anos, casado, quatro filhos

"Eu passei por duas cirurgias. A primeira foi de urgência porque os exames apontaram um megacolon tóxico (algo como uma deterioração do intestino grosso). Senti muito medo de morrer. Me retiraram todo o intestino grosso e colocaram uma bolsa provisória (ileostomia). Chorava muito e não me conformava com aquela situação inesperada. Estava completamente despreparado, tanto clinicamente quando psicologicamente. Como não tinha morrido, passei a ter medo das conseqüências da cirurgia — do corte, da cicatriz, da ileostomia que seria provisória e da própria doença, que tinha sido diagnosticada como Crohn. A segunda aguardei com ansiedade, pois fora programada para dali a quatro meses para a reversão do trânsito intestinal (retirada da bolsa). Foi a fase mais difícil da minha vida mas todo aquele sofrimento me permitiu ter hoje uma vida totalmente saudável."

der: a partir do momento em que tomamos uma anestesia, sabemos que perdemos o controle sobre as coisas e que estamos totalmente entregues à equipe médica. Isso por acaso é agradável?

O Dr. Avelino Rodrigues ressalta ainda outras razões que levam os seres humanos a terem medo de cirurgia. Um deles diz respeito ao que pode ser encontrado durante a operação. Digamos que abram a barriga da gente e encontrem lá dentro um tumor. Só de pensar já dá arrepio, não é? E se repente temos um choque anafilático? E se alguma coisa der errado? São pensamentos desse tipo que povoam a nossa mente antes de qualquer cirurgia, sobretudo se for das grandes. "No caso do Crohn ou da Colite é preciso ainda considerar o aspecto de uma possível mutilação para, por exem-

Para as crianças

Em vez de ter medo, tente entender o que vai acontecer com você

Se um dia o médico lhe disser que você tem que ser operado, não se desespere. Isso pode acontecer com todo mundo, adultos e crianças. Às vezes é preciso retirar a parte inflamada do seu intestino. De qualquer forma, a cirurgia vai ajudá-lo a se sentir bem melhor.

As cirurgias são feitas no hospital, para onde seus pais irão levá-lo. Não esqueça de levar junto seus brinquedos. Lá haverá enfermeiros, auxiliares e médicos que cuidarão de você o tempo todo. Qualquer dúvida que você tiver, não deixe de perguntar aos seus pais, ao seu médico e ao cirurgião (aquele doutor especialista em operar as pessoas).

Na hora da cirurgia você será levado ao centro cirúrgico, uma sala especial cheia de instrumentos diferentes. Você poderá olhar em volta e fazer perguntas sobre o que quiser. Em alguns casos, a cirurgia pode ser urgente e aí não dará tempo de olhar tudo e fazer perguntas. Mas poderá fazer isso depois que a cirurgia terminar.

Antes da operação, você vai tomar anestesia. Nada mais é que um remédio para dormir e não sentir nenhuma dor enquanto é operado. O médico que faz esse trabalho chama-se anestesista.

Ah! E tem mais uma coisa que você deve saber para não se assustar: todas as pessoas que estão na sala de cirurgia usam máscaras, para evitar que germes e bactérias sejam transmitidos uns para os outros e principalmente para quem está sendo operado.

plo, se colocar uma bolsa", lembra o psiquiatra.

Como se vê, não é sem motivos que as pessoas têm tanto receio de se submeter a uma cirurgia. Então o que fazer? Como lidar, na prática, melhor com esse medo?

Uma das coisas mais importantes é ter uma boa relação com o médico. Uma relação de clareza total, de confiança mútua, de colaboração. "O doente não precisa apenas ter a seu dispor todas as informações necessárias", afirma, Rodrigues. "Mais que isso, ele precisa se sentir compreendido por seu médico. Precisa ter a certeza de que, sejam quais forem as suas preocupações, elas não vão soar aos ouvidos do médico como 'frescuras'." *(Veja quadro na página 6.)* Cabe ao profissional, portanto, acolher todos os temores do seu cliente e lidar com eles com paciência e sabedoria. De uma coisa ninguém duvida: o desconhecido sempre provoca medo. Por isso, quanto mais informação você tiver, quanto mais conversar com seu médico, mais segurança terá quanto aos procedimentos aos quais será submetido. Melhor: poderá avaliar o quanto vai ganhar em qualidade de vida depois da cirurgia.

"Para mim, ter confiança no cirurgião é fundamental", enfatiza Waldir José de Moraes, analista de sistemas e portador de Crohn. Recém-operado, retirou uma parte do intestino depois de passar um ano e meio sofrendo todos os sintomas da doença, entrando e saindo de hospitais por causa de fístulas. Uma delas, na perna esquerda não fechava mais. "Não tinha mais jeito e eu quis fazer a cirurgia", conta ele. "Não fiquei com medo porque sabia que iria melhorar. Me atirei de cabeça, deu tudo certo e vou muito bem obrigado." Aos 39 anos, casado e sem filhos, Waldir dá seu conselho a quem necessita fazer uma operação de intestino: "Procure um médico que tenha experiência em Crohn e Colite e pessoas que já tenham passado por esse tipo de cirurgia para saber em detalhes tudo o que vai acontecer com você."

Conversar com o anestesista também é importante para tranqüilizar e diminuir a ansiedade de quem vai fazer uma cirurgia. Ele pode dar detalhes sobre o tipo de anestesia indicada no seu caso, se geral ou peridural, os efeitos que provocam no organismo, tempo de duração, a recuperação pós-anestesia etc. A conversa com este profissional é importantíssima para que ele avalie corretamente as suas condições de saúde e esclareça suas dúvidas. Todas essas indicações valem tanto para os adultos quanto para as crianças. Estas últimas, especialmente, requerem cuidados maiores pois não têm ainda capacidade de compreender exatamente o que está acontecendo no seu organismo *(veja quadro na pág.8)*.

Maria Amalia Bernardi Caccuri

Jornalista, 43 anos, casada, duas filhas

"Acho que nunca tive muito medo de cirurgia, de nenhuma espécie. Sorte minha, pois já fui operada cinco vezes. Por complicações do Crohn, apenas uma vez — mas me sinto pleaamente preparada para ser operada a qualquer momento e sei que com a doença que tenho isso pode ocorrer. É claro que não desejo, e tomo todos os cuidados para evitar que aconteça. Mas não tenho medo. Sempre acho que no fim tudo vai dar certo — e, como dizem, se não der certo, é porque ainda não chegou o fim. Por incrível que pareça, encaro uma anestesia como uma oportunidade de ter um sono profundo e gostoso (com um despertar não tão gostoso assim). Mas sempre me recuperei depressa e, aliás, nenhuma das operações me deixou pior. Juro que não consigo entender o pavor que as pessoas têm de cirurgia, quando, na verdade, boa parte dos problemas do dia-a-dia requer muito mais coragem para ser enfrentados do que uma operação."

Pequeno Dicionário

Conheça o significado de alguns termos que fazem parte da vida e do vocabulário de quem tem Crohn e Colite Ulcerativa:

Colectomia: nome dado à remoção do intestino grosso (cólon), podendo ser total (colectomia total) ou parcial (hemicolectomia).

Anastomose ileoanal com bolsa: procedimento pelo qual se remove o cólon e uma bolsa interna é formada pelo intestino delgado, que funciona como um depósito de fezes na falta do intestino grosso.

Ileostomia: procedimento no qual o cólon é removido e uma abertura é feita a partir do íleo (parte mais baixa do intestino delgado) na parede abdominal, permitindo redirecionar as fezes para uma bolsa plástica externa.

Proctocolectomia: remoção cirúrgica por completo do cólon e do reto. o agente que causa uma doença.

Autóloga: Da própria pessoa

Comensal: Bactéria que convive com o organismo sem agredi-lo, ou seja, não é parasita

Estase: Represamento, falta de fluxo

Humoral: Um tipo de defesa imunológica do organismo

Ecosanóides: Mediadores da inflamação

Fale com a ABCD

www.abcd.org.br

3064-2992

Alameda Lorena, 1304, conj. 802

Entrevista

O médico tem que ser amigo

A gastroenterologista Lorete Kotze acredita que o bom relacionamento com o doente é essencial no tratamento da DII

Por Inês Zanchetta

Pode-se dizer, sem exagero, que a curitibana Lorete Kotze, escolheu a especialidade certa dentro do curso de medicina que fez na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Depois da residência de dois anos em Clínica Médica, ficou um ano como residente em Gastroenterologia, completou sua formação no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em Gastroenterologia Pediátrica, e depois especializou-se em Gastroenterologia de adultos e em Doenças Intestinais no Instituto Brasileiro de Ensino e Pesquisas. Ao retornar a Curitiba, em 1971, introduziu a Gastroenterologia Pediátrica no Estado do Paraná, com atendimento no Hospital Infantil Pequeno Príncipe. De lá para cá, Lorete Kotze desenvolveu inúmeros trabalhos científicos com pesquisas voltadas especificamente para doenças do intestino delgado, doença celíaca (intolerância a glúten) e doenças inflamatórias intestinais. Além disso, é autora de dois livros (Receitas Para Pessoas Com Sensibilidade ao Glúten e Sem Glúten) e de alguns capítulos de um outro livro sobre o tema: Diarréias Crônicas, Diagnóstico e Tratamento.

Fanática por seu trabalho, a médica foi, entre outras coisas, a primeira mulher a ocupar no Paraná cargos como: chefe dos médicos residentes, coordenadora do curso de Medicina da UFPR, conselheira do Conselho Regional de Medicina do Paraná, presidente da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática e foi eleita para a Academia Paranaense de Medicina. No exterior, Lorete integra também o American College of Gastroenterology, desde os tempos em que era residente no Hospital das Clínicas da UFPR. Atualmente, ela é Diretora Técnica do Hospital Universitário Cajuru da PUC do Paraná.

Kotze: "Há muitas revistas e livros disponíveis no Brasil que falam sobre DII"

Sua intensa vida profissional sempre foi apoiada de perto por outros três médicos: o marido e dois de seus três filhos homens. De seu consultório, na capital paranaense, onde atende adultos e crianças, a especialista, que tem quatro décadas de experiência e é uma ferrenha defensora da boa relação médico-paciente como item fundamental no tratamento das DII, deu a seguinte entrevista à **ABCD Em FOCO**:

Como a senhora iniciou sua experiência clínica?
Foi como médica residente, em 1967, embora já tivesse freqüentado hospitais nos mais variados serviços desde julho de 1961. Portanto, há quase 40 anos passo a maior parte do tempo dentro do hospital e também no meu consultório.

A senhora tem idéia de quantos casos de DII tratou nesse tempo todo?
No meu consultório posso dizer que já tratei, e ainda trato, de 70 casos de Doença de Crohn e de mais de 200 pacientes com Recolite Ulcerativa Inespecífica. Já nos hospitais universitários é difícil dizer um número exato — só sei que foram e continuam sendo muitos.

Por que não existem no Brasil estatísticas sobre as Doenças Inflamatórias Intestinais?
Por duas razões: a desorganização dos serviços e o receio dos médicos em "repartir" os seus casos com outros.

De acordo com o relato de vários pacientes brasileiros de DII, ter o diagnóstico correto é, muitas vezes, difícil e demorado. Será pelo fato de os nossos gastroenterologistas, de forma geral, terem poucas informações sobre essas doenças?
Ao contrário, eles não têm poucas informações a respeito das DII. Todas as revistas disponíveis e os livros falam do assunto — e muito bem. A grande maioria dos cursos de Medicina ensinam estas afecções. Também acho que o diagnóstico não é mais tão difícil, desde que a entidade procurada tenha os recursos necessários para fazê-lo.

A partir de sua experiência, a que conclusão chegou sobre os tratamentos e medicamentos disponíveis para as DII? Faz restrição a algum?
As drogas disponíveis são boas, cada uma para determinados casos e fases. As restrições ficam limitadas a cada caso em particular. Com o advento de drogas com menos efeitos colaterais, o manejo ficou melhor. As perspectivas futuras são bem promissoras, principalmente se pudermos ter recursos financeiros para adquiri-las.

O Remicade, por exemplo, parece ainda ser pouco usado. Por que?
Utilizei o medicamento em quatro pacientes e a resposta foi fantástica. Mas o que limita o seu uso é o alto custo.

Que itens a senhora considera fundamentais no tratamento de pacientes com DII?
A partir da minha experiência posso dizer que, acima de tudo, a excelente relação médico-paciente é fundamental no tratamento. Essas doenças, como se sabe, são para o resto da vida. Assim, há necessidade de um médico que comande uma equipe multiprofissional que inclua cirurgiões, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e psiquiatras, só para lembrar alguns.

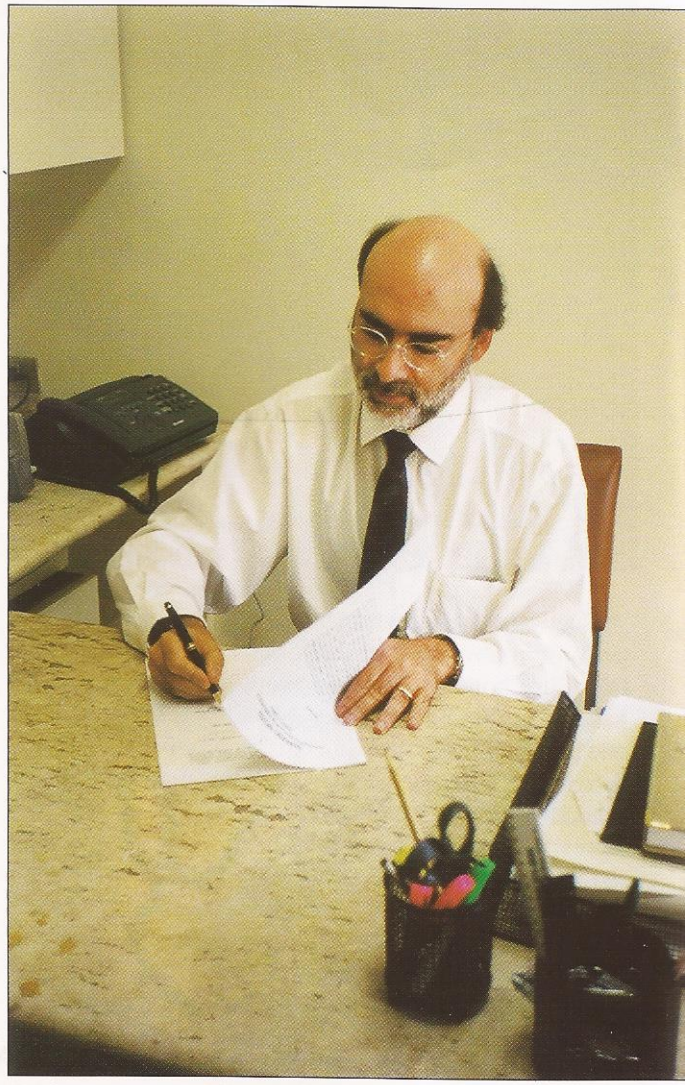
Dupla comemoração

A **ABCD** completou dois anos de vida e nesse curto espaço de tempo cresceu e adquiriu sede própria

Uma façanha e tanto. É assim que se pode definir a compra da sede própria por parte da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. Afinal, a **ABCD**, criada em fevereiro de 1999, foi a concretização de um sonho que envolveu especialistas e pacientes e acabou estreitando bastante essa relação. Para isso foram necessárias doses elevadas de determinação, vontade, garra e entusiasmo. Qualidades, aliás, que não faltaram aos fundadores da Associação. Flavio Steinwurz, o primeiro e atual presidente, especializado no estudo e tratamento de Crohn e Colite, queria melhorar a qualidade de vida dos doentes e o caminho que escolheu foi lutar pela criação da **ABCD**. Uma vez criada e em funcionamento, uma das grandes recompensas da diretoria, além de ter nesse período procurado facilitar ao máximo a vida dos pacientes, foi a compra de uma sede própria. "A diretoria se reuniu com o objetivo de analisar as possibilidades de termos uma sede própria, alugada ou comprada", explica Steinwurz. É que desde sua fundação a **ABCD** funcionava em uma sala gentilmente cedida por Steinwurz em seu consultório, na Rua da Consolação, em São Paulo.

Depois de analisar minuciosamente o capital disponível, optou-se pela tentativa de compra de uma sede. "Na verdade, começamos de forma modesta. Visitamos mais de dez salas e acabamos escolhendo uma na Alameda Lorena, no bairro paulistano dos Jardins", conta o médico. É uma sala pequena, porém bem localizada e apta a atender os objetivos da associação. Para efetuar a compra, a diretoria negociou com o dono do imóvel, o cirurgião plástico Cláudio Célio Najar Valle. "Acabamos fechando um acordo acessível para nós e bom para ele", relata Steinwurz.

A história da fundação da **ABCD** começou há mais de dez anos, quando o médico Burton Korelitz, uma das maiores autoridades mundiais em doenças inflamatórias intestinais (DII) esteve no Brasil dando cursos. Foi ele que orientou Flavio Steinwurz, com quem convivera em Nova York, quanto à necessidade



Steinwurz, presidente da ABCD: orgulho de assinar a compra da sede própria

de se ter aqui um atendimento diferenciado aos portadores de DII, da mesma forma como existia nos Estados Unidos. O Dr. Flávio Steinwurz relata um pouco dessa história:

"Naquela época, alguns amigos e eu tentamos transformar essa idéia em realidade. Mas o pessoal desanimou e adiamos o objetivo. Em 1998, esteve aqui o doutor Seymour Katz, outra autoridade em DII, e insistiu que eu deveria montar grupos de apoio e formar uma associação. Ele nos facilitaria o caminho apresentando-nos ao presidente da CCFA — Crohn's & Colitis Foundation of América, doutor James Romano.

O primeiro contato com Romano foi feito por carta e alguns meses depois, durante um congresso em Boston, fomos apresentados pessoalmente. Lá tam-

bém estavam os doutores Katz e Korelitz. Então, acertamos que formaríamos uma associação no Brasil com o apoio da CCFA, o que nos permitiria traduzir e distribuir todo o seu material impresso. Assim, em fevereiro de 1999, nasceu a **ABCD**

Nessa empreitada, tive a ajuda de profissionais envolvidos com essas doenças e de um grupo de pacientes que já se reunia com freqüência no meu consultório — e forma o quadro de fundadores da Associação.

A indústria farmacêutica também nos estimulou patrocinando nossos folhetos educativos e permitindo uma divulgação mais ampla das moléstias e de nossas atividades.

Os principais ideais da ABCD continuam os mesmos e é bom sempre reafirmá-los:

- **difundir ao máximo todas as informações sobre essas patologias**
- **orientar os portadores e suas famílias**
- **defender os direitos dos doentes quando forem violados e dar-lhes apoio irrestrito das mais variadas formas**

Os convênios que estamos ampliando a cada dia, seja com laboratórios de renome que oferecem descontos para a realização de exames ou seja para adquirir medicamentos mais baratos, estão melhorando a vida de nossos associados.

Nesses dois anos de vida, nossa página na Internet recebeu 24 mil visitas, nossa revista — **ABCD Em FOCO** — criada há exatamente um ano para divulgar matérias e reportagens de interesse de doentes e profissionais, tem tido excelente repercussão e o número de associados está em torno de 500.

Não é por acaso que a **ABCD** continua em franco crescimento. E nossa intenção é crescer cada vez mais e apoiar um número sempre maior de doentes. Porque o que nos move é a solidariedade e é dela que vem a força que nos movimenta e nos empurra para a frente, no sentido de aumentar e fortalecer cada vez mais essa nossa corrente — corrente que não existiria sem você."

Anote nosso novo endereço e telefone e apareça para tomar um café com a gente:

Alameda Lorena, 1304, conj. 802
Tel: (11)3064-2992
CEP: 01424-001
São Paulo – SP

Serviços ABCD

Mais facilidades para você

A missão da ABCD de facilitar ao máximo a vida de quem tem Doença de Crohn e Colite Ulcerativa vem se consolidando a cada dia e a associação continua crescendo. Fechamos convênios com laboratórios renomados, que oferecem descontos aos associados na realização de exames clínicos e de diagnósticos por imagens como ultrassom e ressonância magnética entre outros. Basta apresentar a carteirinha de sócio. Os percentuais de desconto variam, por isso, consulte-nos para obter mais in-formações e fale com a Gil. Nosso telefone mudou — o novo número é (11) 3064-2992.

Abaixo, segue a relação das instituições conveniadas até agora, com os respectivos telefones para facilitar seu contato:

São Paulo (SP)

- Laboratório Fleury (análises clínicas e outros) Fone: (11) 284-5233
- Laboratório Rawet (anatomia patológica) Fone: (11) 3826-8461
- CURA (diagnóstico por imagem, ultrassom, ressonância, RX, Tomografia) Fone: (11) 3887-4707
- Prof. Dr. Arnaldo Ganc (endoscopia) Fone: (011)3887-5400
- CDB — Centro de Diagnósticos Brasil Fone: (011)3884-9222

Rio de Janeiro (RJ)

- Laboratório Richet Fone: (21)286-1084

Curitiba (PR)

- Laboratório Frischmann & Aisengart Fone: (41)340-8282

Belo Horizonte (MG)

- Laboratório Humberto Abrão Fone: (31)3282-5700

Porto Alegre (RS)

- Laboratório Metanalysis Fone: (51)328-1099

Brasília (DF)

- Laboratório Sabin de Análises Clínicas Fone: (61)328-0112

Estacionamento

- A **ABCD** mudou de endereço e, para proporcionar mais conforto aos associados, fez convênio com o Estacionamento Rede Park, na Al. Lorena, 1700. Ali, os sócios pagarão por uma hora apenas R$ 2,00 desde que apresentem o selo especial da **ABCD**.

Balanço Bienal

BALANÇO SINTÉTICO

Contábil JardinPaulo Alexandre Vidonscky
Rua Guarara ,529 CJ 12
São Paulo — SP
(011)3885 7997
Vidonsck@uol.com.br

ABCD ASSOC. BRAS. COLITE ULC. DOENÇA CROHN Dezembro./2000
I. MUN. CCM.: 2.798.203-3
Num. Empresa: 000009CNPJ/CPF.:03065666/0001-16
Endereço.: Rua da Consolação 3741 São Paulo — SP
Atividade.: Filantrópica, cultural e Educacional

ATIVO

Circulante
Disponível
CAIXA GERAL
Soma do Grupo 15,53
Bancos – Conta Corrente
Soma do Grupo 7.124,52
Aplicações Finac. Liquidez imediata – FAF
Soma do Grupo 365,45
Total Disponível 7.505,50
Realizável a Curto Prazo
Duplicatas a Receber
Soma do Grupo 5.238,00
Aplicações Financeiras de Renda Fixa
Soma do Grupo 22.801,12
Adiantamentos a Terceiros
Soma do Grupo 3,00
Total Realizável a Curto Prazo 28.042,12

Total do Circulante 35.547,62

PERMANENTE
Imobilizado
Móveis, Utensílios e instalações
Soma do Grupo 646,00
Total do Imobilizado 646,00

Total do permanente 646,00

Total do Ativo 36.193,62

PASSIVO

CIRCULANTE
Fornecedores – Exigíveis a Curto Prazo
Fornecedores – (origem – contabilidade)
Soma do Grupo 13.840,85
Total de C/C Fornecedores 13.840,85
Obrigações Trabalhistas
Folha de Pagamento de Empregados
Soma do Grupo 631,00
Provisão para Obrigações Trabalhistas
Soma do Grupo 5,00
Encargos Sociais a Pagar
Soma do Grupo 328,51
Total de Obrigações Trabalhistas 964,51
Contas a Pagar/ Credores/ Diversos
Outras Contas a Pagar.
Soma do Grupo 151,08
Total de Contas a Pagar 151,00

Total do Circulante 14.956,44

PATRIMÔNIO LÍQUIDO
Patrimônio Social de Entidades
Soma do Grupo 16.580,90
Total de Capital 16.580,90
Superavits ou Deficits Acumulados
Superavits do Exercício
Soma do Grupo 4.656,28
Total de Superavits/Deficits Acumulados 4.656,28
Total do Patrimônio Liquido 21.237,18

Total do Passivo 36.193,62

RESULTADOS DO EXERCÍCIO

Receitas Operacionais e Deduções

DESPESAS
Despesas Operacionais
Despesas Financeiras
IRRF Sobre Aplicações Financeiras ..... (130,52)
Soma do Grupo ..... (130,52)
Total dos Grupos ..... (130,52)
Despesas Operacionais Administrativas
Despesas Trabalhistas e Encargos Sociais
Salários e Ordenados ..... (3.501,25)
13º Salário ..... (291,67)
Gratificações ..... (208,33)
INSS ..... (1.019,97)
FGTS ..... (319,99)
PIS S/ Folha de Pagamento ..... (35,00)
Soma do Grupo ..... (5.376,21)
Serviços de terceiros e encargos Sociais
Serviços Prestados por pessoas Físicas ..... (6.550,00)
Serviços Prestados por Pessoas Jurídicas ..... (2.932,00)
Soma do Grupo ..... (9.482,00)
Despesas Administrativas Diversas
Água e Esgoto ..... (5,99)
Bens Natureza Permanente C/PEQ/Valor ..... (599,38)
Combustíveis e Lubrificantes ..... (648,82)
Conserv/Repart/Manutenção e Instalações ..... (50,00)
Despesas Postais/ Correio e Telégrafos ..... (7.149,38)
Impressos e Materiais p/Escritório ..... (3.090,10)
Jornais e Revistas ..... (12.131,70)
Materiais de Consumo ..... (31,78)
Refeições e Lanches ..... (337,00)
Telefone ..... (2.206,34)
Despesas com Xerox e Autenticações ..... (420,37)
Condução e Estacionamento ..... (260,75)
Medicamentos ..... (220.690,43)
Material de Higiene e Limpeza ..... (31,20)
Assistência Contábil ..... (1.557,00)
Filmes e Revelações Fotográficas ..... (581,69)
Fretes e Carretos ..... (557,35)
Materiais Diversos ..... (96,50)
Complementos Nutricionais ..... (7.066,20)
Despesas com Internet ..... (2.840,06)
Conserv/Repar/Manut Maquinas e Equipamentos ..... (430,00)
Anúncios, Publicidade e Propaganda ..... (18.800,00)
Gorjeta ..... (15,00)
Soma do Grupo 279.597,04
Despesas Administrativas e Tributárias
TLIF ..... (50,72)
CPMF ..... (930,23)
Soma do Grupo ..... (980,95)
Despesas Administrativas Financeiras
Juros e Multas Passivos ..... (10,84)
Despesas Bancarias ..... (51,25)
IRRF S/Aplic. Financ ..... (281,16)
Soma do Grupo ..... (343,25)
Total dos Grupos ..... (295.779,45)
DEFICIT 295.909,97
Receitas Financeiras
Ganhos com Aplicações Financeiras
Rendimentos de Aplicações no FAF 4,46
Ganhos Real de Aplicações de Renda Fixa 2.057,77
Soma do Grupo 2.062,23
Total dos Grupos 2.062,23
DEFICIT ..... (293.847,74)
Receitas não Operacionais e Deduções
Outras Receitas não Operacionais
Outras receitas não Operacionais
Despesas Recuperadas 559,52
Soma do Grupo 559,52
Doações Diversas .....
Doações Diversas 297.944,50
Soma do Grupo 297.944,50
Total dos Grupos 298.504,02
Superávit do Exercício 4.656,28

Tudo sob controle, mas com medicamentos

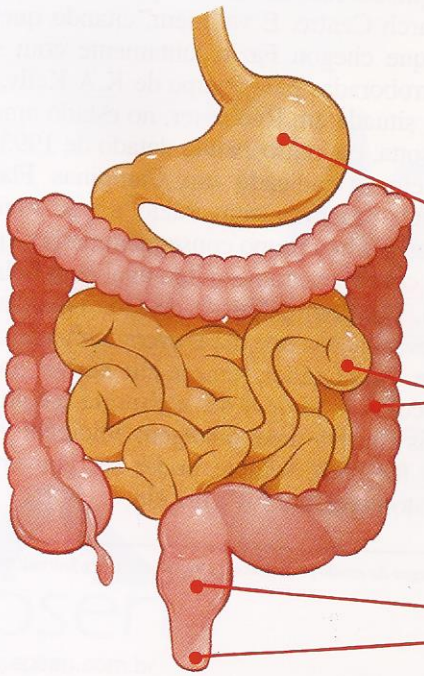
Por José Gaudêncio Pires dos Santos

A minha primeira crise de Colite Ulcerativa foi tão forte e tão séria que acabou me chamando a atenção para a vida. Daí em diante, passei a dar mais valor a coisas que antes eu nem enxergava, como por exemplo, o tom do verde das árvores. A violência com que a doença se manifestou é uma experiência que gostaria muito de esquecer, mas guardo bem viva na minha memória.

Os sintomas começaram quando eu tinha 21 anos. Estava numa época difícil, estudando para o vestibular e muito estressado. Comecei a ficar com o intestino preso e resolvi tomar um laxante. Funcionou, mas havia sangue em minhas fezes. Assustado, procurei um clínico geral. Uma das hipóteses era que eu estivesse com hemorróidas. Ele me receitou uma dieta e começou a tentar alguns tratamentos, na base dos erros e acertos. Uma semana depois, eu estava na cama com cólicas, diarréia e evacuando com sangue. Decidi então procurar o Hospital Oswaldo Cruz. Ali começou uma saga que duraria 35 dias. Primeiro passei por um clínico para avaliar meu estado geral. Ele me encaminhou para um gastroenterologista. Nessa altura, estava com vinte quilos menos e tinha uma febre que não passava. Aí veio o diagnóstico: Retocolite Ulcerativa. Comecei o tratamento com antibióticos e medicamentos específicos, mas não houve a melhora esperada. A hipótese de uma cirurgia para retirar todo o intestino começou a se tornar cada vez mais real. Os médicos, entretanto, não desistiram e fizeram novas tentativas mudando a minha medicação. Só no décimo-sexto dia de internação é que comecei a me restabelecer. Fui me recuperando aos poucos até ter alta.

Hoje, aos 35 anos, formado em Odontologia e trabalhando normalmente no meu consultório, tenho conseguido manter a doença sob controle. Desde aqueles tempos faço um acompanhamento médico bem de perto — talvez por isso as crises que vieram depois foram logo controladas com medicamentos.

Certa vez, quis fazer uma experiência e achei que podia parar de toma-los. Logo em seguida piorei, o que me convenceu a nunca mais largar a sulfa. Outra coisa que faço a cada três anos como prevenção é uma colonoscopia de controle. Sei que deverei, em breve, passar a repeti-la uma vez por ano, mas já não me martirizo com exames desse tipo. Estou vivendo bem e não me queixo mais.



Você sabe como funciona o tubo digestivo?

Confira no infográfico abaixo como o organismo faz a digestão e processa os alimentos

- **Estômago:** quebra os alimentos antes que eles cheguem ao intestino
- **Intestino delgado:** digere ainda mais os alimentos absorvendo e enviando nutrientes aos outros órgãos e células. Alimentos não digeridos e nutrientes inúteis são transportados para o intestino grosso para posterior eliminação
- **Intestino grosso:** processa os alimentos não digeridos para permitir sua eliminação na forma de fezes
- **Reto:** retém o material fecal até que um movimento motor ocorra
- **ânus:** elimina o material fecal para fora do corpo. Funciona como uma válvula

Colite ulcerativa e qualidade de vida

Estudos realizados por pesquisadores indianos mostram que é possível viver bem mesmo tendo uma doença crônica. Veja os caminhos que eles apontam

Saúde relacionada a qualidade de vida é um conceito que engloba em largo espectro o comportamento emocional, físico e social e a percepção das pessoas afetadas por doenças crônicas como a Colite Ulcerativa. O acesso a indicadores de qualidade de vida desempenha importante papel na avaliação de intervenções terapêuticas em várias doenças crônicas — e as DII, naturalmente, estão entre elas. Tais indicadores podem ser verificados junto aos pacientes por meio de um questionário específico aplicado geralmente por psicólogos e psiquiatras.

Um recente trabalho publicado pelos pesquisadores Sheetal Shah, T. Satyendra e Deepak Amarapurkar, do Departamento de Cirurgia e Gastroenterite do Bombay Hospital and Medical Research Centre (em Bombaim, na Índia) mostrou o resultado da avaliação da qualidade de vida em trinta pacientes com Colite Ulcerativa. Veja o resumo dele:

- Dos trinta pacientes, quinze foram tratados clinicamente com bons resultados. Os outros quinze receberam o mesmo tratamento mas não obtiveram melhora e foram submetidos a uma cirurgia.
- Os dois subgrupos foram comparados, então, a outro grupo de controle composto por quinze indivíduos, aparentemente saudáveis. Ao serem submetidas ao tratamento medicamentoso e apresentarem bons resultados, as quinze pessoas que compunham este subgrupo se encontraram na seguinte situação:
  - ✔ quatro estavam com a doença em franca atividade
  - ✔ duas em leve atividade
  - ✔ nove em completa remissão
- Dos quinze componentes do outro subgrupo, e que foram tratados cirurgicamente, a situação foi a seguinte:
  - ✔ nove foram submetidos a uma ileostomia (a colocação da alça do intestino na barriga com uma bolsa plástica externa para coletar as fezes)
  - ✔ seis tiveram anastomose ileo-anal, ou seja, passaram por uma cirurgia que junta o íleo ao ânus através de uma bolsa interna.

De acordo com os pesquisadores, os pacientes do subgrupo controlado com medicamentos apresentaram bom índice de qualidade de vida. Já os que não responderam ao tratamento clínico registraram índices muito complicados de qualidade de vida. Entretanto, depois da cirurgia, a tendência é que esses índices melhorem tornando-os comparáveis aos obtidos nos pacientes com bom controle medicamentoso. O estudo dos pesquisadores indianos conclui que os pacientes submetidos à ileostomia registraram qualidade de vida superior aos que sofreram anastomose ileo-anal.

Outras pesquisas, entretanto, revelam resultados diferentes, como por exemplo a que foi realizada pelo doutor Victor Fazio e sua equipe da Cleveland Clinic, em Cleveland, nos Estados Unidos (Fazio é o maior especialista em cirurgia ileo-anal com bolsa do mundo.) Eles demonstraram um excelente índice de qualidade de vida em 1005 casos de anastomose ileo-anal com bolsa. Tal resultado deve ser levado em consideração já que estatisticamente é muito superior aos únicos nove casos descritos no estudo dos indianos.

Apesar de diferir dos resultados obtidos pelos indianos, esta informação consta do relatório feito pelos próprios pesquisadores do Bombay Hospital and Medical Research Centre. E vai além, citando que as conclusões a que chegou Fazio juntamente com sua equipe são corroboradas pela equipe de K.A Kelly, da Clínica Mayo, situada em Rochester, no estado americano de Minesotta, em outro estudo datado de 1993. O médico brasileiro e radicado em Campinas Flavio Antonio Quilici, concorda com Fazio e sua equipe. "70% dos casos do meu grupo conseguem ter boa qualidade de vida com a anastomose ileo-anal com bolsa", afirma Quilici. Por boa qualidade de vida entenda de três a quatro evacuações por dia e eventualmente uma durante a noite. Para Quilici, sempre que houver possibilidade de escolha, essa deve ser a cirurgia escolhida. "Além do mais ela tem uma vantagem adicional: se o resultado não for bom, sempre poder ser convertida para uma ileostomia definitiva", diz ele.

Quem quiser ler a íntegra do estudo pode acessar o site www.bhj.org/journal/2000

studio nove

Azulfin

SULFASALAZINA EM COMPRIMIDOS REVESTIDOS GASTRO-RESISTENTES COM EXCELENTES RESULTADOS

- Retocolite ulcerativa inespecífica
- Colite ulcerativa leve ou moderada
- Adjuvante na colite ulcerativa severa
- Doença de Crohn

Azulfin

Melhora a qualidade de vida do seu paciente.

Caixas com 60 comprimidos revestidos gastro-resistentes contendo cada 500 mg de sulfasalazina

apsen

www.apsen.com.br

Colonoscopia Virtual

Uma técnica para avaliação intra-luminal do intestino que você precisa conhecer

Por Dr. Jacob Szejnfeld*

A colonoscopia virtual é um novo método de avaliação do cólon, utilizando as imagens axiais obtidas por tomografia computadorizada em cólon limpo e distendido com ar. Os dados obtidos pela tomografia computadorizada são trabalhados em computador com a finalidade de demonstrarem a mucosa colônica. Trata-se de um método seguro, não invasivo e bem tolerado pelo paciente, com grande potencial de ser utilizado no rastreamento do câncer cólon-retal *(figura 1)*.

O câncer de cólon é uma das principais causas de morte em adultos idosos. Em geral, são decorrentes da longa e progressiva transformação de pólipos adenomatosos em câncer. A detecção e o tratamento desta doença em estágios iniciais leva a cura, pela simples remoção dos pólipos.

A colonoscopia virtual pode também ser obtida a partir de imagens geradas em ressonância magnética, sendo que com esta técnica a distensão intestinal é feita com soro fisiológico e contraste paramagnético. Na colonoscopia virtual, quer por Tomografia Computadorizada (TC) ou por Ressonância Magnética (RM), as imagens originais são submetidas a um programa de computador que produz uma imagem tridimensional do cólon. Isso torna possível a "navegação" ao longo da luz intestinal e permite a avaliação da mucosa intestinal sem que seja preciso introduzir um endoscópio.

A colonoscopia virtual foi inicialmente utilizada a partir de 1994 por Vining e Cols. , sendo a partir de então aprimorada em diversos centros americanos. Destaca-se nesta área a experiência de Rex de Indianápolis e de Ferruci de Boston. O CURA Imagem e Diagnóstico, em São Paulo, realiza este procedimento desde 1997.

Os resultados com a Colonoscopia Virtual (CV) apontam para uma sensibilidade ao redor de 90% para pólipos maiores ou iguais a 1,0 cm, com uma especificidade ao redor de 90% *(figura 2)*.

O resultado de uma comparação da colonoscopia virtual com a endoscópica realizada por Fenlon em 100 pacientes foi animador: a CV permitiu identificar 90% dos pólipos com mais de 6 mm. Neste trabalho houve 19 casos de falsos positivos para pólipos, não ocorrendo no entanto nenhum falso negativo para câncer.

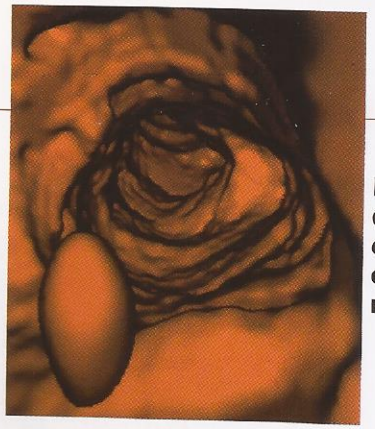


Figura1: Imagem da mucosa colônica normal e resíduo fecal na CV

Figura 2: Imagem de pólipo colônico observado em CV

Vantagens da Colonoscopia Virtual em comparação com a Colonoscopia Endoscópica:

- técnica melhor que o enema baritado
- mais segura que a colonoscopia endoscópica
- exame mais rápido
- potencial melhor aceitação pela população como teste de rastreamento de pólipos colônicos
- possibilidade de avaliação das alterações extra-colônicas

Indicações da Colonoscopia virtual:

- Rastreamento de pólipos/câncer colônico
- Avaliação do segmento colônico acima de segmento obstruído
- Avaliação do cólon pós insucesso da colonoscopia endoscópica
- Pesquisa de neoplasias de cólon e causas de dor pélvico-abdominal
- Pesquisa de neoplasias sincrônicas no cólon

Limitações da Colonoscopia Virtual: Dentro dos parâmetros técnicos atuais, a CV está capacitada a detectar pólipos maiores ou iguais a 1,0 cm. Devemos salientar que apesar de os pólipos entre 6-9 mm de diâmetro poderem não ser detectados, eles têm risco menor que 1% de conter câncer.

Conclusão: A colonoscopia virtual é uma técnica em evolução que pode, dentro dos parâmetros atuais, ser utilizada para substituir a colonoscopia endoscópica em condições especiais, como no rastreamento de pólipos maiores que 1,0 cm e na pesquisa das alterações à montante de obstruções intestinais.

* *O Dr. Jacob Szejnfeld é diretor da CURA Imagem e Diagnóstico Prof. Livre Docente do DDI Unifesp-Epm*

AZURE DESIGN 9167-7488

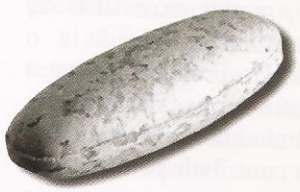
Pentasa®

A mesalazina "inteligente"

Comprimidos

Contém 500 mg de mesalazina de liberação lenta que, independentemente do pH, permite

- Concentrações adequadas de 5-ASA do duodeno ao reto;
- Biodisponibilidade não afetada pelo trânsito intestinal;
- Não se acumula no estômago e a liberação intra-lúmen lenta evita picos de concentração sérica.



Supositórios

1 g para administração 1 vez ao dia, garante

- Presença de 5-ASA em concentrações adequadas durante 8 horas;
- Eficácia e rapidez de ação superior a dos enemas de corticóide e supositórios "tradicionais" de mesalazina.

---

corte aqui

Prezado Doutor,

Para maiores informações sobre Pentasa®, ou receber material didático para seus pacientes, favor preencher a ficha abaixo e enviar via fax para:

Laboratórios Ferring Ltda. fax: (011) 5051-0948

Dr.(a) _____ CRM nº _____

End. consultório _____ cidade _____

Estado _____ cep _____ tels _____

Solicito ☐ monografias Pentasa® ☐ estudos científicos - áreas _____

Materiais didáticos para pacientes ☐ O que é Crohn? ☐ Guia Alimentar ☐ Diário Alimentar

Doença Inflamatória Intestinal e Desnutrição

Por Maria de Lourdes Teixeira da Silva* e Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos**

A Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU) apresentam uma taxa bastante elevada de desnutrição, acompanhada de prejuízos na evolução clínica do paciente e conseqüentes alterações imunológicas. O impacto da desnutrição é relevante sobretudo nas crianças, uma vez que o crescimento exige gasto maior de energia para o organismo realizar o metabolismo.

A ocorrência de desnutrição na Doença Inflamatória Intestinal (DII) pode variar de 20 a 85%, devido a heterogeneidade dos métodos de avaliação nutricional empregados e a variações e diferenças na população estudada. Em 15% das crianças com Retocolite Ulcerativa Inespecífica (RCUI), ocorre um retardo no desenvolvimento da estatura. E nas portadoras de Doença de Crohn (DC) isso é pior ainda: em até 50% dos casos há atraso da puberdade.

Considera-se que a perda de peso no passado recente seja um índice significativo de desnutrição quando se iguala ou excede 10% nos últimos seis meses. Observou-se perda de peso maior que 10% do peso corporal usual em 70% dos pacientes com DC e 40% dos com RCUI.

Em geral, no momento do diagnóstico, a perda de peso observada deve-se à inapetência. Porém, se ocorrer uma hipoalbuminemia (baixo nível de proteína de sustentação) e um balanço nitrogenado negativo, o baixo peso é atribuído a perda de proteínas.

Pacientes com Crohn desenvolvem desnutrição lenta por longo período de tempo, e, portanto, podem sofrer múltiplas e graves deficiências nutricionais. Os pacientes com RCUI apresentam melhor estado nutricional, mas durante internação hospitalar desenvolvem rapidamente deficiência nutricional aguda.

Inúmeros fatores podem contribuir para o desenvolvimento da desnutrição. A falta de apetite e a menor ingerência de alimentos, por exemplo, podem ser conseqüência de dores abdominais, diarréia, náuseas, vômitos, restrições dietéticas, alterações do paladar, dietas dietéticas inadequadas ou anorexia.

A anorexia pode ser determinada pela produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias, tais como interleucina-1b fator de necrose tumoral-a.

A má absorção de nutrientes pode ocorrer ainda por conta de ressecções cirúrgicas, por progressão da doença extensa, pela proliferação de bactérias ou por deficiência de sal biliar (componente da bile necessária à digestão). Além disso, perdas excessivas de substâncias pela mucosa intestinal inflamada e o aumento das necessidades calórico-protéicas frente a agudização do quadro, associam-se com a desnutrição.

Os medicamentos recomendados no tratamento clínico da DII podem também contribuir para a perda de nutrientes ou alterações nutricionais caso seu uso se torne crônico *(veja quadro 1)*.

A terapia nutricional adequada em pacientes com DII não depende dos fatores que contribuem para o desenvolvimento e progressão da desnutrição. A deficiência de vitaminas no organismo de um portador de DII é um exemplo. As vitaminas A, C e E, anti-oxidantes importantes, podem estar deficientes, principal-

Visite o nosso site: www.abcd.org.br Fal

mente se a atividade inflamatória estiver exacerbada *(veja no quadro 2 a prevalência das deficiências nutricionais na DII).*

A deficiência de vitamina D com doença metabólica óssea pode ocorrer em até 45% dos pacientes com Doença de Crohn. No entanto, a suplementação oral com 1000 UI tem sido contestada por muitos autores. Dois estudos retrospectivos identificaram o efeito protetor do folato contra displasia e câncer de cólon e reto em pacientes com RCUI. Outras vitaminas hidrossolúveis como vitamina C, niacina e vitamina B12 também podem estar reduzidas no organismo. São exatamente as deficiências de vitamina B12, de ácido fólico e ferro, as responsáveis pela anemia nutricional que se observa com freqüência nos pacientes com DC (entre 40% e 50%) e RCUI (entre 33% e 80%).

A ressecção do íleo distal, ou seu comprometimento extenso e ou hipercrescimento bacteriano, prejudica a absorção de vitamina B12 e sal biliar. O sal biliar não absorvido sofre desconjugação no cólon e determina aumento da secreção de água e eletrólitos. A redução do sal biliar pela ausência do ciclo entero-hepático determina, por sua vez, a má absorção de gorduras e esteatorréia em até 40% dos portadores de DC.

Deficiência de minerais como o zinco também são comuns em pacientes com DII. Entre suas funções, destacam-se as atividades anti-oxidantes e sua importância na imunidade celular. Admite-se que a geração de radicais livres possa ter importância na fisiopatologia da DII. Neste sentido, a reposição não só de zinco, mas também de cobre, selênio e vitaminas anti-oxidantes, reconhecidos varredores dos radicais livres de oxigênio, poderão prevenir ou melhorar a lesão mucosa na DII.

O selênio, cofator para a glutationa peroxidase, protege as células das lesões provocadas pelos radicais livres. Tem sido descrito que sua deficiência pode conduzir a cardiomiopatia fatal, mas reversível, e a encefalite irreversível.

*Maria de Lourdes Teixeira da Silva (foto à esquerda)
é Mestre em Gastroenterologia pelo IBEPEGE, Diretora do Grupo de Apoio de Nutrição Enteral e Parenteral (GANEP) e Médica do Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo

**Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos é Mestre em nutrição experimental pela USP Nutricionista do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

conosco: (11) 3064-2992

Quadro 1
Ação e efeitos colaterais de alguns dos principais medicamentos usados na DII

	AÇÃO	EFEITOS COLATERAIS
Corticóide	Inibe a ativação dos linfócitos Inibe indiretamente a liberação IL-2 Propriedades anti-inflamatórias Estabilização da membrana lisossomal	Maior risco de infecção Menor cicatrização de feridas Catabolismo Hiperglicemia Hipertensão arterial Hiperlipidemia Retenção de sódio Distúrbio eletrolítico Hiperfagia Aumento da calciúria Úlcera péptica
Sulfassalazina	Compete com a absorção do Ácido fólico Propriedade anti-inflamatória	Deficiência de ácido fólico Desconforto gástrico
Azatioprina	Inibe a síntese de purina Bloqueio da proliferação de Linfócitos Propriedade antiinflamatória	Náusea, vômito e dor de garganta Alteração do paladar Anemia macrocítica
Ciclosporina	Inibe os linfócitos T (reversível) Supressão da produção de IL-2	Hiperlipemia Diminuição do magnésio Aumento do cálcio Hipertrofia gengival
Colestiramina	Aumenta a má-absorção de gordura, vitaminas lipossolúveis e cálcio	Esteatorréia Deficiência de vitamina A, D, E e K Distúrbio hidroeletrolítico
FK-506	Inibe os linfócitos T (reversível) Supressão da produção de IL-2	Náusea e vômito Dor abdominal Hipercalemia Hiperglicemia Nefro / neurotoxicidade

Quadro 2
Prevalência das deficiências nutricionais na Doença Inflamatória Intestinal

	Doença de Crohn	Retocolite Ulcerativa
Redução de peso	65 - 75 %	18 - 62 %
Comprometimento do crescimento	40 %	5 %
Atraso na puberdade	30 %	20 %
Albumina	25 – 80 %	25 – 50 %
Anemia	60 – 80 %	66 %
Ferro	25 – 50 %	81 %
Ácido Fólico	56 – 62 %	30 – 41 %
Vitamina B12	48 %	5 %
Cálcio	13 %	NR
Magnésio	14 - 33 %	NR
Vitamina A	11 - 50 %	93 %
Vitamina D	23 – 75 %	35 %
Vitamina E	0	40 %
Vitamina K	NR	NR
Zinco	40 %	ND
Cobre	ND	ND
Selênio	NR	NR

*ND = Não Determinado — NR = prevalência Não Relatada — *Em crianças e adolescentes*

Revista ABCD EM FOCO nº 5 Janeiro/2001

Crianças e Crohn

Fiquei emocionada com a última edição da revista. Sou mãe de um criança com Crohn e fiquei feliz em ver como este trabalho está conseguindo alcançar os doentes e esclarecer tão bem o que são as doenças inflamatórias intestinais. Estou divulgando a revista na escola dos meus filhos e em outras, pois acho de fundamental importância alertar as pessoas para os seus sinto-mas. Meu filho está em tratamento há dois anos com medicamentos específicos e uma substância de nome glutamina, de fabricação japonesa. Essa substância, ainda em estudos, está trazendo bons resultados e trata-se de um trabalho sério desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais quem se interessar em saber mais sobre este tratamento pode me procurar). Mais uma vez parabéns a todos pelo trabalho sério e importante que estão realizando.

Patrícia Prado Coleto
Minas Gerais

Entrevista

Parabéns pelo excelente trabalho e pela edição da entrevista realizada comigo na última edição da revista **ABCD Em Foco**. É uma satisfação constatar o sucesso dos esforços da Associação para alcançar os portadores de DII no Brasil.

Dr. Seymour Katz
Professor da New York Universiy School of Medicine e integrante do American College of Gastroenterology

Parabéns

Sou médico em Florianópolis, especializado em Gastroenterologia pelo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e gostaria de parabenizá-los pelo trabalho realizado à frente da **ABCD**.

Luciano Saporiti
Florianópolis, Santa Catarina

CURSOS

● **Curso Continuado de Cirurgia Digestiva**

Promoção da Faculdade de Medicinda da Universidade de São Paulo e da disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo, o curso, com duração de um dia, será realizado nas seguintes datas: 24 de março, 9 de junho e 11 de novembro deste ano, no Centro de Convenções Rebouças (Av. Rebouças, 600, São Paulo, SP). A coordenção é do Prof. Dr. Joaquim Gama-Rodrigues. As inscrições podem ser feitas no local do evento e os preços são:

Médicos – R$ 40,00
Residentes – R$ 20,00

Inclusos crachá, certificado, cofee-break e lanche.

Mais informações com Myrtes, Sandra ou Fabiana nos telefones (11) 3069-6876 e 3081-8531. Ou por e-mail: myrtes@hcnet.usp.br

● **Curso Continuado de Proctologia**

A ser realizado nas seguintes datas: 31 de março, 12 de maio, 18 de agosto e 27 de outubro deste ano. Trata-se de uma promoção da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da disciplina de Coloproctologia, sob a coordenação da Profa. Dra. Angelita Gama. As inscrições podem ser feitas no local do evento, Centro de Convenções Rebouças (Av. Rebouças, 600, São Pau-lo, SP). Os preços, que incluem crachá, certificado, coffee-break e lanche são:

Médicos — R$ 60,00
Residentes — R$ 30,00

Mais informações com Myrtes, Sandra ou Fabiana nos telefones (11) 3069-6876 e 3081-8531. Ou por e-mail: myrtes@hcnet.usp.br

Fale com a ABCD
www.abcd.org.br
3064-2992
Alameda Lorena, 1304, conj. 802
ABCD Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Você conhece a ABCD?

A **ABCD** — Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn — é uma entidade sem fins lucrativos criada em fevereiro de 1999, com o objetivo de reunir os portadores dessas doenças e os profissionais que lidam com elas para propiciar a troca de experiências e facilitar a difusão das informações de que seus pacientes necessitam.

VANTAGENS DA ABCD

■ A **ABCD** oferece a seus associados a possibilidade de participar de grupos de conversa, onde cada paciente expõe suas dúvidas, medos e ansiedades e passa, assim, a sentir-se menos sozinho. Os grupos são orientados por médicos e profissionais da área de saúde (gastros, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos e outros).

■ Através de folhetos e do jornal da **ABCD**, são fornecidas aos associados informações sobre novos tratamentos, pesquisas com novos medicamentos, artigos nacionais e estrangeiros etc. Os médicos associados recebem periodicamente informações sobre o que há de mais novo sobre o assunto e também sobre o que está por vir.

■ Os associados podem comprar medicamentos a preços de distribuidoras.

■ A **ABCD** tem contrato com os laboratórios que comercializam os medicamentos mais utilizados em Colite e Crohn.

■ A **ABCD** conta com o apoio técnico da CCFA (Crohn's and Colitis Foundation of America), entidade americana que tem contribuído muito para o crescimento da pesquisa e para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de Colite e Crohn nos Estados Unidos.

■ A **ABCD** tem uma página na Internet com informações atualizadas sobre Colite e Crohn, que possibilita interação entre portadores do mundo todo.

ABCD - Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Alameda Lorena, 1304 - cj. 802
São Paulo - SP - CEP 01424-001
Tel. (11) 3064-2992
E-mail: secretaria@abcd.org.br

www.abcd.org.br

Apoio
AstraZeneca

Patrocínio
Cápsulas e Enema
ENTOCORT®
BUDESONIDA

JW Thompson

Nutrição enteral agora tem mais vida. Tem Nestlé.

Perfeita combinação de peptídeos para a nutrição de crianças a partir de 1 ano com distúrbios absortivos. Via oral ou sonda.

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA