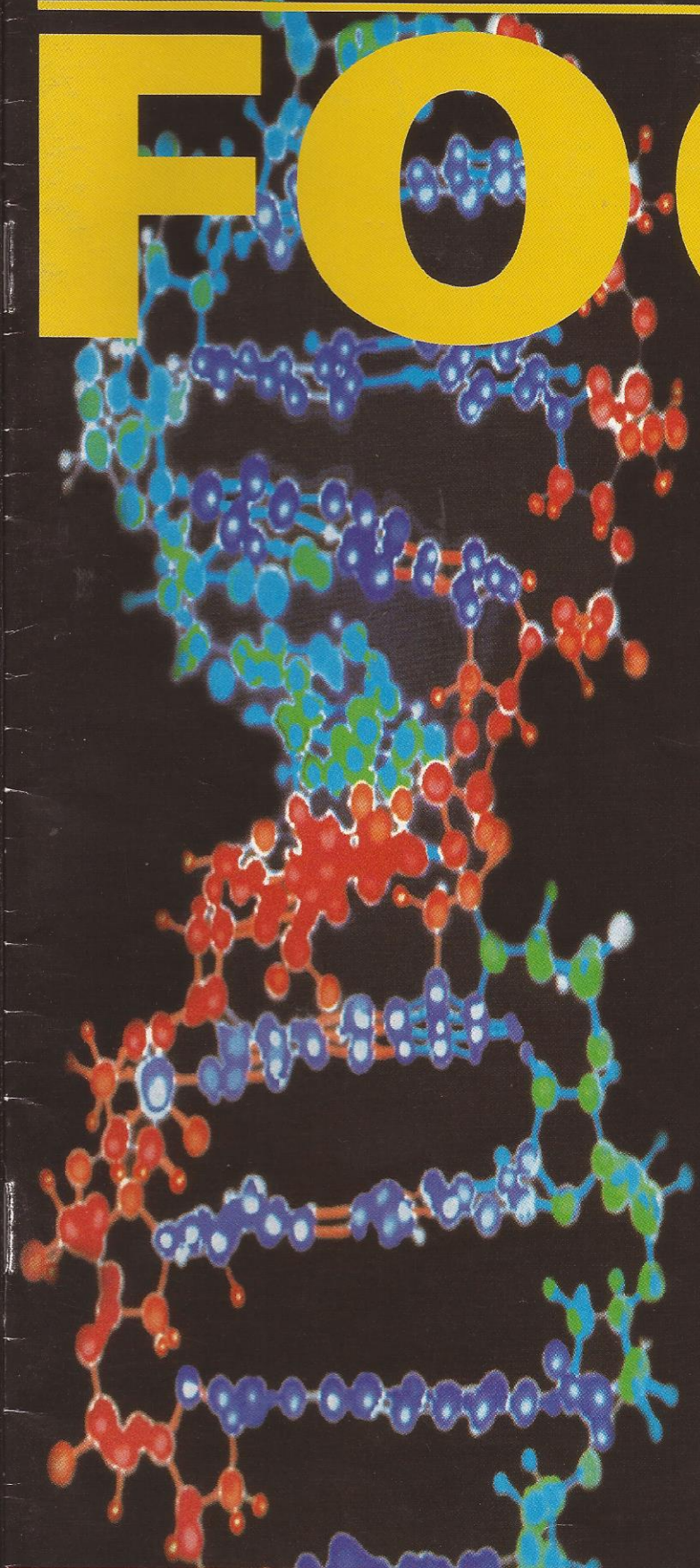
Por que o Crohn é mais perigoso em crianças? Com a palavra a Dra. Marla Dubinsky

ABCD em

www.abcd.org.br

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

FOCO



Ano II
nº 7
primavera
2001

PROJETO GENOMA HUMANO

Entenda qual o impacto que ele pode causar para a Doença Inflamatória Intestinal

A ABCD agora faz parte do Fórum de Patologias do Estado de São Paulo e vai conseguir ajuda para medicamentos

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
O NOME DA ESPERANÇA É GENOMA HUMANO
Uma grande cientista brasileira diz que nunca houve tanta gente trabalhando com doenças genéticas e que as perspectivas de encontrar a cura para elas são enormes **4**

Genética
MAIS UM PASSO PARA A CURA
Cientistas descobriram gens de suscetibilidade para Doença de Crohn localizados nos cromossomos 16, 12, 06 e 14 **6**

Curiosidade
O Crohn e os canhotos **8**

BILHETE AOS PAIS
Como a família e os professores podem facilitar a vida escolar de crianças com DII **10**

Trabalho
LUTE PELOS SEUS DIREITOS
A DII não impede ninguém de trabalhar. Mas será que as empresas sabem disso? **14**

Comunidade
A UNIÃO FAZ A FORÇA
Representantes de diversas doenças se reúnem semanalmente no Fórum de Patologias do Estado de São Paulo e conseguem ajuda do governo **15**

Entrevista
PALAVRA DE ESPECIALISTA
O número de pessoas com Crohn está aumentando no mundo? Porque essa doença é mais perigosa em crianças? A cura está perto? As respostas a essas e outras perguntas estão na esclarecedora entrevista abaixo **16**

Medicamentos
SINAL VERDE
O Canadá aprovou o uso do Remicade, o melhor medicamento para Crohn que há no mercado **19**

DUPLAMENTE BOM
Um novo remédio parece ser eficaz para a Doença de Crohn e para a Esclerose Múltipla **19**

A Boa Comida Dicas
A VITAMINA B12 E A DII
Veja porque esta relação é estreita e delicada **20**

Minha História
A SAÍDA É ACREDITAR NA CURA E TER SEMPRE FÉ EM DEUS **20**

ABCD Em Festa **22**

Carta do Editor

Que tempos de paz possam vir

Eu tinha acabado de atender uma consulta no Hospital I. Albert Einstein quando recebi um telefonema de minha esposa, me comunicando que havia ocorrido uma série de atentados terroristas nos Estados Unidos. Claro que aquelas imagens poderiam ser de um filme de ficção, mas infelizmente eram reais. Uma tragédia que mudou a imagem da humanidade, mostrando que seres humanos são capazes de provocar algo que qualquer predador feroz jamais ousaria fazer, mesmo que tivesse fome.

Estamos, leitores, vivendo um momento bastante conturbado, mas devemos, como pessoas, mostrar que a maioria de nós é digna de prestar solidariedade e capaz de amar o próximo, com suas diferentes crendices, raças, costumes, temperamentos e condições.

Esperamos que a humanidade possa refletir sobre os recentes acontecimentos de maneira lúcida, e que tempos de paz possam se sobrepor aos terríveis ataques que vivenciamos.

Neste número, ABCD em Foco traz uma entrevista com a Dra. Marla Dubinsky, diretora do serviço de Doença Inflamatória Intestinal em Pediatria do Hospital Cedars Sinai de Los Angeles, e que em breve estará entre nós, no I Simpósio Internacional de Doença Inflamatória Intestinal, que irá se realizar nos dias 9 e 10 de novembro, no Hospital Israelita Albert Einstein. Traz também um artigo escrito por ninguém menos que o Dr. Robert Modigliani, que faz parte da equipe francesa que pesquisou e descobriu o gene NOD 2 de suscetibilidade para Doença de Crohn. E mais: a grande especialista em genética, Mayana Zatz, fala sobre este tema na nossa matéria de capa colocando-nos a par das possibilidades que podem ser alcançadas através do estudo desta intrigante e ainda misteriosa área da ciência.

Boa leitura!

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- **1º tesoureiro:** Sérgio Luiz Savone
2ª secretária: Helen L. Moritz - **2º tesoureiro:** Paulo César Giacomelli
Jornalista responsável: Maria Amalia Bernardi - MTB 19182

O nome da esperança é GENOMA HUMANO

Mayana Zatz: " Queremos entender o que os nossos genes fazem"

Uma grande cientista brasileira diz que nunca houve tanta gente trabalhando com doenças genéticas e que as perspectivas de encontrar a cura para elas são enormes

Por Marc Tawil

Quando a notícia sobre o mapeamento do genoma humano foi divulgada no ano passado, portadores de doenças incuráveis viram suas esperanças de ter uma vida melhor aumentarem significativamente. Tanta euforia, porém, mostrou-se precipitada. Apesar de ter sido dado o primeiro passo, muito pouco foi feito no que tange ao tratamento de certas enfermidades. O Brasil não participou do projeto mas, ainda que indiretamente, teve um papel importante no estudo. O campo ao qual temos nos dedicado ao estudo do genoma tem crescido bastante graças a profissionais como Mayana Zatz, Coordenadora do Centro de Estudos do Genoma Humano da Universidade de São Paulo e integrante do Serviço de Aconselhamento Genético para Doenças Neuromusculares, montado por ela na década de 70. Com 160 trabalhos publicados e citada duas mil vezes em pesquisas de outros autores, Mayana é, ainda, presidente da Associação Brasileira de Distrofia Muscular, entidade que presta assistência multidisciplinar à crianças com o distúrbio. E mais: no fim do ano passado, Mayana Zatz recebeu a notícia de que havia sido uma das cinco vencedoras daquele ano do Prêmio Loreal/Unesco para Mulheres Cientistas. As outras cientistas vencedoras eram dos Estados Unidos, Inglaterra, Austrália e Nigéria. "É um incentivo enorme, uma consagração da produção científica brasileira", afirma Mayana. "É um incentivo também para outras empresas privadas copiarem a Loreal e investirem em pesquisas." Em 1999, na primeira edição do evento, outra brasileira ficou entre as finalistas: Rosália Mendes Otero, pesquisadora da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

No mês de setembro, ABCD Em Foco esperou ansiosamente que a Dra. Mayana Zatz regressasse de Nova York, para onde tinha ido a trabalho e havia ficado retida devido ao atentado terrorista, para ter com ela uma conversa que abrange diversos assuntos. Veja a seguir.

SOBRE DISTROFIA MUSCULAR

O interesse de Mayana pela distrofia muscular nasceu nos anos 70, quando ainda era estudante. Ela conta que teve contato com uma moça que ia se casar e tinha três sobrinhos afetados pela forma mais grave de distrofia muscular (quando as crianças nascem aparentemente normais mas com mais ou menos três anos começam a cair muito e, lá pelos dez ou 12 anos, têm de sentar-se em cadeiras de rodas). "Naquela época não sabíamos que existiam tantas formas de distrofia", explica a cientista. "Hoje sabemos que existem mais de 30 formas, todas elas caracterizadas por uma degeneração progressiva da musculatura e que podem ter peso na infância, com uma evolução mais grave, ou podem ter peso na idade adulta, com uma evolução mais leve." Trata-se, de fato, de um mal terrível. "Mas o importante é que, a partir dessas doenças genéticas, conseguimos entender quais são os genes que codificam essas proteínas — no caso proteínas musculares, fundamentais para o funcionamento normal do músculo", afirma Mayana. "Toda vez que você tem um gene que sofreu uma mutação, vai ter uma degeneração do músculo. Entender isso é o primeiro passo para tratar." É exatamente este o objetivo do que chamamos de Projeto Genoma. "O que queremos é entender o que os nossos genes fazem, a partir do estudo de doenças genéticas", conclui Mayana.

CROHN E COLITE ULCERATIVA

Mesmo não sendo sua especialidade, Mayana Zatz afirma que existem muitos estudos em andamento e tentativas de se localizar os genes responsáveis pelo surgimento e desenvolvimento da Doença Inflamatória Intestinal (DII). "Há pesquisadores trabalhando no assunto", diz ela. "A idéia é tentar, a cada doença, saber se existe um ou mais genes responsáveis, e ver como cada um deles causa a doença, como interagem e quais são os fatores ambientais que podem estar desencadeando o quadro clínico", explica. Sabe-se que a DII faz parte de um grupo de doenças chamadas genéticas, onde existe a interação multifatorial, ou seja, uma interação de genes com o ambiente, que funciona como uma espécie de gatilho: a pessoa pode até ter uma pré-disposição para aquela doença, mas se não houver um ambiente desfavorável ela não vai se desenvolver o mal.

O objetivo de encontrar os agentes causadores de certas doenças - sejam elas Doenças Inflamatórias Intestinais ou outras — é inibir ou até aumentar a expressão de determinados genes. Mayana recorda que existem muitas doenças onde é possível atuar preventivamente. A Diabete é uma delas. "Essa doença tem um componente genético muito importante, mas há como preveni-la." Mayana se mostra otimista quanto à descoberta dos genes que causam a DII: "Eu não uso a palavra incurável porque tenho esperança de que haverá cura. Nunca houve tanta gente trabalhando com o genoma humano e com doenças genéticas. As perspectivas são muito otimistas."

No Centro de Estudos do Genoma Humano da Universidade de São Paulo não se estuda apenas a distrofia muscular. Trabalha-se para entender as causas da surdez hereditária, retardo mental, crianças com malformações faciais, lábio leporino, entre outras. As pesquisas são financiadas pela Fapesp (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) e do CNPQ. Para Mayana Zatz, os laboratórios e empresas privadas deveriam ajudar mais, como acontece em outros países do mundo. "Em termos de Brasil, existe muito pouco envolvimento das empresas privadas no amparo às pesquisas, em saúde e em educação", reclama. No centro coordenado por Mayana há dez pesquisadores, cada um com seus alunos.

O país mais avançado no estudo do genoma humano é os Estados Unidos. Na Europa, Inglaterra e França disputam o segundo lugar. A Itália também está adiantada; a Alemanha, menos. No Oriente, o Japão também cumpre um papel determinante neste campo.

CUIDANDO DO PRÓXIMO

Quando voltou dos Estados Unidos, em 1980, Mayana revisitou todas as famílias que foram objeto de estudo no começo do seu trabalho de mestrado e doutorado. A idéia era saber se as pessoas que tinham risco alto de terem bebês afetados haviam entendido o que significava esse risco e se haviam prevenido o nascimento de novos filhos. "Enquanto não há cura, achamos que prevenir o nascimento de novos afetados é fundamental. Minha intenção nessas visitas era saber se nosso trabalho estava tendo alguma utilidade prática", lembra Mayana. "Consegui entrar em contato com 300 famílias e tive duas surpresas. A primeira: o aconselhamento genético estava sendo seguido - os casais de alto risco haviam parado de ter filhos. A segunda foi um choque: as crianças portadoras dessas distrofias estavam completamente abandonadas. Não tinha ninguém para cuidar delas. Crianças que não podiam sair de casa porque não tinham uma cadeira de rodas, acesso à fisioterapia, acesso à escola, enfim, um abandono total." Foi então que ela resolveu fundar a Associação Brasileira de Distrofia Muscular, associação que visa melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. "Achei que ser somente cientista era pouco. Eu tinha de sair do laboratório, partindo um pouco para o lado social."

A primeira sede da associação estava localizada no

Departamento de Biologia da Universidade de São Paulo. "Tínhamos muito pouco, mas já comprávamos cadeiras de roda. Ajudávamos como podíamos. Aos poucos, fomos mobilizando mais pessoas e, depois, obtivemos a ajuda — fundamental - do Unibanco. Alugamos uma casa, na entrada da Cidade Universitária. Ela foi completamente reformada, adaptada, e hoje atendemos mais de 100 crianças", relembra a cientista. "A casa já está pequena. Estamos com uma nova campanha para comprar um terreno, construir uma casa maior e dar um atendimento melhor a essas crianças", diz, sorridente. A associação presidida por Mayana também faz parte do Fórum de Patologias do Estado de São Paulo (veja matéria nesta edição). A participação no fórum segue a filosofia de "não esperar o que o governo pode fazer por você, mas o que você pode fazer pelo seu semelhante". "Eu achava que ao fundar a associação iria ajudar muita gente. Hoje eu sei que é ao contrário: eu é que sou ajudada", afirma Mayana, que considera que ajudar essas pessoas é um incentivo para não desanimar nas pesquisas. "Qualquer pessoa que puder se envolver diretamente numa causa social vai ver que está lucrando muito."

Apesar do volume de atividades, Mayana continua atendendo pacientes no serviço de aconselhamento genético da USP. O contato pessoal, diz, é imprescindível: "É muito diferente analisar uma amostra de sangue anônima e uma de um paciente que você conhece a história, as expectativas e apreensões," diz ela. A cientista entende que "é uma lição constante conviver com pessoas que têm portadores da doença na família porque elas nos impulsionam a pesquisar ainda mais e, a todo instante, nos lembram o quanto é importante sermos éticos". "Hoje", continua ela, "podemos dizer com precisão a um casal se ele tem ou não riscos de ter um filho com problemas genéticos. Com isso, evitamos que famílias tenham crianças com doenças cuja cura ainda não foi descoberta. Quando a gravidez não foi evitada, temos condições de analisar a saúde do feto. Isso muitas vezes significa salvar vidas", explica.

PROJETO GENOMA E CLONAGEM HUMANA

A produção científica no Brasil melhorou muito na avaliação da coordenadora do Centro de Estudos do Genoma Humano da USP. "Cada vez mais, os jovens se interessam em estudar o genoma humano. Houve um impacto enorme em termos de procura desses estudos", comenta Mayana. "Ficou provado que com verba e vontade política, em pouquíssimo tempo, se formou muita gente e de ótimo nível." Já se o assunto é clonagem humana a cientista torce o nariz. "Sou totalmente contra a clonagem humana reprodutiva, mas sou favorável ao uso de embriões para fins terapêuticos. São embriões de até 14 dias que nunca vão ser implantados num útero, mas cujas células podem se desenvolver em determinados tecidos."

Mais um passo para a cura

Cientistas descobriram gens de suscetibilidade para Doença de Crohn localizados nos cromossomos 16, 12, 06 e 14

Por Robert Modigliani*

A Doença de Crohn é um distúrbio inflamatório crônico do intestino, do qual até o momento as causas são desconhecidas. De uma maneira geral podemos dizer que é provavelmente uma combinação de fatores ambientais e genéticos.

Um grande progresso foi recentemente realizado com o conhecimento da genética da Doença de Crohn, e a identificação de um gen de suscetibilidade, após uma longa história que finalmente levou até a sua descoberta.

A história começou à partir da observação por parte de médicos há 40 anos atrás, de vários casos de Doença de Crohn que ocorriam em membros da mesma família. Isso se dava em algo em torno de 10% dos casos. Desde então, e principalmente nos últimos 20 anos, com o avanço da tecnologia genética, foi possível estudar melhor os gens, o DNA e os cromossomos.

Um ponto decisivo foi dado à partir dos anos 90, quando cientistas, médicos e pacientes portadores de Doença de Crohn decidiram colaborar de uma forma geral para o estudo genético. Pacientes e membros sadios de famílias com dois ou mais casos da doença, foram aceitos para doar uma pequena quantidade de sangue possibilitando assim a fonte do estudo do DNA. Centenas de famílias participaram. Genetisistas usaram tecnologia genética moderna e como primeiro passo localizaram alguns segmentos cromossômicos do DNA que continham suscetibilidade genética para a Doença de Crohn.

Entretanto, como qualquer ser humano, cientistas também podem cometer enganos, e para se ter certeza de que um determinado segmento de DNA realmente contém um gen de suscetibilidade para Doença de Crohn, os achados deveriam ter suporte de outros grupos de pesquisadores. Isto foi feito, e agora foi admitido que existem gens de suscetibilidade para Doença de Crohn localizados em 4 cromossomos: nos números 16, 12, 06 e 14. É importante lembrar que os segmentos contendo gens

de interesse para Doença de Crohn também contêm centenas de outros gens que nada têm a ver com a mesma.

Dois grupos de cientistas, um da França e outro dos Estados Unidos, decidiram trabalhar no cromossomo 16, no segmento onde achava-se que haveria o gen de suscetibilidade para Doença de Crohn. Descobriram quase que simultaneamente, por métodos diferentes, um gen chamado IBD1/ Nod2 que tem uma mutação em 15 a 20% dos pacientes portadores da Doença de Crohn, tanto familial quanto não. Esse gen normalmente é responsável pela produção de uma proteína também chamada de Nod2. A proteína Nod2 está presente num certo tipo de célula de defesa chamada macrófago – essa célula está envolvida na defesa contra bactérias. Normalmente, a proteína Nod2 transmite a informação de que bactérias estão atacando. Essa mensagem é levada para o nosso sistema de defesa contra bactérias a fim de que ele bloqueie este ataque. Quando a proteína Nod2 é derivada de um IBD1/ Nod2 defeituoso por uma mutação, como na Doença de Crohn, esta mensagem não é mandada para o sistema de defesa e as bactérias podem entrar e invadir o intestino de uma forma mais fácil. O que propiciaria depois o desenvolvimento da Doença de Crohn propriamente dito, permanece desconhecido. É muito importante lembrar que esta mutação do gen IBD1/ Nod2 é encontrada apenas em uma minoria de pacientes com Doença de Crohn. Para a maioria, um gen anormal ainda não foi identificado, e parece-nos que muitos outros gens deverão ser identificados futuramente, sobretudo nos cromossomos 12, 06 e 14. Cientistas estão estudando e tentando identificá-los.

Essas notícias são boas para os pacientes? Provavelmente sim, mas não para um futuro imediato. Possíveis avanços decorrentes desta descoberta podem ser:

- Um melhor conhecimento e entendimento da Doença de Crohn e do seu desenvolvimento, em geral permite a criação de melhor terapêutica;

- Uma nova ferramenta para o diagnóstico da Doença de Crohn, ou pelo menos para auxiliar o diagnóstico;

- Uma melhor avaliação do prognóstico da doença. Sabemos que sua evolução varia de indivíduo para indivíduo, mas não sabemos até o momento como prever a evolução de um curso mais leve para um curso mais severo. Provavelmente a evolução de severidade da doença é controlada geneticamente. Cientistas estão estudando se a mutação do Nod2 teria fator importante no desenvolvimento de severidade;

- Finalmente, a longo prazo, deverá ser possível que se corrija a mutação do Nod2, fazendo com que volte à sua função normal nas pessoas onde este é o problema. Isso poderá ser um novo tratamento para a Doença de Crohn.

Todos estes progressos mencionados ainda são hipotéticos e, se materializados, provavelmente não ocorrerão antes de 5 a 10 anos de grande investigação científica. Muitos outros avanços são esperados, como identificação de outros gens e cromossomos que podem ser culpados. Mas o fato é que graças à colaboração de pacientes, seus familiares, seus médicos e geneticistas, um grande passo foi alcançado para um melhor conhecimento da Doença de Crohn, e esperamos, também para o seu futuro tratamento.

De qualquer forma, mais progressos decisivos são esperados na próxima década para decifrar a possível causa da doença.

** O Dr. Robert Modigliani é gastroenterologista e chefe de serviço do Hospital Saint-Louis de Paris*

GLOSSÁRIO

GENÉTICA: É a ciência que estuda o DNA e os gens. Geneticistas são cientistas que fazem pesquisa em genética.

Cromossomos: São os principais constituintes do núcleo da célula onde é encontrado o DNA, abreviação de ácido desoxirribonucleico. Temos 23 pares de cromossomos.

DNA: É um componente da molécula que contém a informação genética, ou seja, leva a herança que recebemos de nossos pais. Tem a forma de uma dupla hélice, da qual uma parte vem da nossa mãe e outra do nosso pai. Está presente no núcleo de quase todas as nossas células.

GEN: É um pequeno segmento do DNA. Os gens codificam e reconhecem proteínas e governam a sua produção. Proteínas são ferramentas essenciais para a vida e para o trabalho de nossas células. A molécula integral do DNA contém aproximadamente 40 mil gens que codificam proteína.

MUTAÇÃO: É uma pequena alteração na constituição química de um gen. Quando um gen sofre mutação, sua proteína pode estar ausente ou anormal e sua função normal está abolida ou alterada.

SUSCETIBILIDADE GENÉTICA: É um gen que quando sofre mutação pode levar a uma maior predisposição das pessoas que o possuem a desenvolver determinada doença.

Serviços ABCD

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 ultrasson e ressonância magnética entre outros. Basta apresentar a carteirinha de sócio.

Os percentuais de desconto variam de laboratório para laboratório – quem quiser informações mais detalhadas pode obtê-las falando com a Karina Cardoso ou com a Elizângela Rodrigues pelo telefone (11) 3064-2992.

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

Belo Horizonte (MG)
- Laboratório Humberto Abrão
  Tel: (31)3282-5700

Brasília (DF)
- Laboratório Sabin de Análises Clínicas
  Tel: (61)328-0112

Cuiabá (MT)
- Laboratário Carlos Chagas
  Tel: (65)623-4700

Curitiba (PR)
- Laboratório Frischmann & Aisengart
  Tel: (41)340-8282

Porto Alegre (RS)
- Laboratório Metanalysis
  Tel: (51)328-1099

Rio de Janeiro (RJ)
- Laboratório Richet
  Tel: (21) 3325-2008
  (21) 2535-6669
- Laboratário Lamina
  Tel: (21)538-3939

São Paulo (SP)
- Laboratório Fleury (análises clínicas e outros)
  Tel: (11)284-5233
- Laboratório Rawet (anatomia patológica)
  Tel: (11)3826-8461
- CURA (diagnóstico por imagem, ultrasson, ressonância, RX, tomografia)
  Tel: (11)3887-4707
- Prof. Dr. Arnaldo Ganc (endoscopia)
  Tel: (11)3887-5400
- CDB – Centro de Diagnósticos Brasil
  Tel: (11)3884-9222

ESTACIONAMENTO NA NOSSA SEDE

Para proporcionar mais conforto a você quando for visitar a sede da ABCD, fizemos convênio com o estacionamento Rede Park, na Al. Lorena, 1700. Ali, por uma hora, o associado pagará R$ 2,00 desde que apresente o selo especial da ABCD.

Coluna do Cólon

De cara nova

Chega ao mercado brasileiro uma outra apresentação do Pentasa

A partir de outubro próximo a Ferring Pharmaceutical, líder européia em medicamentos para Doenças Inflamatórias Intestinais, lançará no Brasil o Pentasa também na forma de enema (o encontrado hoje no mercado nacional é vendido em comprimidos de 500 mg e em supositórios de 1 grama.) O Pentasa-Enema propicia ação antiinflamatória tópica do princípio ativo mesalazina do reto à flexura esplênica, local de maior presença da Retocolite Ulcerativa. O laboratório afirma que diversos estudos clínicos apontam o Pentasa-enema como um medicamento altamente eficaz no tratamento e prevenção das colites ulcerativas do lado esquerdo do cólon e das proctites. Em termos de melhora clínica, endoscópica e histopatológica, a forma enema do Pentasa apresenta altas taxas de remissão após quatro semanas de uso.

CURIOSIDADE

Em uma de suas últimas edições, a revista alemã Gut não trouxe boas notícias para quem é canhoto e nasceu em 1958 ou em 1970. A publicação revelou uma pesquisa realizada na Grã Bretanha, com 17 mil pessoas canhotas, entre homens e mulheres nascidas nessas anos, mostrando que elas têm duas vezes mais risco de desenvolver doenças inflamatórias no intestino, como o Crohn e a Colite Ulcerativa. Por que, exatamente, isso acontece, os autores da pesquisa não chegaram a uma conclusão definitiva. O que se percebeu, no entanto, é que, embora houvessem mais homens do que mulheres no total das pessoas pesquisadas, a diferença de sexo não foi significativa para os resultados alcançados. A data de nascimento porém, fez a diferença, mostrando que o grupo nascido no ano de 1970 tinha maior propensão para desenvolver essas doenças intestinais do que o grupo que nasceu em 1958 - de um modo geral, 71 pessoas tinham confirmadas o Crohn ou a Colite Ulcerativa. Também chegou-se à conclusão de que os canhotos parecem mais propensos a desenvolver doenças auto-imunes como asma, enxaqueca e diabetes. Outra revelação da pesquisa diz respeito à estação do ano em que nasceram as mulheres canhotas: segundo os autores do estudo, os fetos poderiam ter sido expostos, ainda no útero de suas mães, a uma grande quantidade de testosterona, o que poderia ter afetado o cérebro e o sistema imunológico do bebê, e conseqüentemente, da pessoa adulta. Trata-se, como se vê, de uma explicação um tanto controversa.

STUDIONOVE

Azulfin
Sulfasalazina

SULFASALAZINA EM COMPRIMIDOS REVESTIDOS GASTRO-RESISTENTES COM EXCELENTES RESULTADOS

- **Substância de referência na moderna reumatologia.**
- **Uma terapêutica sempre atual e cada vez mais utilizada na artrite reumatóide e espondilite anquilosante.**
- **Estudos recentes têm mostrado a eficaz atuação da Sulfasalazina quando utilizada em associação com metotrexato e hidroxicloroquina.**

Azulfin
Sulfasalazina

Melhora a qualidade de vida do seu paciente.

apsen
www.apsen.com.br

Reg MS: 1.0118.0124
Venda sob prescrição médica

COMPOSIÇÃO: Cada comprimido revestido gastrorresistente de AZULFIN contém 500 mg de sulfasalazina **MODO DE AÇÃO:** A sulfasalazina (AZULFIN) é utilizada nos tratamentos dos distúrbios intestinais inflamatórios e na artrite reumátóide. Seu nome químico é ácido 5-[[p-(2-piridilsulfamoil) fenil] azo] salicílico. O seu modo e ação encontra-se ainda sob investigação. Entretanto, pode ser relacionado com as propriedades imunossupressoras observadas em animais nos modelos in vitro, com a sua afinidade com o tecido conjuntivo, e/ou com a concentração relativamente elevada encontrada nos fluidos plasmáticos, no fígado e nas paredes intestinais, como demonstrado nos estudos auto-radiográficos em animais. A sulfasalazina (AZULFIN) tem sido descrita também como um excelente veículo por transportar seus principais metabólitos - Sulfapiridina e Ácido 5-aminosalicílico - até o colo, onde tem sido reportada a ação local de ambos. Devido a seus metabólitos, os efeitos adversos, o tratamento e as precauções são similares aos relativos às sulfonamidas. Estudos clínicos recentes utilizando a administração retal de sulfasalazina e de seus metabólitos, indicaram que a maior ação terapêutica se deve ao ácido 5-aminosalicílico. **INDICAÇÕES:** Gastroenterologia: AZULFIN é indicado no tratamento da retocolite ulcerativa inespecífica. Colite ulcerativa média ou moderada. Como terapia adjuvante na colite ulcerativa severa. Doença de Crohn. Reumatologia: AZULFIN é indicado no tratamento da artrite reumatoíde e espondilite anquilosante. AZULFIN em comprimidos revestidos gastro-resistentes, é indicado particularmente aos pacientes que não podem tomar comprimidos simples devido a intolerância gastrointestinal, e naqueles em que há evidência de que a intolerância não é primariamente devida a níveis sanguíneos elevados de sulfapiridina e de seus metabólitos, como por exemplo pacientes sofrendo náuseas, vômitos, etc., quando tomando as primeiras doses da droga ou naqueles em que a redução da dosagem não alivia os efeitos colaterais gastrointestinais. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersenbilidade à sulfasalazina, seus metabólitos, sulfonamidas ou salicilatos. Em crianças abaixo de dois anos anos de idade.Na obstrução urinária ou intestinal. Pacientes com porfiria não devem receber sulfonamidas pois há relatos de que estas drogas podem precipitar um ataque agudo. **Gravidez:** Estudos de reprodução realizados em ratas e coelhas com doses acima de 6 vezes a dose em humanos, não revelaram evidências de alterações na fertilidade ou danos ao feto. Entretanto não há estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas. O produto só deve ser usado nesses casos se a avaliação médica concluir que é absolutamente necessário. **Amamentação:** As sulfonamidas são excretadas no leite materno. No recém-nascido elas competem com a bilirrubina pelos sítios de ligação com as proteínas plasmáticas e podem causar icterícia nuclear. Não se recomenda o uso da sulfasalazina durante a amamentação. **Pediatria:** Não foi estabelecida a segurança e eficácia da droga em crianças com idade inferior a dois anos. **Geriatria:** Nos idosos a possível ocorrência de reações adversas severas, exige observação e avaliação cuidadosa do estado geral do paciente, e controle frequente durante o tratamento. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Foram relatadas diminuição da absorção de ácido fólico e de digoxina quando administradas concomitantemente com sulfasalazina. **Interação com exames de laboratório** - A presença de sulfasalazina ou de seus metabólitos nos fluídos orgânicos, não foram reportados como passíveis de interferir com os exames de laboratório. **REAÇÕES ADVERSAS:** As reações adversas mais comuns, associadas com a sulfasalazina são anorexia, cefaléia, náuseas, vômitos, distensão abdominal e oligospermia aparentemente reversível. Estas reações ocorrem em cerca de um terço dos pacientes. **POSOLOGIA E MODO DE USAR: Doses Usuais:** *Tratamento Inicial:* Iniciar com 3 a 4 g diárias em doses divididas igualmente. Em alguns casos é mais prudente iniciar o tratamento com dosagem menor, por exemplo 1-2 g diárias, para diminuir efeitos gastrointestinais adversos. Se as doses diárias necessárias para alcançar os efeitos desejados excederem 4 g deve-se considerar o risco aumentado de toxicidade. *Tratamento de Manutenção:* 2 g diárias. **Apresentação:** Caixa com 60 comprimidos revestidos gastrorresistentes de 500 mg.

Bilhete aos pais

Como a família e os professores podem facilitar a vida escolar de crianças com DII

É comum pacientes de Crohn ou Colite Ulcerativa terem dificuldades para lidar com a doença quando estão fora de casa. Imagine então o quanto isso é duro para as crianças e jovens. O embaraço começa já na hora de explicar do que se trata a doença. E continua na escola, onde eles têm que pedir permissão para ir ao banheiro todas as vezes em que isso se fizer necessário. Supõe-se que os profissionais que trabalham dentro desse tipo de instituição, estejam aptos a entender melhor as necessidades desses alunos, após serem esclarecidos sobre os sintomas da doença.

Quanto aos pais, é preciso que eles estabeleçam o quanto e o que a escola deve saber sobre o assunto. Alguns preferem guardar para si as condições de saúde dos filhos, no intuito de poupá-los de eventuais discriminações a respeito da rotina escolar. Outras famílias, no entanto, são mais abertas e acreditam que levar constantemente informações sobre a doença para a escola é essencial. Elas entendem que os professores têm inúmeros problemas para resolver durante o dia e que pode ficar realmente muito difícil prestar atenção na rotina de um único aluno. Ainda mais quando existe uma programação de medicamentos para serem tomados três vezes por dia, por exemplo. Há quem resolva esta questão providenciando que isso aconteça da seguinte forma: uma dose antes do horário escolar, a segunda dose após esse período quando, teoricamente, a criança já está em casa, e a última, antes de ela ir para a cama à noite.

O responsável pelo departamento médico da escola precisa estar a par do problema de saúde do aluno

De forma clara e objetiva, aqui estão alguns conselhos que podem ajudar a convivência diária entre a escola e os alunos com Crohn ou Colite Ulcerativa a se tornar mais agradável e pacífica:

● A quem os pais devem procurar na escola para tratar do assunto?

Geralmente, um conselheiro ou diretor cuida de situações especiais que envolvam os alunos. Também é necessário que a pessoa responsável pelo departamento médico da escola esteja a par do problema de saúde do aluno. Todos eles podem conversar com o professor da criança deixando-o por dentro dos cuidados e necessidades que ela possa vir a ter durante o tempo em que está na escola. Se a criança ou jovem tiver vários professores por dia ou por semana, os pais devem estar seguros de que todos eles estão sabendo das limitações que o aluno tem.

● O que realmente deve ser abordado com o diretor ou com a enfermeira da escola?

Primeiro, os pais devem contar sobre o diagnóstico médico do filho, usando termos bastante simples e específicos e deixando claro, sobretudo, que os sintomas não podem ser controlados por quem é portador da doença, no caso a criança ou o jovem aluno. Os pais precisam descrever os sintomas que podem provocar alguns problemas para o pacientes, além de situações embaraçosas. Pode ser de extrema ajuda providenciar materiais que esclareçam as Doenças Inflamatórias Intestinais, suas causas e conseqüências.

● O que deve ser solicitado à escola?

Exatamente o que os pais acreditam que deve ser pedido. Aqui, de novo, eles têm que ser bem específicos. Exemplo: se o aluno precisa usar o banheiro com algum privilégio — por um tempo maior ou até tomar um meio-banho caso seja possível — eles precisam pedir por isso. É compreensível que as escolas tenham suas próprias regras de conduta para os alunos e, sendo assim, os pais precisam estar certos de que o estabelecimento em que seu filho estuda é mesmo apropriado para ele em todos os sentidos.

● O que os pais devem fazer quando os profissionais da escola não dão ouvidos ao problema de saúde do seu filho?

Antes de mais nada, os pais têm que estar certos de que foram bem específicos ao explicar o diagnóstico médico do seu filho e suas necessidades. Isso quer dizer já ter providenciado todas as informações escritas a respeito do problema e esse material já ter sido encaminhado para todos os níveis hierárquicos da escola. Os pais não podem ficar somente aguardando que o diretor ou um professor já tenham feito isso por eles. Se nada disso tiver resultado, é melhor encontrar uma escola cujos métodos e regras estejam mais de acordo com as necessidades do filhos.

● Os pais precisam dar todas essas explicações a cada mudança de ano letivo?

Sim. Quanto mais cedo a escola for comunicada do problema e puder se preparar para atender às condições de saúde da criança ou do jovem, mais chances existem de tudo dar certo. A cada novidade médica relevante a escola, nova ou a de sempre, deve ser comunicada. ■

Simpósio Internacional de Atualização em Doença Inflamatória Intestinal

- **9 e 10 de Novembro de 2001**

Programação

Módulo Diagnóstico - 09/11

ENDOSCOPIA

19:00 hs Colonoscopia e alternativas terapêuticas na Doença de Crohn
Dr. Arnaldo José Ganc

19:15 hs Colonoscopia na Colite Ulcerativa
Dr. Ângelo Paulo Ferrari Jr

19:30 hs Debate

ANATOMIA PATOLÓGICA

19:40 hs Colite e suas complicações
Dr. João Guidugli Neto

19:50 hs Crohn e suas complicações
Prof. Luiz Carlos da Costa Gayotto

20:00 hs Colite / Crohn - Displasia / Prevenção
Dra. Viviane Rawet

20:10 hs Debate

20:15 hs Coffee break

IMAGEM

20:25 hs Ultrasonografia
Dr. Jacob Szejnfeld

20:35 hs Ressonância Nuclear Magnética
Dr. Manoel Souza Rocha

20:45 hs Tomografia Computadorizada
Dr. Claus Francisco Grasel

20:55 hs Debate

LABORATÓRIO / IMUNOLOGIA

21:00 hs Crohn
Dr. Morton Scheinberg – lab

21:10 hs Colite
Dr. Paulo Guilherme Leser – lab

21:20 hs Uso clínico de marcadores imunológicos
Dra. Marla C. Dubinsky

21:50 hs Debate

Módulo Tratamento - 10/11

Clínico

SULFA + CORTICÓIDES • Moderador: Dr. Aderson Omar Cintra Damião

8:30 hs Sulfa e derivados: qual e em que dose?
Dra. Cyrla Zaltman

9:00 hs Corticóides: qual e em que dose?
Dr. Luis A. Boerr

IMUNOSSUPRESSORES • Moderador: Dr. Flavio Steinwurz

9:30 hs Quando e como usar
Dra. Heda Maria Barska dos Santos Amarante

10:00 hs Farmacogenética: importância na avaliação de eficácia e segurança
Dra. Marla C. Dubinsky

10:30 hs Debate

10:50 hs Coffee break

TERAPIA ANTI – TNF • Moderador: Dr. Sender Jankiel Miszputen

11:20 hs Dados de casuística em São Paulo
Dr. Flavio Steinwurz

11:50 hs Dados de casuística em Buenos Aires
Dr. Luis A. Boerr

12:20 hs Debate

12:30 hs Almoço

Cirúrgico

COLITE • Moderador: Dr. Claudio Roberto Deutsch

14:00 hs Quando e como fazer bols?
Dr. Angelita Habr Gama

14:30 hs Outras indicações e alternativas cirúrgicas
Dr. Renato Bonardi

15:00 hs Debate

CROHN • Moderador: Dr. Antônio Luiz Vasconcellos Macedo

15:15 hs Lesões perianais: quando e como operar?
Dr. Flavio Antônio Quilici

15:45 hs Indicação e decisão do tipo de cirurgia
Dra. Magaly Gemio Teixeira

16:15 hs Debate

Informações

local:
Anfiteatro do Hospital Israelita Albert Einstein
Edifício Manoel Tabacow Hidal
Estacionamento 3
Av. Albert Einstein, 627
Morumbi - São Paulo - SP
CEP 05651-901

fone:
(11) 3747 2300

fax:
(11) 3747 2399

horário de atendimento:
de segunda a sexta das 09h00 às16h00

Acesse o nosso site:
www.einstein.br

Taxas de Inscrição - R$ 100,00
- sócios da ABCD têm 50% de desconto (favor anexar uma cópia da carteira)
- para confirmar sua inscrição, acesse o site - **www.einstein.br** - 7 dias após o envio da mesma

Estacionamento - R$ 10,00 (pagto no local)

Vagas limitadas - 200

Coordenação:
Dr. Flavio Steinwurz
Dr. Claudio Roberto Deutsch

Organização:
Dr. Flavio Steinwurz

Promoção:
Hospital Israelita Albert Einstein
ABCD – Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Patrocínio:

Schering-Plough
você pode confiar
Remicade
FERRING PHARMACEUTICALS
Pentasa

Clube de Patrocinadores do Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein

MEIZLER
atiVIDAdeVIDA
BD
Indispensável para a saúde humana
Telesp Celular

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA
ALBERT EINSTEIN

Chegou Remicade® - única terapia que atinge o mecanismo

A Schering-Plough está lançando Remicade®, o produto que vem alcançando altos índices de eficácia no tratamento da Doença de Crohn em todo o mundo.

- 82% dos pacientes tratados com Remicade® obtiveram redução de 70% no CDAI em 4 semanas.(1)
- Neutraliza a ação do TNF diminuindo o processo de inflamação.(2)
- Rápido fechamento de fístulas em 3 meses de tratamento.(3)

REMICADE® - Infliximab 100 mg - INDICAÇÕES: Artrite reumatóide. REMICADE® é uma "Terapia Anti-Reumática Controladora da Doença" (DCART – Disease-Controlling Anti-Rheumatic Therapy) indicada para: redução de sinais e sintomas, prevenção de lesão articular estrutural (erosões e estreitamento do espaço articular), melhora do desempenho físico em pacientes com doença ativa apesar de tratamento com o metotrexato. Doença de Crohn: Tratamento da Doença de Crohn de moderada a grave para a redução de sinais e sintomas em pacientes com resposta inadequada às terapias convencionais. Tratamento de fístulas enterocutâneas com drenagem em pacientes com Doença de Crohn fistulizante. **CONTRA-INDICAÇÕES:** REMICADE® é contra-indicado em pacientes com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente do produto ou a proteínas murinas; e em pacientes com sepsis. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** REMICADE® está associado a efeitos agudos de infusão e a reação de hipersensibilidade tardia. Estas diferem no momento do aparecimento. Portanto, todos os pacientes recebendo REMICADE® devem ser observados durante, pelo menos, 1 a 2 horas após a infusão para verificar o aparecimento de efeitos colaterais. Anticorpos direcionados contra o infliximab (anticorpos antiquiméricos humanos – HACA - human antichimeric antibodies) podem se desenvolver em alguns pacientes e podem provocar reações alérgicas graves. Se ocorrerem reações graves, o tratamento sintomático deve ser introduzido e REMICADE® deve ser interrompido. Os pacientes devem ser avaliados quanto ao risco de tuberculose, incluindo tuberculose latente, antes de iniciar o tratamento com REMICADE®. Pacientes que manifestaram clinicamente infecções e/ou abscessos devem ser tratados para essas condições antes do tratamento com REMICADE®. Se o tratamento da tuberculose latente for iniciado, ele deverá ser feito antes do início do tratamento com REMICADE®. O tratamento com REMICADE® deverá ser interrompido se o paciente desenvolver infecção grave ou sepsis. Como a eliminação de REMICADE® pode levar até 6 meses, é importante o acompanhamento cuidadoso do paciente neste período. **Uso durante a gravidez e a lactação:** Não se sabe se REMICADE® pode provocar comprometimento fetal quando administrado a gestantes ou se afeta a capacidade reprodutiva. REMICADE® deverá ser administrado a uma gestante somente se for claramente necessário. Pacientes idosos Não foram observadas diferenças importantes na farmacocinética de REMICADE® em pacientes idosos (65 a 80 anos) com artrite

Referências Bibliográficas: **1)** Targan, S.R.; Hanauer,S.B.; van Deventer,S.J.H. et al. A short-term study of chimeric monoclonal antibody cA2 to tumor necrosis factor a for Crohn's disease. N.Engl.J.Med., v.337,p.1029-1035,1997.
2) Van Deventer,S.J.H. Tumour necrosis factor and Crohn's disease. Gut, v.40, p.443-448,1997. **3)** Present,D.H.;Rutgeerts P;Targan,S. et al. Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. N.Engl.J.Med.,v.340, p.1398-1405, 1999.

Remicade®, o medicamento que está mudando a cara dos pacientes com Doença de Crohn.

chave da Doença de Crohn.

reumatóide. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Foi demonstrado que a formação de anticorpos contra o infliximab é reduzida quando REMICADE® é administrado concomitantemente com metotrexato, azatioprina ou 6-mercaptopurina, mas não com corticosteróides. Nenhuma outra informação está disponível em relação a possíveis efeitos de outras drogas imunossupressoras ou a seus efeitos sobre a farmacocinética do infliximab. **REAÇÕES ADVERSAS:** Em estudos clínicos com REMICADE®, reações adversas à droga atribuíveis ao tratamento foram observadas em 37% dos pacientes tratados com o placebo e 57% dos pacientes tratados com REMICADE®. A maioria das reações adversas foi leve a moderada e os sistemas orgânicos mais freqüentemente afetados foram o sistema respiratório e pele e anexos. As causas mais comuns para interrupção do tratamento foram: dispnéia, urticária e cefaléia. **POSOLOGIA:** REMICADE® destina-se ao uso intravenoso em adultos. Todos os pacientes que receberem REMICADE® devem ser observados durante pelo menos 1 hora após a infusão em relação aos efeitos colaterais. **Artrite reumatóide:** Inicialmente, uma infusão intravenosa de 3 mg/kg durante um período de 2 horas deve ser seguida por doses adicionais de 3 mg/kg em infusão, nas semanas 2 e 6 após a primeira infusão e, a partir de então, a cada 8 semanas. Depois de 22 semanas de tratamento, a dose pode ser aumentada para até 10 mg/kg, se necessário. REMICADE® deve ser administrado em combinação com o metotrexato. **Doença de Crohn moderada a grave:** Devem-se administrar 5 mg/kg em infusão intravenosa única em um período de 2 horas para o tratamento de atividade moderada a grave da doença em pacientes com resposta inadequada às terapias convencionais. **Doença de Crohn fistulizante:** Dose intravenosa de 5 mg/kg em período de 2 horas, seguida por doses adicionais de 5 mg/kg administradas nas semanas 2 e 6 após a primeira infusão para o tratamento de fístulas na Doença de Crohn. Retratamento para a Doença de Crohn e artrite reumatóide Na artrite reumatóide, a segurança e a eficácia do retratamento administrado a cada oito semanas já foram estabelecidas. Na Doença de Crohn, se os sinais e sintomas recorrerem, REMICADE® poderá ser administrado novamente dentro de 14 semanas após a última infusão. No entanto, a eficácia a longo prazo do retratamento não foi estabelecida.

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - REG. MS. 1.0093.0208

Remicade®
infliximab

Schering-Plough
você pode confiar

Central de Atendimento
0800-117788
Schering-Plough

www.splough.com.br
schering@splough.com.br
Cx. Postal 18388 • CEP 04626-970
Fax 0800-167789

www.remicade.com.br

Lute pelos seus direitos

A DII não impede ninguém de trabalhar. Mas será que as empresas sabem disso?

Por Valquíria Sganzerla

Passar por uma entrevista de emprego pode ser, e em geral é, uma experiência bastante estressante para qualquer pessoa. Naturalmente, o candidato à vaga está preocupado com a impressão que causará a seu interlocutor e tem dezenas de dúvidas na cabeça. "O que será que vão me perguntar?" "Será que tenho as qualificações requeridas para este trabalho?"

Para as pessoas portadoras de doenças crônicas, porém, há uma preocupação adicional: a de que tenha que responder a questões ligadas à sua saúde. Qual é o limite de informações que o entrevistador tem direito de pedir? Será que o candidato poderá questionar depois o resultado de um exame físico? E mais: será que é melhor a pessoa falar, logo na primeira entrevista, sobre o seu problema de saúde, já deixando claras as suas necessidades e limitações?

Nos Estados Unidos, os portadores de DII sabem que as empresas, naquele país, são obrigadas a seguir uma linha de conduta nas entrevistas de empregos. Como evitar, por exemplo, perguntas sobre se o candidato está bem de saúde, se ele consultou um médico nos últimos dez anos ou se tem problemas de coração, diabetes ou DII. Na verdade, o empregador pode sim, perguntar se o candidato tem algum impedimento para desempenhar determinado trabalho ou até querer que ele se submeta a testes para determinar sua capacidade para desempenhar tarefas específicas que sejam essenciais. Isso é até compreensível, como no caso de o funcionário ter que levantar um equipamento pesado para cumprir suas funções.

Limitação não quer dizer impedimento, como pode acontecer com os pacientes da doença de crohn

Um resultado negativo, entretanto, só desqualifica o candidato se ele não tiver o perfil profissional que a empresa deseja ou, no caso de quem tem algum problema de saúde, ficar comprovado que, para contratá-lo o empregador precisaria fazer alterações complicadas para o próprio negócio da empresa: reestruturação de serviços, mudança na programação das atividades, aquisição de equipamentos para adaptação da deficiência do candidato, entre outros pontos. Se o candidato com essa característica perceber que foi recusado no emprego por ter sido vítima de discriminação por conta de sua deficiência, o Americans with Disabilities Act (ADA) do governo federal americano lhe dá o direito de contestar, judicialmente, a decisão do empregador.

E aqui no Brasil, será que os portadores de DII ou qualquer outra doença crônica também podem se sentir confiantes para desempenhar suas atividades profissionais, tendo o respaldo das empresas empregadoras que lhes dê segurança? A resposta para isso, infelizmente é, não. Para começar, o tratamento legal que é dado às pessoas portadoras de deficiências físicas já é diferente daquele dado aos pacientes de doenças crônicas, como Colite Ulcerativa ou Doença de Crohn. O decreto federal 3298, de dezembro de 1999, obriga as empresas a contratar pessoas portadoras de paraplegia, deficiências visual ou auditiva, entre outras condições mais severas de saúde.

"Mas no caso das patologias crônicas, nós não temos nenhuma lei federal que garanta o acesso ao trabalho para pessoas portadoras de doenças desse tipo e isso precisaria ser aprovado pelo Congresso Nacional", diz o deputado estadual, do PSDB, Milton Flávio, médico urologista e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Urologia — seção São Paulo. "A Assembléia de São Paulo também poderia criar uma lei para estabelecer esse acesso, mas isso só valeria em nível estadual", diz o deputado. "De qualquer forma", continua ele, "a comunidade e os políticos precisam pensar em formas que sejam impeditivas para uma pessoa com um problema de saúde crônico deixar de assumir algum tipo de atividade". Limitação não quer dizer impedimento, como pode acontecer com os pacientes da Doença de Crohn. "O único cuidado que a pessoa deve ter é procurar fazer uma atividade que seja compatível com a sua limitação, de forma a evitar uma crise, em razão de um desgaste exagerado", complementa o deputado.

O consultor de empresas na área de empregabilidade de portadores de deficiências no mercado de trabalho, João Batista Cintra Ribas, concorda com o deputado e não vê nenhum impedimento para a contratação de portadores de doenças crônicas. À princípio, no Brasil, só existem aqueles exames de saúde admissionais pelos quais as pessoas têm que passar antes de serem contratadas. "Se um problema crônico de saúde não impede que a pessoa exerça suas atividades profissionais, talvez nem fosse o caso de isso ser comentado com o médico que faz esse tipo de exame. Nós não podemos exagerar e criar empecilhos para essas contratações. Muito ao contrário, as empresas têm que trabalhar com as adversidades que seus funcionários possam ter", diz Ribas. Um exemplo disso, segundo o consultor, é o fato de as funcionárias grávidas se ausentarem da empresa durante os quatro meses da licença maternidade. "Não podemos fazer disso um bicho de sete cabeças e, com relação às doenças crônicas, as empresas também têm de ver essas contratações de forma tranqüila", completa Ribas.

Jorge Courbelo, na cabeceira da mesa numa reunião do Fórum: trabalho conjunto e organizadoJorge Courbelo, na cabeceira da mesa numa reunião do Fórum: trabalho conjunto e organizado

A união faz a força

Representantes de diversas doenças se reúnem semanalmente no Fórum de Patologias do Estado de São Paulo e conseguem ajuda do governo

Por Marc Tawil

Nos últimos quatro meses, a ABCD aderiu ao Fórum de Patologias do Estado de São Paulo (Fopesp), na tentativa de conseguir distribuição de medicamentos e melhorias por parte do atendimento público aos portadores de DII. O fórum, criado em janeiro de 1995, tem como objetivo principal incentivar o intercâmbio entre associações e movimentos, intervir e participar na política sanitária no que diz respeito às patologias e deficiências, além de incentivar e co-promover a prevenção, detecção, apoio e educação. O Fopesp é, também, um momento de encontro entre portadores de patologias ou familiares ou amigos. "Esses encontros são de fundamental importância, pois agregam a força que cada um de seus membros representa em determinadas parcelas da população", explica Jorge Courbelo, coordenador do Fopesp. "Com um trabalho conjunto e organizado, as associações conseguem realizar um trabalho mais poderoso."

No Estado de São Paulo existem aproximadamente 80 associações de portadores de patologias, porém, nas reuniões do Fopesp participam, semanalmente, cerca de 30. "Qualquer associação pode participar, desde que siga nossa cartilha e seja séria", afirma Courbelo que antes de ser coordenador, representou a Associação Brasileira de hepatopatas e Receptores de Transplantes. Participar da Fopesp facilita, na opinião dos participantes, o relacionamento com as autoridades da Saúde, pois há um respeito maior. "Os diálogos têm sido francos e abertos. As associações têm livre acesso às autoridades da Saúde", diz Courbelo. "A questão tem sido mais problemática na área municipal", revela.

O coordenador do Fórum de Patologias do Estado de São Paulo entende que a participação da ABCD é tão importante quanto a das demais associações. "Todas as patologias devem ajudar umas às outras. Não considero que as DIIs sejam patologias raras. Aqui existem patologias muito mais específicas", garante Courbelo.

As reuniões acontecem todas as terças-feiras e, como grande parte dos representantes se conhece, o clima é descontraído. Apesar da seriedade dos assuntos tratados, há espaço para a informalidade. No início de cada encontro, uma pauta da reunião é distribuída aos presentes, onde estão anotados os assuntos pendentes, a ordem do dia e as próximas decisões e as ações do grupo ao longo da semana anterior.

A ABCD é representada por Karina Cardoso, que participa como voluntária das reuniões semanais. A idéia é, como as demais associações que estão no Fopesp, melhorar a vida dos portadores de DII e facilitar a aquisição de remédios para os menos favorecidos.

Os participantes do Fopesp são unânimes em dizer que sua participação só trouxe benefícios. Cleusa Miguel, que representa o movimento de portadores de Esclerose Múltipla, conta que o movimento nasceu dentro do fórum. "A esclerose é uma patologia que não tem cura e aqui conseguimos uma grande vitória: a facilidade em receber os medicamentos que, em média, por paciente, custam R$ 2.700 por mês", conta. Cleusa afirma que desde que freqüenta o Fopesp, já foram liberados pela Secretaria três medicamentos e, em breve, será liberado um quarto. "Por isso, o fórum é de suma importância para nós." Vera Lúcia Marques de Vita, representante da Associação Franco Basália de Saúde Mental, lembra que quando a entidade aderiu ao Fopesp, seu estado era de desespero. "Nossa sede estava literalmente desmoronando. Faltavam recursos de todos os tipos: remédios, material de limpeza e até material humano." Vera Lúcia afirma que quando aderiu ao Fopesp, batalhou para que a saúde mental fosse uma patologia como outra qualquer. "Através do fórum, conseguimos material e remédios necessários para nossos pacientes. Gosto de batalhar aqui."

Palavra de especialista

O número de pessoas com Crohn está aumentando no mundo? Porque essa doença é mais perigosa em crianças? A cura está perto? As respostas a essas e outras perguntas estão na esclarecedora entrevista abaixo

A Dra. Marla Dubinsky é hoje uma das maiores especialistas norte americanas em DII infantil. Diretora do centro pediátrico de Doença Inflamatória Intestinal do Cedars - Sinai Medical Center, e professora assistente de pediatria da faculdade de medicina da Universidade da Califórnia, em Los Angeles (UCLA), ela falou à ABCD Em FOCO.

Na sua opinião a incidência e prevalência das doenças inflamatórias intestinais no mundo está aumentando?

Infelizmente estudos epidemiológicos em doença inflamatória intestinal são bastante reduzidos em número, principalmente na população pediátrica, entretanto, a literatura recente sugere que a incidência tanto da Doença de Crohn como da Colite Ulcerativa se encontram estabilizadas desde os anos 70.

Esta estabilidade pode não refletir exatamente o que ocorre em alguns grupos etários especiais particularmente, por exemplo: tem sido descrita uma incidência crescente da Doença de Crohn em crianças; na minha experiência pessoal isto parece ser verdade, o que não ocorre no caso do diagnóstico da Colite Ulcerativa.

Se estes dados refletem um real aumento da incidência ou se os números refletem simplesmente uma realização mais precoce do diagnóstico, ainda deve ser determinado. Em contraste, parece evidente que a prevalência tanto da Doença de Crohn quanto da Colite Ulcerativa tem aumentado substancialmente nas últimas duas décadas. Este aumento na prevalência é atribuído à sobrevida prolongada e à melhora da qualidade de vida proporcionada a estes pacientes com os novos tratamentos. O uso apropriado da medicação, a imunossupressão prolongada e a introdução de novas e potentes drogas contribuíram significativamente para o aumento desta qualidade e sobrevida dos pacientes.

Como se faz para conseguir o diagnós- tico diferencial entre a Colite Ulcerativa e a Doença de Crohn, quando os testes tradicionais como o RX e a Colonoscopia falham?

Sempre que não conseguimos fazer o diagnóstico diferencial entre Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, temos aquilo que chamamos de Colite Indeterminada. Diferenciar exatamente uma coisa da outra ainda é um desafio para os médicos quando manuseiam pacientes com Doença Inflamatória Intestinal. Em aproximadamente 10% dos pacientes com DII, essa diferenciação é especialmente difícil.

De forma clássica o termo Colite Indeterminada é aplicado para aqueles pacientes cujo diagnóstico permanece desconhecido mesmo depois de um exame cuidadoso da peça ressecada, ou seja, da peça operatória, depois de uma cirurgia. No entanto, a moderna definição da Colite Indeterminada engloba todos aqueles pacientes, antes ou após a cirurgia, nos quais a categorização de um diagnóstico permanece indefinida.

É importante enfatizar que as opções médicas, tanto as de tratamento clínico quanto cirúrgicos, são baseadas e confiam num diagnóstico correto. Nem todas as terapias, principalmente no que tange aos novos medicamentos de origem biológica, são indicadas para ambas as moléstias, Crohn ou Colite. Da mesma forma, procedimentos cirúrgicos, tais como anastomose íleo anal com bolsa são específicas para pacientes com Colite Ulcerativa.

Técnicas recentes mostram avanço no que diz respeito à definição das doenças por meio de anticorpos, dos quais temos o ASCA, que é o Anticorpo Antissacaromices cerevisea e o p-ANCA, é o Anticorpo Citoplasmático Antineutrófilo com definição perinuclear. Ambos estão presentes em aproximadamente 2/3 de todos os pacientes com Doença Inflamatória Intestinal. Existe uma maior especificidade do p-ANCA para Colite Ulcerativa e do ASCA para a Doença de Crohn; portanto estes dois testes são candidatos para ajudar os clínicos a diferenciar Doença de Crohn de Colite Ulcerativa quando o diagnóstico é incerto.

Tem sido descrito que o teste ASCA positivo poderia ser preditivo da Doença de Crohn em aproximadamente 90% dos casos, no entanto a presença do p-Anca não é um forte preditor de Colite Ulcerativa. Existe um subgrupo da Doença de Crohn que tem o mesmo comportamento da Colite Ulcerativa e pode apresentar o p-

ANCA positivo. Neste caso, o p-ANCA não seria preditivo de uma Colite Ulcerativa, mas sim de uma Doença de Crohn com características parecidas com a Colite Ulcerativa refletindo um possível fenotipo comum imunológico. Até que ponto estes pacientes podem ser tratados da mesma forma, particularmente sob o ponto de vista de perspectiva cirúrgica, ainda precisa ser melhor determinado.

Quais as principais diferenças no manuseio de adultos e crianças com Doença Inflamatória Intestinal?

Apesar de o início da DII no adulto e na criança poder apresentar muitos aspectos similares (como por exemplo a etiologia, a localização da doença, o quadro clínico e a resposta terapêutica), há alguns aspectos únicos no grupo pediátrico que podem representar um desafio clínico adicional. Estas apresentações clínicas especiais em criança, em geral refletem um genótipo resultante de uma resposta imunológica específica para este grupo etário. Os três desafios principais e especiais no manuseio desta população incluem:

1) O reconhecimento da Doença Inflamatória Intestinal na criança com sintomas inespecíficos

2) O reconhecimento de apresentação clínica especial, com diminuição do desenvolvimento físico e psicossocial

3) O reconhecimento do prognóstico da Doença Inflamatória de acometimento precoce na criança

Uma substancial proporção de crianças com Doença Inflamatória Intestinal, particularmente com Doença de Crohn de acometimento precoce, apresenta-se com um quadro intestinal não clássico, ou seja, dor intermitente na região baixa direita do abdome e certa diarréia; e com sintomas extra intestinais também não específicos, como uma diminuição do crescimento e do desenvolvimento pubiano, dores articulares e febre. Estes sintomas freqüentemente atrasam o reconhecimento e diagnóstico da Doença Inflamatória Intestinal.

Em alguns casos o retardo de desenvolvimento pode ser o único sintoma, sem que haja qualquer sinal de distúrbio do aparelho digestivo. Um relato do Hospital de crianças doentes de Toronto, observou que aproximadamente 20% dos pacientes pediátricos com Doença de Crohn apresentavam sintomas não clássicos e que dificultavam a avaliação inicial. Este retardo no diagnóstico seria um produto da natureza insidiosa da maioria destes sintomas e que freqüentemente leva a confusões particularmente com doenças funcionais intestinais.

Apesar de vários aspectos clínicos comuns da Doença Inflamatória Intestinal tanto em crianças quanto adultos, há alguns fatores que devem ser ressaltados:

- O efeito da Doença Inflamatória Intestinal, principalmente da doença de Crohn, no desenvolvimento físico é diferente na criança quando comparada com o adulto. Esse profundo efeito da doença no desenvolvimento pode ser decorrente do tempo de início da primeira crise da doença, portanto a criança que tivesse a crise ainda em idade precoce teria uma maior alteração do desenvolvimento físico.

- Os três aspectos primários do desenvolvimento físico, que são de forma adversa afetados pela inflamação crônica e resultam em desnutrição, são: o peso corporal, o crescimento linear e a maturidade sexual. Dos três, normalmente o peso é o que mais sofre alterações. A perda de peso pode ocorrer em 90% dos casos de Crohn e em 65% das crianças com Colite Ulcerativa. Há vários fatores concomitantes que podem contribuir para o estado de má nutrição da criança com Doença Inflamatória Intestinal. O desenvolvimento psicossocial e também o desenvolvimento físico são áreas críticas ainda de pesquisa na Doença Inflamatória Intestinal.

- Doenças crônicas em geral causam alterações psicossociais importantes tanto na criança quanto na suas famílias. As Doenças Inflamatórias Intestinais não são diferentes — elas podem levar a um comprometimento psicossocial em aproximadamente 40% a 70% dos casos, tanto em adultos quanto em crianças. Muitas vezes o impacto psicossocial da Doença Inflamatória Intestinal não fica restrito apenas à criança doente, mas também aos seus pais e familiares. A criança confia firmemente no seus pais como um suporte para os momentos de estresse (a doença causa alterações que levam a esse estresse). Um bom funcionamento da unidade familiar é, portanto, fundamental para a criança doente. Dar a devida importância ao impacto físico e psicológico que a DII pode causar na criança é um ponto importantíssimo que os médicos devem levar em consideração, principalmente quando a criança é pequena.

O histórico da ingestão calórica, avaliação periódica, antropometria, avaliação do desenvolvimento puberal, determinação da idade óssea, e detalhes da história familiar são algumas das ferramentas clínicas que podem ser empregadas para favorecer o reconhecimento do crescimento, desenvolvimento físico e efeitos possíveis da Doença Inflamatória Intestinal. Da mesma forma, questionamentos sobre atividade física, freqüência na escola, funcionamento do núcleo familiar, humor e distúrbios ansiosos como um todo, podem também

mostrar a qualidade de vida que é outro aspecto importante de avaliação na criança.

Uma equipe multidisciplinar pode garantir ao paciente uma intervenção precoce em todas as áreas - médica, cirúrgica, nutricional, psicossocial - fazendo com que o impacto da doença seja diminuído e favorecendo o desenvolvimento sem maiores conseqüências. No sentido de cumprir com esses desafios diagnósticos, os clínicos que cuidam de crianças com suspeita ou diagnóstico de Doença Inflamatória Intestinal podem ter metas a cumprir para se orientarem melhor nos cuidados a serem tomados. Uma dessas metas é o reconhecimento precoce da doença, no curso de sintomas que podem ser inespecíficos, discriminando adequadamente a presença ou não de lesão, facilitando a eficácia diagnóstica e tentando usar testes invasivos o mínimo possível. A meta de reconhecer complicações precocemente pode minimizar, principalmente, qualquer problema de retardo de desenvolvimento e maximizar o desenvolvimento psicossocial da criança. A última meta é reconhecer o impacto que pode ser acarretado pela doença precoce na infância, tanto no que diz respeito à evolução por si só, como também às decisões terapêuticas a serem tomadas. Nestes casos, a questão de que crianças são apenas pequenos adultos talvez precise ser repensada, para refletir a realidade das diferenças que ocorrem em cada grupo.

Qual a sua opinião sobre o uso do Infliximab (Remicade) em crianças com Doença de Crohn que não responderam a outros tratamentos?

Eu acredito que assim como na população adulta, o Infliximab tem um papel no tratamento da Doença de Crohn pediátrica. O ponto a definir é o exato papel para utilizá-lo apropriadamente. Tanto no caso de doença ativa ou presença de fístulas, é importante confirmar se realmente outras drogas mais tradicionais, como os imunossupressores, não foram eficazes. Recentes avanços na monitorização de metabólitos da 6-mercaptopurina têm permitido aos médicos um melhor entendimento do sucesso ou não deste tipo de tratamento. Por exemplo, nos pacientes em uso de 6-mercaptopurina ou Azatioprina, sem resultados clínicos, é importante monitorar os níveis dos metabólitos, para determinar se o paciente precisa de doses maiores ou se ele não processa estas drogas adequadamente no seu organismo. A meu ver, o Infliximab não deve ser considerado opção de imunossupressão prolongada. Portanto, é preciso decidir qual medicação concomitante deve ser utilizada com tal objetivo. Em geral as mais utilizadas são as Tiopurinas (6mp e azatioprina) e o Metotrexate. Foi sugerido que o Infliximab poderia zerar o sistema imunológico, permitindo a ação de drogas imunossupressoras que não estavam atuando com eficácia anteriormente. Apesar de estar sendo usado, o Infliximab ainda não foi aprovado pelo FDA para qualquer indicação em crianças. Dados estes fatos, a decisão deve ser dividida entre médico e familiares para cada caso.

Com as novas pesquisas genéticas, qual a sua impressão sobre a descoberta da causa e cura das DII? Estaríamos perto?

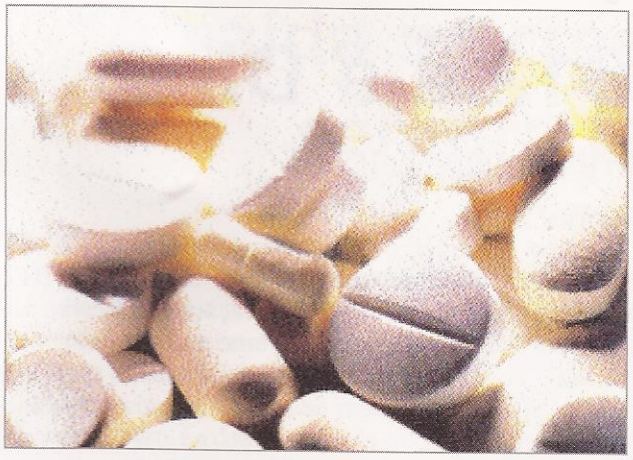
Apesar da etiologia da DII permanecer desconhecida, a hipótese vigente sugere que ela seja resultado de uma suscetibilidade genética que leva a uma lesão mediada imunologicamente e que é desencadeada por fatores ambientais. Apesar de o fator desencadeante ainda não ter sido identificado, há uma teoria que diz que uma vez havendo este desencadeamento, o sistema imunológico passa a responder anormalmente à bactérias habitantes normais do intestino, reconhecendo-as com se fossem estranhas ao organismo.

As descobertas genéticas nos fazem compreender como indivíduos com DII podem responder do ponto de vista imunológico de formas diferentes aos antígenos residentes no lúmen intestinal. Com isto há uma variedade grande de sintomas que diferem de pessoa para pessoa. A estratificação de pessoas em grupos homogêneos baseados no comportamento da doença quanto a sua apresentação e evolução, esperamos, poderá prever a história natural nestes pacientes. Mas ainda precisamos avaliar melhor como o conhecimento do genótipo no momento do diagnóstico poderá mudar nossa maneira de atuar terapeuticamente.

De todo modo, as descobertas genéticas deverão ter um importante impacto na maneira como trataremos e classificaremos os pacientes no futuro. O foco da terapia será provavelmente controlar a doença neutralizando ou deletando um gen específico. Familiares com risco potencial também poderão ser identificados. É importante lembrar, entretanto, que com a necessidade de um fator ambiental, mesmo pacientes Nod2 específicos podem jamais desenvolver a doença. Por esta razão, a história natural dos portadores sãos do Nod2 será de grande interesse.

Apesar de restarem várias questões a serem respondidas, a descoberta deste primeiro gen de suscetibilidade leva os pesquisadores a um passo mais próximo de desvendar a causa e quem sabe a cura desta doença.

Visite o nosso site: www.abcd.org.br Fale conosco: (11) 3064-2992



SINAL VERDE

O Canadá aprovou o uso do Remicade, o melhor medicamento para Crohn que há no mercado

Em junho deste ano, o Departamento de Saúde do Canadá aprovou o uso do Remicade, atualmente o melhor remédio para o tratamento de Crohn que existe. À base de anticorpo monoclonal, o medicamento foi lançado nos Estados Unidos em 1998, para pacientes adultos que têm Doença de Crohn e que não respondem a outras terapias convencionais de tratamento. Este foi o primeiro remédio aprovado naquele país para esta enfermidade nas últimas duas décadas e o que se sabe é que ele tem sido usado, com sucesso, em quase 150 mil pacientes de Crohn no mundo todo, prolongando as remissões em casos que variam de moderados a severos.

Estima-se que no Canadá existam cerca de 35 mil portadores da doença, além de outras patologias inflamatórias do intestino.

"O Remicade possibilitou uma mudança total no tratamento do Crohn", diz o Dr. Hillary Steinhart, do corpo médico de Gastroenterologia do Hospital Monte Sinai, em Nova Iorque. "Antes deste remédio muitos dos meus pacientes não sabiam como iriam estar a cada novo dia - se com dores abdominais, febre ou até diarréia, impedindo-os de ir à escola ou ao trabalho", afirma Steinhart. "Agora, com a possibilidade de fazer uma infusão do Remicade, muitos deles já estão se sentindo melhor e vendo o futuro cada vez com mais otimismo." Desenvolvido pela empresa americana Centocor Incorporated, o medicamento é apresentado no Canadá pela Shering Canadá Inc..

DUPLAMENTE BOM

Um novo remédio parece ser eficaz para a Doença de Crohn e para a Esclerose Múltipla

Em maio deste ano, durante a reunião anual da Associação de Gastroenterologia Americana, na Geórgia, Estados Unidos, foram apresentados resultados promissores sobre estudos feitos com um novo remédio chamado Antegren. O Antegren, é o primeiro de uma nova classe terapêutica de medicamentos que previne a migração de células inflamatórias das artérias, o que causa a inflamação. Os estudos estão a cargo da Elan Corporation e da Biogen Inc., empresas que foram as pioneiras a desenvolver este trabalho. A notícia é duplamente boa, pois além de se mostrar eficaz no tratamento da Doença de Crohn, a droga promete ajudar também os portadores de Esclerose Múltipla. No caso do Crohn, o estudo foi chamado de Fase II. Em agosto último, as companhias estiveram reunidas com a FDA (Food and Drug Administration), o órgão que regulamenta a administração de medicamentos nos Estados Unidos, para discutir os estudos sobre a Esclerose Múlipla, que devem ser iniciados ainda este ano.

O estudo da Fase II envolveu 244 pacientes de Crohn, num estado clínico de moderado a severo, que foram distribuídos em quatro grupos de tratamento: um deles, recebeu uma única dose de 3 miligramas por kg de Antegren. Outro grupo, duas doses de 3 mg/kg, em intervalos de quatro semanas. O terceiro grupo recebeu duas doses duplamente maiores, de 6 mg/kg cada uma, também com intervalo de um mês. E o último grupo, somente placebo, ou seja, cápsulas ou comprimidos com açúcar ou qualquer substância inócua, sem efeito farmacológico. Os pacientes foram acompanhados por 12 semanas, a partir da primeira infusão, e assessorados pelo CDAI (o estudo que determina o índice de atividade do Crohn no organismo), para investigar as mudanças na qualidade de vida que passaram a ter após o início do tratamento. A diferença de resposta clínica foi notada já a partir da segunda semana após as infusões do medicamento. Continuou assim até a última semana para 74% dos pacientes que tomaram 3 mg/kg de Antegren, ao contrário de 38% das pessoas que só receberam placebo.

De maneira geral, o medicamento foi tolerado e seus efeitos colaterais mais comuns foram dores de cabeça e abdominais.

"O Antegren é um caminho terapêutico único e pode ser um acesso inovador para o tratamento da doença de Crohn", diz Stephen Hanauer, diretor do Departamento de Gastroenterologia e Nutrição do Hospital Universitário de Chicago. "O que é particularmente excitante a respeito do medicamento é o fato de os resultados terem se revelado logo no início das aplicações", diz o médico. William J. Sandborn, professor de Medicina da Mayo Medical School endossa seu colega: "A doença de Crohn é séria e crônica, causando um forte impacto na vida do paciente. Por isso, os resultados obtidos no estudo são uma importante contribuição para a continuidade do desenvolvimento da droga", diz Sandborn.

O médico sabe bem do que está falando. Não se pode esquecer que a doença de Crohn atinge milhões de pessoas no mundo todo, 700 mil delas somente nos Estados Unidos, sendo mais comum em jovens adultos. Um estudo feito recentemente estima que o custo total para tratamento da doença durante um ano supera 1,7 bilhão de dólares.

A vitamina B12 e a DII

Veja porque esta relação é estreita e delicada

"Vitaminas são compostos orgânicos essenciais para reações metabólicas específicas, que não podem ser sintetizados por células do tecido humano através de metabólitos simples." Estão presentes nos alimentos em pequenas quantidades, suficientes para desempenhar suas funções fisiológicas e para prevenir deficiências. Porém, a deficiência pode causar o aparecimento de doenças e o excesso, efeitos tóxicos.

A vitamina B12 (também chamada cobalamina) é uma vitamina hidrossolúvel. É essencial ao metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas. Desempenha papel fundamental na formação do sistema nervoso e das células vermelhas sangüíneas, que transportam o oxigênio em todo o organismo.

A vitamina B12 derivada da dieta não pode ser absorvida sem sofrer ação de fatores intrínsecos (fator R salivar e fator intrínseco gástrico). Metade da ingestão oral de vitamina B12 é absorvida no íleo, intestino delgado. É armazenada em tecido hepático (50 a 90%). A excreção é urinária e fecal, sendo 60% da vitamina B12, reabsorvida pela circulação êntero-hepática.

A deficiência de vitamina B12 pode resultar em anemia, devido à síntese e maturação defeituosa das células vermelhas sangüíneas. A anemia perniciosa é atribuída a uma deficiência de vitamina B12 devido à falta do fator intrínseco, impedindo a absorção da mesma. Os sintomas são as parestesias, especialmente entorpecimento e formigamento nas mãos e pés, diminuição de sensações de vibração e posição, coordenação muscular pobre, pouca memória, alucinações, anorexia e cefaléia.

A deficiência de vitamina B12 é somente encontrada em portadores de Doença de Crohn localizada no íleo terminal ou naqueles que tiveram o íleo removido. O tratamento é injeção de vitamina B12. A deficiência devido à inadequação da ingestão alimentar é extremamente rara, uma vez que essa vitamina é encontrada em todos os alimentos protéicos de origem animal, além de ser sintetizada pelas bactérias intestinais.

Vegetarianos rigorosos e crianças nascidas de mães vegetarianas têm um risco aumentado de desenvolver deficiência de vitamina B12, por não ingerirem produtos animais. Podem, porém, não apresentar a doença se ingerirem plantas contaminadas por microorganismos que sintetizam a vitamina B12. No entanto, a estes indivíduos é aconselhável checar regularmente seus níveis de vitamina B12.

Para assegurar a ingestão adequada de vitamina B12 na dieta, ingira uma grande variedade de alimentos incluindo produtos animais. Os vegetarianos devem incluir na sua dieta diária produtos lácteos e ovos e, se necessário, suplementos.

As deficiências de vitamina B12, de ácido fólico e ferro são responsáveis pela anemia nutricional freqüente nos pacientes com Doença de Crohn (40-50%) e Colite Ulcerativa (33-80%).

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, má-absorção de gorduras e esteatorréia em até 40% dos portadores de Doença de Crohn.

ALIMENTOS RICOS EM VITAMINA B12
Recomendações para Adulto = 2,0 mg/dia

ALIMENTO	PORÇÃO	mg/PORÇÃO
✓ Fígado de boi	100 g	31-120
✓ Carne (filé)	100 g	3,4-4,5
✓ Presunto	100 g	0,9-1,6
✓ Haddock	100 g	0,6
✓ Ovo inteiro	1 unidade	0,2
✓ Leite integral	1 xícara	0,7-1,2
✓ Queijo Suíço	30 g	0,3
✓ Queijo Americano	30 g	0,2

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

"A saída é acreditar na cura e ter sempre fé em Deus"

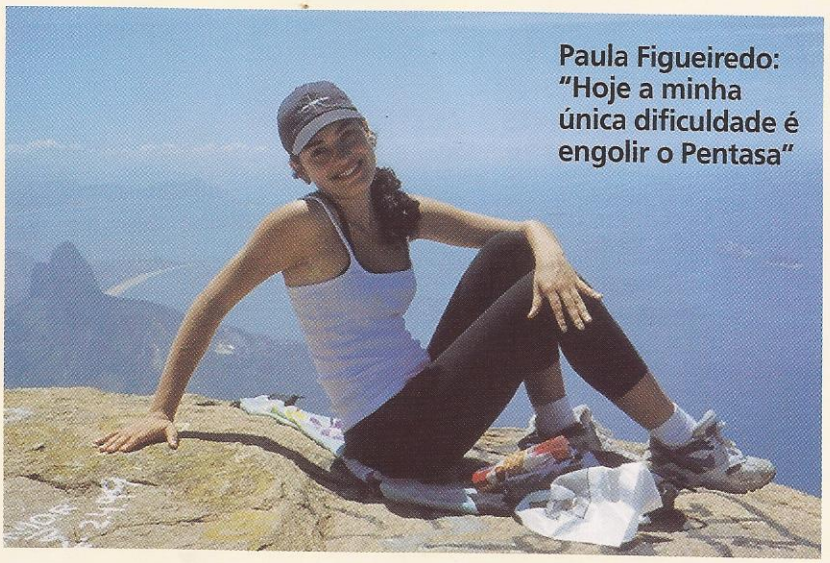
*Por Paula Grossi Figueiredo**

No dia 2 de agosto deste ano minha família e eu descobrimos que existe uma doença chamada CROHN e, para minha tristeza e um grande susto para todos que me amam, é a doença que eu tenho.

Estou com 21 anos. Há 5 anos comecei a sentir os sintomas da doença: dores fortes no estomago depois de comer e diarréias eventuais. Convivi com o problema alguns anos, tratando-o como gastrite por falta de um diagnóstico correto, apesar de ter consultado vários médicos. Em julho deste ano, em função das dores, fiz uma segunda endoscopia, uma colonoscopia e exames de sangue e trânsito intestinal. Assim que terminei fui para o consultório do Dr. Flavio Steinwurz. Logo que cheguei, procurei algo para ler, mais precisamente uma revista, e de imediato encontrei um artigo com o título "Doença de Crohn". Imediatamente comecei a ler – e logo pude identificar os sintomas que sentia. Por mais que eu percebesse pelas evidências do artigo, esperava ouvir do médico que o meu problema era apenas uma inflamação - coisa simples - e que bastaria tomar um "remedinho" e estaria curada. Mas infelizmente não foi isso que aconteceu.

Foi grande o impacto ao ouvir "você tem uma doença no intestino... uma doença crônica... chamada Crohn... não tem cura... você terá que tomar remédio indeterminadamente para tentar manter a doença sob controle...". Convenhamos, é difícil ouvir isso. Naquele momento o mundo desabou sobre minha cabeça. Como eu já estava fragilizada por estar prestando vestibular para a faculdade de medicina, a somatória da notícia resultou numa grande tristeza.

Minha família, tal como ocorreu em várias outras oportunidades, especialmente minha mãe, está me dando todo o apoio que tenho precisado neste início da convivência com a doença. Por sorte – e graças a Deus - em mim a doença se manifestou de forma branda. Para se ter uma idéia, hoje a minha única dificuldade é engolir o Pentasa (o comprimido é enorme). Só nesse momento lembro do Crohn. Apesar da seriedade deste mal e do sofrimento que ele pode causar, estou podendo viver uma vida normal. Acho que uma coisa fundamental para conviver bem com uma doença é ter fé. Sou evangélica e minha fé em Deus por vezes faz até com que eu esqueça o tratamento que estou fazendo. Na minha opinião, esta doença está diretamente ligada a fatores emocionais e certamente estará em melhores condições de enfrentá-la a pessoa que acreditar e aceitar a presença de Deus em sua vida e dividir com ele o seu problema. Eu sinto que Deus tem me protegido dessa doença.



Paula Figueiredo: "Hoje a minha única dificuldade é engolir o Pentasa"

Percebo também que um fator de peso nesta fase é a oportunidade de participar das reuniões promovidas pela ABCD, num dos grupos de auto-ajuda, que me recebeu com muito carinho. Na minha reunião de caloura me considerei especial no meio das pessoas que estavam ali. É maravilhoso constatar com que força e perseverança elas encaram o tratamento da doença. Isto de certa forma me ampara e conforta.

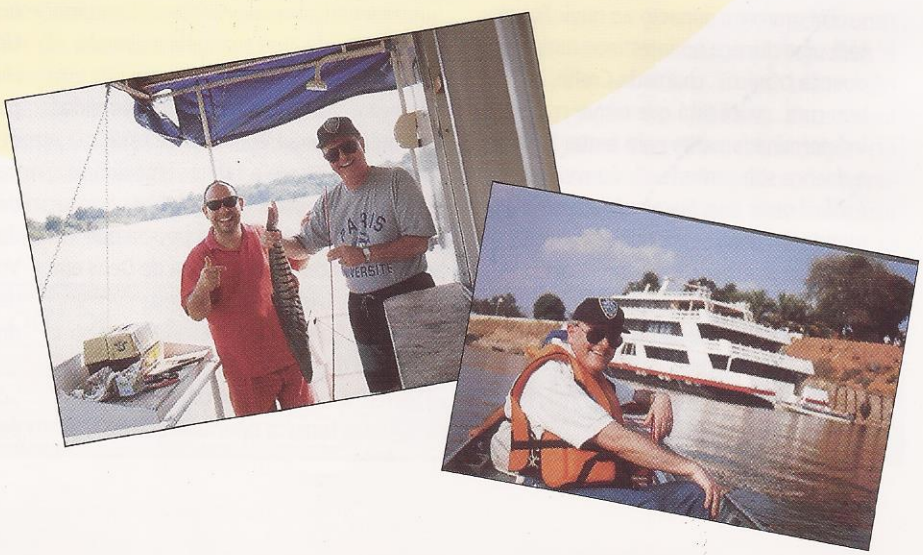
E agora uma notícia interessante: uma tia minha que está fazendo doutorado nos Estados Unidos, realizou uma pesquisa sobre a doença junto às Universidades Vanderbilt e Johns Hopkins — e recebeu informações preciosas da Associação Americana de Crohn (com quem a ABCD tem parceria) sobre as várias possibilidades de tratamento inclusive no hospital da Johns Hopkins para brasileiros. Vou repassar para a ABCD os detalhes desta pesquisa para que sejam divulgados aos interessados.

Você pode entrar em contato com a Paula pelo e-mail: paula2807@hotmail.com

O governador Geraldo Alckmin — na foto entre o Dr. Henrique Walter Pinotti e o Dr. Luiz Arnaldo Szutan — prestigiou com a sua presença o XXIV Congresso Brasileiro de Cirurgia, realizado entre os dias 8 e 12 de julho passado, no Palácio das Convenções do Anhembi, em São Paulo.

A ABCD esteve presente à I Reunião Para Discussão da Campanha de Esclarecimento Sobre Prevenção do Câncer Colo-Retal, que aconteceu no dia 7 de junho passado, no Hotel Crowne Plaza, em São Paulo. Organizado pela Dra. Angelita Habr-Gama, o evento foi um sucesso e contou com a participação de boa parte da elite médica brasileira.

O Dr. Flávio Quilici aproveitou o I Encontro dos Ostomizados de Mato Grosso do Sul, em setembro, e junto do organizador do evento, o professor Jânio Batista de Macedo, deu uma escapadinha para pescar. O cenário não poderia ser melhor: o Pantanal do Mato Grosso. Resultado: um belo pintado de 4 kg. Na outra foto, ele posa ao lado do iate mais famoso do Mato Grosso, o Pato Bravo.



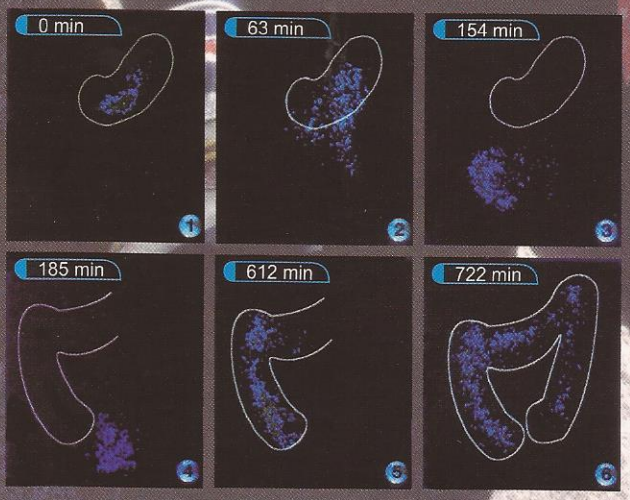
Os tratamentos da Colite Ulcerativa e Doença de Crohn requerem uma abordagem inteligente...

Pentasa®
mesalazina

Exclusiva formulação de liberação prolongada

Melhor distribuição

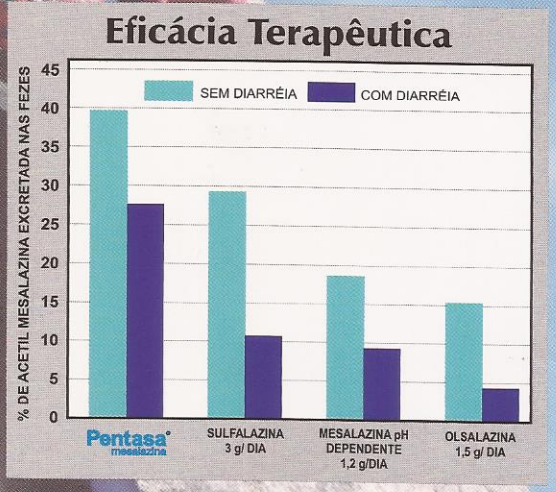
Pentasa®: Exclusiva distribuição uniforme do duodeno ao reto



Cintilografia Gama mostrando a distribuição da mesalazina liberada pelos microgrânulos de Pentasa®[1]

Maior concentração

Pentasa®: Alta concentração no local da inflamação



O gráfico mostra a excreção em percentual de acetil 5-ASA nas fezes dos pacientes. O acetil 5-ASA resulta da ação antiinflamatória da mesalazina nas paredes intestinais.

Pentasa® - Disponibilidade prolongada na mucosa inflamada

Rápida remissão dos sintomas

- Rápido controle das diarréias
- Redução imediata da dor
- Controle eficaz das hemorragias

Melhora da qualidade de vida do portador

- Rápida reintegração ao trabalho e atividades diárias
- Melhora da atividade sexual
- Restabelece a confiança do paciente

FERRING
PHARMACEUTICALS

Laboratórios Ferring Ltda - Al. dos Guaramomis, 332 - Moema - 04076-012 - São Paulo, SP - tel: (0xx11) 5051-5233 - fax: (0xx11) 5051-0948 - www.ferring.com - e-mail: adm@ferring.com.br

Pent..A1 06/01

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA

As melhores Soluções e Serviços que o Profissional de Saúde exige.

fórmula especialmente desenvolvida para crianças

100% peptídeos
alta absorção

proteína do soro do leite
rápido esvaziamento gástrico

o melhor sabor da categoria

JW Thompson

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

0800-7702461

www.nestle.com.br/nutricaoclinica

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA