VÍDEO PÍLULA: UM EXAME MODERNÍSSIMO QUE FAZ UMA VIAGEM FANTÁSTICA PELO CORPO HUMANO

ABCD em FOCO

www.abcd.org.br

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Coma sem culpa

Saiba quais são os cuidados que a alimentação requer quando se tem Doença de Crohn ou Colite Ulcerativa

Ano III
nº 9
outono
2002

CADASTRO ÚNICO: ENFIM VAMOS TER NÚMEROS NACIONAIS SOBRE DII

ENTOCORT®
BUDESONIDA

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

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

Suprime rapidamente os sintomas da inflamação com baixa incidência de efeitos colaterais devido a ação local.

AstraZeneca do Brasil Ltda.
Rod Raposo Tavares km 26,9
06714 025 Cotia SP Brasil
ACCESS net / SAC 0800 14 55 78
www.astrazeneca.com.br

AstraZeneca
GASTROINTESTINAL

Credibilidade. Reforçada pela vanguarda e liderança mundial.

Nesta Edição

Reportagem de Capa
COMA DE TUDO. OU MELHOR, DE "QUASE" TUDO
Saiba como se alimentar corretamente, tanto durante as crises quanto fora delas, para ter uma vida com mais qualidade 4

Levantamento
EM BUSCA DE DADOS NACIONAIS
Para conhecer ainda mais o mecanismo das DIIs, médicos criam um cadastro com informações que facilitam estudos e pesquisas no Brasil 8

Serviços ABCD
FACILIDADES PARA VOCÊ 10

De Olho no Íleo
Você conhece um exame chamado vídeo pílula?
Marcadores que realmente marcam
Um antibiótico melhor que a encomenda
Ponto para o Antegren
É mesmo preciso fazer jejum antes dos exames? 16

Coluna do Cólon
A heparina e a Colite: tudo a ver
Fique de olho no EGF
(mas antes saiba o que é isso) 17

Entrevista
PROFISSIONAL DE FIBRA
Uma cirurgiã que trabalha com as DIIs desde o início da carreira, realiza uma pesquisa atrás da outra para conhecer melhor os mecanismos dessas doenças 18

Minha história
PRATICAMENTE CURADO 21

ABCD Em Festa 22

Carta do Editor

Muitas notícias boas

Agora que passou o Carnaval e o verão está acabando (embora o calor ainda esteja nos judiando), o ano de 2002 efetivamente começou. Todos voltam ao ritmo tradicional de trabalho. Percebemos que muitas coisas continuam iguais – a violência, a miséria, a poluição, as enchentes, etc. Mas nem por isto deixamos de enxergar tudo o que acontece de bom – e aí há realmente muitas coisas. Podemos destacar os esforços que estão sendo realizados por especialistas para melhor compreender, estudar e tratar as doenças inflamatórias intestinais. Novos remédios estão surgindo, mais congressos acontecendo e até produtos nutricionais e métodos diagnósticos modernos estão despontando dia a dia. Tudo para melhorar a vida dos doentes de Crohn e de Colite Ulcerativa.

Uma coisa que nos deixa especialmente felizes é ver que a **ABCD** continua crescendo a passos largos. Já temos aproximadamente 1.000 sócios. Nossa página na Internet já recebeu mais de 48.000 visitas e nossa revista **ABCD em Foco** é um absoluto sucesso. E mais: percebemos que nossos associados têm muito interesse sobre questões nutricionais, por isso vamos lançar em breve um livro de receitas para quem tem DII. Ele será produzido com a colaboração de fontes diversas e, sobretudo, de nutricionistas especializadas que nos apóiam. Você também pode ajudar nos mandando a sua receita.

Por falar em comida, é exatamente este o tema da matéria de capa desta edição. O que os pacientes de Crohn e Colite podem comer? Quando fazer uma dieta mais severa? O que a alimentação tem a ver com as crises? Conheça a resposta para estas e outras perguntas comuns.

Você já ouviu falar em cápsula endoscópica? Não? Pois na *página 16* dessa edição você vai saber o que é e como funciona esse pequeno e utilíssimo objeto que nem o mais futurista dos cientistas poderia imaginar que teríamos há alguns anos. Detalhe: essa cápsula já chegou ao Brasil. Outra notícia interessante é sobre os cadastros nacionais de DII, na *página 8*. Médicos gastroenterologistas e proctologistas de várias partes do Brasil se mobilizaram para formar o Grupo Brasileiro de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal. Essa atitude deverá facilitar a produção de pesquisa científica em nosso meio, de modo a compreender melhor o comportamento destas doenças no Brasil. Boa leitura e até a próxima edição.

FLAVIO STEINWURZ

Expediente

ABCD
Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

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 Cesar Giacomelli
Jornalista responsável: Maria Amalia Bernardi - MTB 19182

Coma de tudo. QUASE

Saiba como se alimentar corretamente, tanto durante as crises quanto fora delas, para ter uma vida com mais qualidade

"A comida de uma pessoa é o veneno da outra",
Lucresius

Acontece com todos nós: quando sentimos um mal estar, dores de barriga ou temos diarréia, logo associamos o quadro a alguma coisa que comemos e não nos fez bem. No caso de portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais – DII, essa comparação é mais freqüente, embora não seja verdadeira, uma vez que os alimentos não são responsáveis pelo início de crises. "Quando a crise ocorre é porque estava eminente", explica Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos, nutricionista da ABCD e supervisora de Clínica do Hospital Oswaldo Cruz. "A inflamação já estava presente no intestino, não foi o alimento ingerido que a determinou." Os médicos e nutricionistas são unânimes em afirmar que a alimentação não provoca as crises nem tira o paciente delas – mas pode, sim, piorar a situação. Levar uma vida saudável, adaptando a alimentação à correria do dia-a-dia e às fases da doença é o objetivo de qualquer doente de Crohn ou Colite Ulcerativa. Nesse sentido, a orientação nutricional correta sobre o que comemos ganha um papel importante. "É fundamental levantar o histórico nutricional do paciente, entender seus sintomas, a medicação usada, os procedimentos clínicos e exames realizados para que a alimentação possa ser uma aliada", afirma Suzana Mantovani Cerqueira, nutricionista da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Gastrocentro Carioca.

Segundo a especialista, a alimentação adequada é o ponto de partida para o sucesso do tratamento realizado com medicamentos. "Toda droga se liga a uma proteína para agir, por isso a quantidade desse elemento na dieta tem que estar de acordo com a necessidade individual de cada um", afirma. "Devemos considerar a quantidade necessária de proteína para a cicatrização, o sistema imune e o uso junto à medicação." A avaliação e a orientação nutricional são feitas individualmente, pois cada organismo funciona de uma maneira. O que faz bem para um paciente pode fazer mal para outro. "Já passei por extremos de dieta, desde muita restrição até a alimentação normal", diz o doente de Crohn e diretor da ABCD Sérgio Savone. "Cada pessoa tem seu ritmo e conhece seu organismo melhor que ninguém – ou deveria conhecer – para saber o que tem maior ou menor aceitação." Segundo Savone, é interessante constatar, durante as reuniões de grupo da ABCD, como existem várias opiniões sobre um mesmo alimento. O que não faz nada para alguns é capaz de deixar outros muito mal. Por isso é sempre importante e prático seguir a orientação de alguém que realmente domine o assunto. "Para conseguir adequar minha alimentação ao meu ritmo de vida foi fundamental seguir os conselhos da nossa nutricionista", afirma Savone. "Estou em remissão há um bom tempo e hoje sigo, tranqüilo, uma frase que absorvi com prazer: devemos comer sem culpa."

Prestar uma atenção especial à alimentação pode evitar uma série de problemas que agravam ainda mais o

Ou melhor, de TUDO

quadro de quem tem Doença Inflamatória Intestinal. "Essas pessoas têm um gasto energético aumentado em função da infecção e da febre causada pela doença", diz Roselaine Oliveira, nutricionista do Hospital Albert Einstein. "Apresentam dificuldade de absorção de nutrientes, fato que pode levar a um terrível estado de desnutrição e piora dos sintomas, como a diarréia, por exemplo. A dieta correta tem que ser mantida para que o paciente possa repor suas necessidades calóricas e protéicas e dessa forma controlar a perda de peso e as complicações dos sintomas." Felizmente, boa parte dos portadores de DII têm consciência da necessidade de um controle rígido sobre tudo aquilo que se ingere. "Sei que seguir uma dieta é uma coisa que me ajuda mesmo quando estou fora das crises, por isso procuro andar sempre na linha", diz Fábio Monção, do Rio de Janeiro, doente de Crohn. "Eu me reeduquei de verdade. Não como mais açúcar e gorduras e evito ao máximo comer fora de casa. No começo foi duro mas agora já me acostumei e nem sinto falta dessas coisas."

Quando está em crise, o doente automaticamente muda a alimentação. Nem sente vontade de comer, em parte pelo desânimo e mal estar, em parte pelo pavor de que a situação piore. A natureza realmente é sábia, pois durante as crises é preciso evitar tudo que possa agravar os sintomas. A primeira orientação é cortar qualquer alimento que forme resíduos, como por exemplo leite e derivados, verduras, frutas e legumes ricos em fibras, condimentados e embutidos. Nessa fase, a alimentação deve ser de fácil digestão, a comida não deve estimular o trabalho do intestino para não irritar a parede intestinal. São indicados alimentos cozidos e com pouca gordura. De acordo com a nutricionista Suzana Cerqueira, dependendo da composição molecular, a gordura pode modificar a resposta inflamatória, piorando a crise.

O consumo maior de ômega 3, encontrado em peixes de águas geladas profundas ou na forma de suplementos, pode ajudar a reduzir a inflamação. "Deixo sempre claro para o paciente que essa dieta não é para ser feita sempre, mas apenas durante as crises", diz Maria Izabel Lamounier. "A medida em que os sintomas melhoram, voltamos a introduzir os elementos retirados e a pessoa retorna a uma alimentação normal." Devido à diarréia constante, o organismo sofre uma grande perda de vitaminas e sais minerais, além da água, que precisam ser repostos. Crises longas podem, inclusive, provocar uma baixa de nutrientes no corpo. Esse é o principal motivo pelo qual a dieta deve voltar rapidamente a ser o mais variada e o mais saudável possível. "A alimentação completa é essencial para a recuperação do paciente, mas devemos esperar o momento certo para voltar a ela", frisa Maria Izabel. Muitos pacientes não querem comer durante as crises, acreditando que vão piorar. Não é assim. "Temos que fazer com eles um trabalho de conscientização de que a não reposição dos nutrientes é que pode fazer com que se sintam piores", afirma a especialista Roselaine Oliveira. "Com desnutrição e anemia a coisa pode ficar realmente feia."

Veja a seguir informações importantes sobre os principais temas ligados a alimentação.

ANEMIA

A anemia é uma das conseqüências da fase aguda do Crohn e da Colite Ulcerativa e um problema quase que constante para a maioria dos pacientes. É muito importante, portanto, que seja dada uma atenção especial à reposição de proteínas no organismo. Segundo a nutricionista Maria Izabel, o paciente deve consumir uma fonte rica em proteína em cada uma de suas refeições diárias (frango, carne, ovo, queijo e leite sem lactose). Veja alguns de seus conselhos práticos:

- comer fígado uma vez por semana
- comer espinafre
- tomar sopa de feijão
- usar panela de ferro para preparar a comida

- ingerir com a comida um copo se suco de laranja, limão, maracujá ou tangerina, porque a vitamina C ajuda o organismo a absorver melhor a proteína dos alimentos
- fracionar a alimentação a cada três horas para não haver longos períodos sem ingestão de comida

FIBRAS

Outra dúvida muito freqüente para os portadores de DII diz respeito às fibras. Afinal, pode-se ou não come-las? Qual seu verdadeiro peso para uma alimentação saudável? De acordo com os especialistas de nutrição, as fibras passaram a desempenhar um papel fundamental na alimentação dos doentes de Crohn e Colite Ulcerativa, por uma razão simples: elas possuem a boa característica de não fermentar no intestino. Podem ser solúveis ou insolúveis, mas só as primeiras ajudam e são indicadas na fase aguda da doença. Ao desempenhar seu papel no organismo, retêm água e diminuem o movimento intestinal, reduzindo assim o volume de água que estaria disponível para o desencadeamento de uma diarréia. Essas fibras podem ser encontradas principalmente nas polpas de frutas e legumes. "Oriento meus pacientes a comer a polpa da maçã e da pêra", diz Maria Izabel. "A parte branca da laranja e do maracujá também são ricas em peptina."

Izabel explica que quando as fibras solúveis chegam ao intestino são quebradas por enzimas. Nesse processo há a liberação de nutrientes para o organismo, que são chamados de ácidos graxos de cadeia curta, ou seja, gorduras úteis para a recuperação das células do cólon (colonócitos). Já as fibras insolúveis aumentam o trânsito intestinal, empurram o bolo fecal e proporcionam o bom funcionamento do intestino. Pacientes com DII, entretanto, possuem movimento intestinal bastante acelerado e não precisam desse tipo de fibra numa fase aguda. "Para quem está em crise as fibras insolúveis, encontradas em cascas de frutas, legumes e grãos, são retiradas da dieta", afirma Izabel.

Dra. Suzana: "Para quem está em crise, as fibras insolúveis — como cascas de frutas, legumes e grãos — são retiradas da dieta"

VERDADES SOBRE ALGUMAS PROIBIÇÕES

- **Peixe** – Ao contrário do que se imagina não atrapalha em nada a cicatrização do intestino. Não sendo preparado como fritura, é um alimento rico em proteína e de fácil digestão.
- **Ovo** – Não é responsável pelo desencadeamento de crises - aliás, nenhum alimento é. Como o peixe, também não interfere na recuperação do paciente. É fonte certa de proteínas.
- **Leite** – Se o portador de DII não apresentar intolerância ao leite, esse alimento pode ser consumido normalmente desde que a pessoa não esteja em crise. Durante as crises precisa ser retirado por que ele aumenta a diarréia.

OS SUPLEMENTOS FUNCIONAM?

O desenvolvimento dos suplementos alimentares nos últimos tempos tem auxiliado muito a recuperação dos doentes de Crohn e Colite. Há no mercado, atualmente, uma grande variedade de produtos que podem ser utilizados por quem sofre de inflamações intestinais. Na opinião de Maria Izabel Lamounier, os suplementos são importantíssimos para evitar a desnutrição. "Eles são necessários quando o paciente passa por um longo período de crise", diz ela. E há algum mais indicado que os outros? "Na minha opinião o melhor suplemento é aquele que além de não conter lactose e açúcar, tenha vitaminas e minerais e seja do paladar da pessoa."

LACTOSE

A lactose é um açúcar encontrado no leite que necessita da ação de uma enzima chamada lactase para ser absorvida pelo intestino. Na presença de DII pode haver uma deficiência de lactase na mucosa do intestino, o que dificulta sua absorção, provocando dores e diarréia. Cada pessoa apresenta um grau de tolerância à ingestão de lactose – uns podem consumi-la normalmente e outros não podem chegar nem perto. Quando o paciente tem esse problema deve prestar atenção aos rótulos dos alimentos industrializados. Se

Conteúdo de Lactose nos Alimentos Lácteos			
Alimentos	Tipos	Porção	Conteúdo de Lactose
Leite	Desnatado ou Integral	240 ml (1 copo grande)	10-12 g
Sorvete	Todos os tipos	1 taça (1 bola)	9-10 g
Iogurte	Desnatado	120 ml	5-9 g
Queijos Sólidos	Suíço, Cheddar, Americano	30 g	0-3 g
Queijos Cremosos	Cottage, Ricota	120 ml	3-6 g
Creme de leite	Todos	1 colher de sopa	0.4-0.6 g

gostar de leite, pode recorrer aos produtos específicos que não contêm lactose disponíveis no mercado, como o Modulen, por exemplo.

Na fase aguda de DII o leite deve ser retirado da dieta. Mas como ele não deixa de ser um alimento de qualidade, deve ser substituído pelo leite de soja, por exemplo. "O problema é que os ocidentais não têm paladar para a soja e acabam não aceitando esse leite", diz Maria Izabel. "Aconselho a usá-lo para preparar alimentos como molho branco e vitaminas, assim o sabor fica menos acentuado." Hoje em dia o leite deixou de ser exatamente um problema, pois há no mercado um muito bom, da Parmalat, chamado Zymil, que tem tido uma ótima aceitação. Por seu sabor ser praticamente o mesmo do leite comum, a maior parte dos doentes de Crohn e de Colite o adotaram fora das crises. "Eu faço todas as substituições que posso na minha alimentação", diz Fábio Monção. "Tomo leite Zymil e não como produtos que contenham açúcar e lactose, como os chocolates." Fábio afirma que as pessoas que conhece e têm o mesmo problema seguem uma dieta muito parecida com a sua.

Além de leites sem lactose pode-se contar com o Lactaid, uma comprimido de lactase que deve ser tomado junto com a ingestão de produtos que contenham lactose. "Optei apenas pelo Lactaid", afirma Sérgio Savone. "Como chocolate e tudo que tenho direito sem o menor problema. Tomo logo meu Lactaid e fica tudo bem."

PROBIÓTICOS

Pesquisas feitas recentemente mostram os benefícios do uso dos probióticos (microorganismos vivos que ajudam no trabalho da flora intestinal) no controle das Doenças Inflamatórias Intestinais. Os probióticos não servem para o tratamento das doenças. Eles são utilizados apenas na fase de remissão, quando a pessoa está fora de crise. O uso constante dos probióticos pode manter a flora intestinal em equilíbrio e prevenir o aparecimento das crises. Vários estudos dizem que a disbiose, desequilíbrio da flora intestinal, que ocorre principalmente em doença de válvula íleo cecal e cólons, é um fator que agrava os sintomas e a atividade da DII. "Quando corrigimos esse desequilíbrio, oferecendo microorganismos como Lactobacillus, em doses altas, junto com nutrientes que os alimentam (alimentos de origem vegetal), podemos recuperar a flora intestinal e proporcionar seu equilíbrio", afirma a nutricionista Suzana.

Embora os estudos sejam feitos cada vez mais rapidamente, eles ainda não indicam qual seria o melhor dos probióticos, nem qual a quantidade de ingestão necessária para a obtenção dos efeitos benéficos desses organismos. "Esses elementos vivos já são utilizados na terapia de manutenção dos portadores de DII", comenta a especialista Roselaine. Os probióticos podem ser encontrados facilmente nos supermercados. O Yakult e o LC1 são bons exemplos desses produtos.

Depois de todas essas indicações, resta ainda dar uma resposta clara a uma das perguntas mais comuns entre doentes de Crohn e de Colite Ulcerativa: fora da crise e com a doença estabilizada, pode-se voltar a comer de tudo? Será que faz mal se alimentar sem restrições? Na verdade, é permitido comer quase de tudo. Mas é sempre bom evitar frituras, gorduras e condimentos, independente de se estar ou não em crise. A boa notícia é que não é preciso se privar para sempre de coisas gostosas como pizza, batata frita e doces. Se forem cometidos só de vez em quando, esses "pecados" não chegam a levar ninguém para o inferno. ■

LIVRO DE RECEITAS

Preocupada em melhorar a qualidade da dieta alimentar dos doentes de Croh e Colite Ulcerativa, a ABCD teve a iniciativa de preparar um livro de receitas. A idéia é aproveitar a experiência dos próprios pacientes e reunir em uma publicação misturas e preparações que deram certo.

Você também pode fazer parte desse projeto. Envie sua receita através de nosso site www.abcd.org.br.

Em busca de dados nacionais

Para conhecer ainda mais o mecanismo das DIIs, médicos criam um cadastro com informações que facilitam estudos e pesquisas no Brasil

Nos últimos anos, o avanço no tratamento das doenças inflamatórias intestinais (DII) no Brasil tem sido reconhecido dentro e fora do país. No entanto, existem poucos registros referentes ao número de portadores dessas doenças e suas características específicas nos diferentes Estados. Mas essa ausência de dados nacionais deve mudar em breve. O Dr. Aytan Miranda Sipahi, chefe do Grupo de Intestino da disciplina de Gastroenterologia da FMUSP, organizou recentemente, no Guarujá, um encontro de profissionais da área no qual foi discutida uma proposta de cadastro que deve ser implementado coletivamente. "Existe uma sugestão de modelo de cadastro, já conhecido pelos médicos, que é baseado no proposto por Jean-Frederic Colombel – Advanced Therapy of Inflammatory Bowel Disease, 2001– Bayless-Hanauer", conta o médico. Segundo ele, o estudo realizado com um grande número de pacientes e com critérios padronizados "é crucial para o melhor conhecimento da epidemiologia dessas doenças, assim como dos seus mecanismos e respostas aos diferentes esquemas terapêuticos". Outra finalidade do evento foi enviar às autoridades da Saúde o custeio dos medicamentos e testes diagnósticos utilizados no manejo das DII no País.

O Dr. Sender Jankiel Miszputen, gastroenterologista e professor adjunto da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), já havia criado um cadastro de dados que incluía seus pacientes de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. "Senti que era o momento de propor essa facilidade a todos os gastroenterologistas, cirurgiões digestivos, proctologistas e clínicos do País", afirma Miszputen. De acordo com ele, durante os encontros médicos realizados, tem-se observado um interesse cada vez maior por parte dos colegas na discussão conjunta, seja pela troca de experiências clínicas ou pela apresentação de pesquisas.

O cadastro funciona a partir da análise de informações, como o esclarecimento do comportamento das doenças, suas formas mais freqüentes de apresentação, evolução, complicações e respostas aos tratamentos medicamentoso e cirúrgico. O principal objetivo do cadastro é reunir informações dos diferentes centros de atendimento de portadores de DII existentes no Brasil. "Nossa segunda finalidade é o mapeamento epidemiológico dessas entidades clínicas", diz Miszputen. "Na nossa opinião, isso ajudaria a esclarecer alguns aspectos que envolvem o curso dessas inflamações em nossos pacientes e ainda nos permitiria fazer comparações com estudos internacionais." O médico acredita que uma investigação deste porte e sua divulgação podem facilitar a participação dos brasileiros em protocolos internacionais. "As pesquisas realizadas aqui teriam maior receptividade nos organismos estrangeiros que se relacionam com o estudo dessas doenças."

Na reunião ocorrida no Guarujá, foi proposto um modelo único de cadastro nacional, montado com a participação ativa de todos os presentes. Na ocasião, foi também composto o Grupo Brasileiro de Estudo de Doença Inflamatória Intestinal, que deverá tornar realidade a idéia dos trabalhos multicêntricos, que possivelmente deverão ter grande repercussão internacional e que servirão de base para um amplo conhecimento do comportamento destas doenças no nosso meio. ■

ABCD Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Visite o nosso site:

www.abcd.org.br

ABCD Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

STUDIONOVE

Azulfin
Sulfasalazina

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
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 reumatóide. 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.

ABCD
Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

VOCÊ CONHECE A ABCD?

A ABCD É UMA ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS QUE TEM, ENTRE OUTROS

- Realizar programas educativos dirigidos aos portadores de
- Promover grupos de auto-ajuda com acompanhamento de
- Ter representatividade junto a órgãos competentes nos m
- Fornecer material educacional impresso;
- Manter intercâmbio com órgãos e instituições internacio

AO FILIAR-SE A ABCD VOCÊ TERÁ OS SEGUINTES BENEFÍCIOS:

- Reunião mensal com participação de médicos, nutricion
- Possibilidade de compra de medicamento a preço subsi
- Descontos em exames;
- Material informativo, de educação e atualização no qu

QUEM FAZ PARTE DA ABCD:

- A ABCD é constituída por pacientes com Colite Ulcer tais pacientes e aqueles que por qualquer razão tenha

, OS SEGUINTES OBJETIVOS:

stas moléstias;

equipes profissionais multidisciplinares;

omentos que os direitos dos associados forem desrespeitados;

nais, permitindo a troca de experiência e atualização permanente.

istas, etc;

diado;

e ocorre em termos de evolução nas DII.

ativa ou Doença de Crohn, profissionais que lidam com
m prestado serviço visando trazer benefícios aos portadores.

Associação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença 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

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]

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® - 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 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 de 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:

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

chave da Doença de Crohn.

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 as 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

FUNDAÇÃO ABRINQ | EMPRESA AMIGA DA CRIANÇA
RECONHECE

Schering-Plough
você pode confiar

Home Page: www.splough.com.br / e-mail:schering@splough.com.br
Rua Antonio das Chagas, 1.623 - 2º andar - CEP 04714-002 - São Paulo - SP

Central de Atendimento
0800-117788
Schering-Plough
www.splough.com.br
schering@splough.com.br
Cx. Postal 18388 • CEP 04626-970
Fax 0800-167789

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 Ana Célia da Silva 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 Lâmina
Tel: (21)538-3939

São Paulo (SP)
Laboratório Fleury (análises clínicas e outros)
Tel: (11)3284-5233

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

Centro de Diagnóstico Dr. Alberto Eigier
Tel: (11) 3085-5499

ESTACIONAMENTO NA NOSSA SEDE

E 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**.

VOCÊ CONHECE A ABCD?

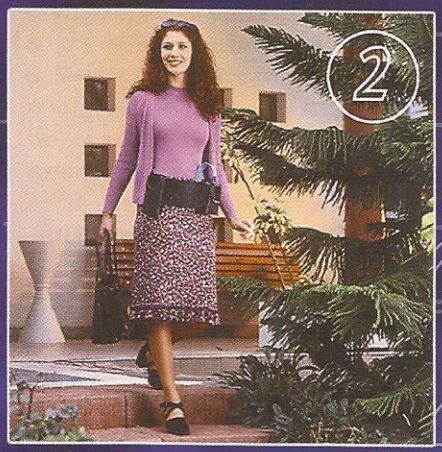
fale conosco • visite o nosso site www.abcd.org.br • fale conosco

(11) 3064-2992

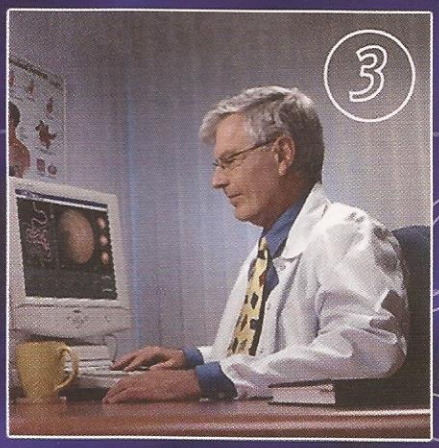
Cápsula Endoscopica

Given Diagnostic Imaging System

M2A, uma pequena cápsula contendo uma micro-câmera, é ingerida.



O Given Data Recorder, que recebe e grava todas as informações transmitidas pela cápsula **M2A,** é acondicionado em um cinto usado pelo paciente.



Após 8 horas, todas as informações estarão disponíveis para análise e diagnóstico.

A **Given** traz para o Brasil um novo conceito no diagnóstico e tratamento gastrointestinais.

Uma nova tecnologia, que proporcionará muito mais conforto ao paciente, além de mais precisão e rapidez à equipe médica.

Diagnostic Imaging System é um processo simples, onde uma micro-câmera ingerida, traz para a tela de seu computador uma completa e adequada visão de pequenas partes do intestino, antes praticamente impossível de serem completamente vistas pelos tradicionais métodos, como radiologia, endoscopia, enteroscopia ou ultrasom.

Venha conhecer o mais moderno, seguro e confiável sistema para diagnóstico gastrointestinal.

Endoview / Bio Imagem - Distribuidor exclusivo para o Brasil
Tel/Fax: (11) 3675-6007
Visite o site: www.givenimaging.com

VOCÊ CONHECE UM EXAME CHAMADO VÍDEO PÍLULA?

A fantástica viagem pelo corpo humano já descrita em filmes de ficção está mais próxima da realidade do que se imagina. Uma nova forma de exame, chamada vídeo pílula, foi recentemente lançada como um instrumento capaz de fotografar internamente o tubo digestivo.

A novidade consiste em uma cápsula de via oral que possui uma microcâmera. O paciente toma a pílula, veste alguns sensores e um cinto com receptores de dados que recebem as imagens da câmera, e pode cumprir suas tarefas habituais. Algumas horas depois ele retorna ao consultório médico para que as imagens armazenadas possam ser processadas no computador e analisadas. A pílula é revestida com uma material que resiste às enzimas digestivas. É excretada pelo organismo junto com as fezes de oito a 72 horas após sua ingestão.

A vantagem do novo método de exame é a possibilidade de se fotografar todo o tubo digestivo, inclusive partes que não são alcançadas pelos procedimentos atuais. Em alguns casos pode até substituir a colonoscopia e a endoscopia digestiva alta. O caso descrito no lançamento da vídeo pílula foi o de um portador de Doença de Crohn que tinha dores abdominais, febre e diarréia. A cápsula foi usada para verificar recidiva de crise e atividade da doença, substituindo a colonoscopia tradicional. O resultado do exame mostrou apenas três úlceras em 58 mil imagens coletadas.

Infelizmente nem todo paciente pode ser candidato ao uso da pílula. A princípio, portadores de marcapasso cardíaco ou de outro aparato eletromagnético, pessoas com bloqueio intestinal ou com conexões anormais entre o intestino e outra parte do corpo, como fístulas, não devem utiliza-la.

A vídeo pílula foi desenvolvida pela companhia Israelense Given Imaging e aprovada para uso nos Estados Unidos em agosto de 2001. Cerca de três mil pacientes de todo o mundo já usaram a cápsula. O método é ótimo mas seu custo é salgado: cerca de US$ 1.200.

MARCADORES QUE REALMENTE MARCAM

Um trabalho realizado por pesquisadores Tchecos mostrou que os testes de Asca / Anca (marcadores sangüíneos) são realmente úteis para diferenciar o diagnóstico da Colite Ulcerativa do da Doença de Crohn.

Para chegar a essa conclusão os autores da pesquisa avaliaram 65 pacientes pediátricos com Doença Inflamatória Intestinal (DII) e Doença Celíaca. Desses pacientes, 23 tinham Colite Ulcerativa, 21, Doença de Crohn e os outros 21, Doença Celíaca. O Anticorpo Anticitoplasma de Neutrófilo, conhecido como Anca, mostrou-se um teste de alta especificidade para o diagnóstico da Colite Ulcerativa em 92% dos casos. O Anticorpo Anti-saccharomyces cerevisiae, o Asca, foi específico para o diagnóstico da Doença de Crohn em 92,3%.

Foi feita ainda uma dosagem de imuglobina E (IgE) para verificar se havia alergia alimentar. Essa alteração foi constatada em 8,7% dos pacientes com Colite Ulcerativa, 14,6% dos portadores de Crohn e 23,8% dos pacientes de Doença Celíaca.

UM ANTIBIÓTICO MELHOR QUE A ENCOMENDA

Cientistas da Universidade de Pittsburg realizaram uma pequena pesquisa com a ciprofloxacina, um medicamento antibiótico de amplo espectro de ação, que costuma ter boa utilidade no tratamento da Doença de Crohn moderadamente ativa. O estudo preliminar mostrou que a ciprofloxacina pode melhorar a crise ativa do paciente, independentemente do uso de outras drogas, podendo reduzir o grau de atividade dessa doença. O trabalho de pesquisa, realizado com 47 pacientes, foi randomizado e controlado com placebo.

PONTO PARA O ANTEGREN

Os benefícios de uma nova substância no tratamento da Doença de Crohn estão sendo avaliados. A droga em questão chama-se Antegren. É um anti-integrina alfa quatro, pesquisado pelos laboratórios Elan e Biogen, que encontra-se em fase três de estudo, ou

ABCD Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Visite o nosso site:

www.abcd.org.br

ABCD Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

seja, naquela etapa da pesquisa em que o medicamento já pode ser testado em seres humanos.

Dois trabalhos estão sendo conduzidos com essa medicação. Um deles envolve aproximadamente 850 pacientes de Crohn e tem o objetivo de medir a resposta e indução de remissão em pessoas que têm a doença ativa após dez semanas da administração da droga. O outro procura avaliar o efeito e duração da substância, ou seja, sua eficácia na manutenção da remissão da doença.

É MESMO PRECISO FAZER JEJUM ANTES DOS EXAMES?

Quando precisamos nos submeter a exames de laboratório surge a dúvida: será que realmente é preciso estar em jejum? Na realidade, apenas dois tipos de procedimentos necessitam obrigatoriamente do jejum. Veja quais são:

- Colesterol total e frações/Triglicérides – para esse exame o paciente deve ficar em jejum por 12 horas. Antes desse período sua dieta deve ser hipogordurosa, ou seja, com pouca gordura.
- Glicose – dessa vez o jejum deve ser de 8 horas. Dependendo da instrução do médico, pode ser feito também duas horas após a alimentação, ou ainda em horários pré-determinados do dia, sem relação com a alimentação.

Por que será, então, que os laboratórios pedem que façamos jejum para quase todos os exames? Porque em alguns exames nos sentimos melhor quando estamos em jejum, pois a coleta pode provocar náuseas ou vômitos se estivermos de estômago cheio. Veja quais são:

- Secreção de orofaringe.
- Punções de medula, líquor e nodular, que podem precisar de sedação.

Antigamente mais exames eram realizados em jejum por motivos técnicos dos laboratórios clínicos. Com o avanço da tecnologia e a necessidade de adaptação desses laboratórios à rotina das urgências médicas, os métodos foram sendo aperfeiçoados e o jejum tornou-se menos necessário. Mas saiba que a água pode ser ingerida normalmente – este é o único líquido que não interfere nos resultados dos exames.

Quando se trata de bebês o período de jejum é um pouco diferente. A coleta para os pequeninos deve ser realizada antes da próxima mamada. As crianças, na maioria das vezes, não passam mais de 4 horas sem se alimentar. ■

Coluna do Cólon

A heparina e a Colite: tudo a ver

Ao que tudo indica a heparina, por mais estranho que possa parecer já que é um anticoagulante, pode apresentar benefícios se empregada no tratamento da Colite Ulcerativa (doença que provoca hemorragia intestinal). Os estudos iniciais feitos com uma substância chamada OP2000, que é uma heparina de ultra baixo peso molecular, apresentaram bons resultados, embora ainda seja necessário aguardar a evolução dessas pesquisas para se tirar conclusões mais realistas sobre o uso dessa medicação.

Durante os trabalhos de pesquisa a heparina pareceu exercer efeitos anti-inflamatórios benéficos nos pacientes de Colite Ulcerativa. Foram avaliados 270 pacientes com idade entre 18 e 60 anos, em pontos diferentes dos Estados Unidos. A administração da substância foi feita diariamente através de aplicações subcutâneas, em diferentes dosagens, durante um período de seis semanas.

Fique de olho no EGF (mas antes saiba o que é isso)

O Fator de Crescimento Epidermal, o EGF (Epidermal Growth Factor), pode ter um papel fundamental na cicatrização de úlceras e lesões de tecidos, por isso o estudo de sua utilização em pacientes de Colite Ulcerativa vem sendo incentivado.

Médicos do Hospital Universitário Leicester, no Reino Unido, apresentaram em um congresso de Gastroenterologia uma pesquisa que mostra os efeitos benéficos do uso do EGF, na forma de enema (medicamento líquido para ser aplicado através do reto), no tratamento de Colite Ulcerativa distal, ou seja, quando a doença atinge as porções finais do intestino grosso.

O EGF é uma molécula com 53 amino-ácidos, produzida pelas glândulas salivares, que estimulam a proliferação de células da mucosa intestinal. Pesquisadores continuam investigando a substância para comprovar sua possível ação terapêutica. ■

Ela tem FIBRA

Uma cirurgiã que trabalha com as DIIs desde o início da carreira, realiza uma pesquisa atrás da outra para conhecer melhor os mecanismos dessas doenças

Dra. Magaly: "O futuro do tratamento das DIIs está na terapia genética"

Nome forte e respeitado na medicina brasileira, a Dra. Magaly Gemio Teixeira lida com a parte mais complicada do tratamento para os portadores de Doença de Crohn e de Colite Ulcerativa: a cirurgia. Depois de se graduar na faculdade de medicina da Universidade de São Paulo (USP), na década de 70, a cirurgiã completou sua formação profissional no St. Mark's Hospital, em Londres e no Western General Hospital, em Edimburgo, onde pode conhecer melhor as doenças inflamatórias intestinais (DII), que na época eram pouco diagnosticadas no Brasil.

A especialista tornou-se responsável pelo Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Hospital das Clínicas de São Paulo, por indicação da Professora Angelita HabrGama, que sempre a incentivou. Neste ambulatório, organizou um protocolo que até o momento conta com os dados de 921 pacientes de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn.

Dona de larga experiência, Magaly possui um currículo invejável, repleto de títulos: médica livre-docente pela FMUSP; supervisora do Serviço de Cólon e Reto do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da FMUSP; responsável pelo Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Serviço de Cólon e Reto do Departamento de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas da FMUSP; coordenadora da Pós-Graduação Senso Lato em Coloproctologia do Hospital Beneficência Portuguesa (SP). Com tudo isso, a doutora ainda encontra tempo para participar de seis trabalhos científicos que avaliam o comportamento das DIIs no Brasil.

Nesta entrevista, Magaly fala sobre a realização de dois procedimentos cirúrgicos importantes para portadores de DII: a enteroplastia (procedimento que amplia o intestino) e a anastomose íleo anal com bolsa (cirurgia na qual se retira o intestino grosso até o canal anal, faz-se uma bolsa com a parte distal do intestino delgado e ligase-a ao canal anal, permitindo a evacuação através do ânus). Ela ressalta também que a clareza de informações é a melhor maneira de lidar com o temor da cirurgia.

Quando a enteroplastia é indicada e qual a maior preocupação dos pacientes que necessitam desse procedimento?

A enteroplastia é indicada em caso de estreitamento do intestino delgado, que ocorre com freqüência na enterite de Crohn. Os pacientes de Crohn que precisam do tratamento cirúrgico tem medo de ficar com o intestino curto, em conseqüência de cirurgias repetidas. Esse temor é maior em pessoas que já se submeteram a mais de uma cirurgia e sabem que a doença é extensa. Mas a boa notícia é que as novas técnicas operatórias têm colaborado para afastar esse fantasma.

Existem casos em que a enteroplastia não pode ser empregada?

Sim, essa operação não é indicada, por exemplo, quando há fístula, porque neste caso há obrigatoriedade da ressecção do segmento intestinal doente. Para auxiliar na seleção dos segmentos intestinais que devem ser submetidos a enteroplastia utilizamos a enteroscopia intraoperatória, um exame endoscópico de todo o tubo digestivo feito durante a operação para que se identifique precisamente as áreas estenosadas.

"A melhor maneira de lidar com o medo do paciente é explicar claramente a ele o procedimento cirúrgico e suas conseqüências."

O uso desse procedimento tem sido satisfatório? Como fica a qualidade de vida dos pacientes?

A experiência demonstra que as técnicas de enteroplastia apresentam os mesmos resultados que a ressecção intestinal. Os índices de recorrência pós-operatória são similares entre doentes submetidos a enteroplastia ou ressecção intestinal. Após o procedimento o paciente volta a ganhar peso e tem melhora dos sintomas de obstrução. Alguns permanecem sem medicação por longos períodos. Como o quadro obstrutivo muitas vezes é o único responsável pelos sintomas, o problema fica resolvido e o paciente pode levar uma vida absolutamente normal por um período que varia de dois a 15 anos.

Existem dados que mostrem a porcentagem de pacientes que são submetidos a enteroplastia?

Pela minha experiência teriam indicação para essa cirurgia aproximadamente 20% dos pacientes com doença localizada exclusivamente no intestino delgado e 10% dos que apresentam entero-colite de Crohn. A indicação mais freqüente é por intratabilidade. Há também a indicação de urgência que ocorre pela dificuldade de se fazer o diagnóstico diferencial com apendicite. A maioria dos portadores de Crohn será submetida a pelo menos uma operação ao longo da evolução da doença.

A anastomose íleo anal com bolsa é um procedimento realizado com freqüência?
Esse procedimento só pode ser indicado para doentes de Crohn que tenham acometimento de todo o intestino grosso, com boa continência anal, sem doença no intestino delgado e nenhuma manifestação perianal. O paciente deve ser alertado, como em todo procedimento cirúrgico para Crohn, que não se trata de uma cirurgia curativa, e que pode haver recidiva com eventual perda da bolsa.

São poucos os portadores de Crohn que podem ser beneficiados por essa técnica cirúrgica, já que 60% dos doentes apresentam manifestações perianais, que inviabilizam essa operação. Na Retocolite Ulcerativa o procedimento é indicado para pacientes que tenham acometimento de todo o intestino grosso, com boa continência anal e que não apresentem tumor de reto. Cerca de 1/3 dos portadores de Retocolite apresentam doença universal. A maioria deles pode ser submetida a essa cirurgia.

Quais as conseqüências dessa técnica para o paciente?
A retocolectomia total com bolsa ileal e anastomose íleo anal é considerada a melhor técnica para o tratamento de portadores de Retocolite Ulcerativa, porque consegue tratar a doença e evitar o aparecimento de câncer, permitindo que o paciente tenha o aparelho esfincteriano preservado. No entanto, o doente apresenta em média cinco a sete evacuações ao dia, necessitando acordar à noite para evacuar. Alguns pacientes tem perda de secreção noturna (soiling).

A inflamação da bolsa pode ocorrer, o que obrigará a pessoa a voltar a usar a medicação que lhe era dada no pré-operatório. Em casos raros, a inflamação (bolsite) pode determinar a perda da bolsa e a necessidade de realização de uma ileostomia.

Quando se fala em cirurgia os pacientes, em geral, têm medo. Como a senhora lida com esse aspecto psicológico do doente?
Na minha opinião, a melhor maneira de lidar com o medo do paciente é dar a ele uma explicação clara do procedimento cirúrgico e das suas conseqüências e tentar esclarecer todas as dúvidas da pessoa antes da operação. É importante frisar que para isso pode ser preciso mais do que uma consulta. O medo pode fazer com que o paciente não entenda as explicações. Por isso, é útil fazer com que ele repita o que lhe foi dito, assim saberemos se entendeu corretamente o que lhe foi transmitido.

Se o doente desejar, eu o coloco em contato com pessoas que já passaram pelo mesmo tratamento para que possa trocar informações.

Na sua opinião, qual o futuro do tratamento das doenças inflamatórias intestinais?
O futuro do tratamento das DIIs está na terapia genética, que já vem nos ajudando. Hoje podemos utilizar ratos geneticamente modificados para estudar o comportamento da DII e desenvolver novas drogas.

A evolução do diagnóstico e tratamento da DII no Brasil pode ser comparada com a de países de primeiro mundo?
Sim, pode. O diagnóstico e o tratamento das doenças inflamatórias intestinais realizados nos grandes centros brasileiros são iguais aos dos centros de países de primeiro mundo.

A literatura científica nacional sobre DII é suficiente para preparar especialistas?
Atualmente os médicos podem acessar qualquer banco de dados referente a essas doenças no País e no exterior e trocar opiniões com especialistas do mundo inteiro. Esta facilidade permite também que o paciente informe-se sobre sua patologia.

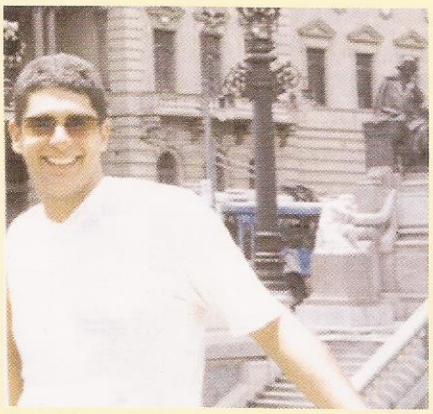
A senhora, que sempre esteve à frente de pesquisas, está envolvida em alguma no momento?
Sim, estou envolvida em seis trabalhos que atualmente estão em andamento no Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto do Hospital das Clínicas da FMUSP. Todos eles visam um melhor entendimento do comportamento das DIIs em nosso País, sua resposta ao tratamento clínico e cirúrgico e sua evolução.

Pode falar um pouco de sua produção científica na área de DII?
Com a sistematização da coleta de dados sobre as DIIs feita no Hospital das Clínicas foi possível a realização de vários trabalhos publicados em revistas nacionais e internacionais, capítulos de livros, temas livres em congressos nacionais e internacionais (o último agraciado com o Prêmio Thiago Pontes), dissertações de mestrado, teses de doutorado e livre-docências, além dos trabalhos que estão em curso. Para a realização desses trabalhos contamos com a participação da Dra. Maristela Gomes de Almeida, Dr. Edésio Vieira da Silva Filho, Dr. J.Calache e dos estagiários que freqüentam nosso Serviço. ■

Praticamente curado

Por Rodrigo Badra Tamer

Meu diagnóstico foi rápido e certeiro: Colite Ulcerativa. O problema é que inicialmente não fui tratado com a dosagem correta dos medicamentos. Comecei a piorar e a trocar de médicos. Na época, com 25 anos, fui aconselhado até a mudar de profissão para evitar o estresse do dia-a-dia. Hipótese que nem cogitei.



Rodrigo: crises controladas

Hoje posso dizer que estou curado. Me sinto ótimo. Mas passei por maus bocados durante mais de quatro anos, sofrendo crises todos os dias. Cheguei a tentar várias formas de medicina alternativa que não deram resultado. Por isso sou cético, acredito que quem passa por esse problema deve procurar um bom médico e usar os remédios adequados.

Durante o período de crises perdi muito peso. As pessoas pensavam que eu estava com câncer ou com AIDS. Isso foi muito desagradável, mesmo assim não deixei de levar minha vida social. Minha doença incomodava muito, mas sempre lutei contra ela, nunca entreguei os pontos. Na fase de crise aguda eu não me sentia uma pessoa normal. Passei a falar sobre a doença logo que saía com alguém, explicava o que era a Colite Ulcerativa e o que provocava em mim.

À medida em que a doença foi piorando minhas noites foram virando um inferno. Às vezes não conseguia dormir nem por uma hora seguida. Mas na vida nos acostumamos a tudo e eu, claro, tive que me adaptar. Com uma diarréia constante, uma das piores partes era não conseguir chegar a tempo no banheiro. Eu virava um bicho. Percebi que as pessoas que estavam a minha volta me aceitavam, compreendiam a minha situação. Eu é que não aceitava passar por isso. Chegou o dia em que tive que tomar a decisão de usar fraldas geriátricas. Trabalhava num banco e precisava estar mais protegido. Durante anos não falei com ninguém de lá sobre esse assunto, coisa da qual me arrependo. Atualmente aconselho as pessoas que estão em crise a usá-las sem o menor constrangimento. Por muito tempo, enfim, minha vida foi um tormento que eu pensei que fosse eterno. Mas agora posso afirmar aos portadores de DII que as crises são transitórias e podem ser controladas.

Meu quadro começou a mudar quando fui aos Estados Unidos fazer uma consulta com o Dr. Burton Korelitz. Ao me avaliar ele disse que eu deveria ser internado naquele dia para que pudesse tentar salvar meu intestino. Meu estado era muito grave. Viajei com planos de ficar apenas uma semana e levei um susto com essa proposta, mas o desespero para melhorar era tão grande que para mim tudo seria válido. Então me submeti a um tratamento forte, durante três semanas, que consistia na aplicação de soro com ciclosporina na veia. Tudo que era para ser penoso naquela fase não foi. Tive uma enorme força e uma esperança maior ainda de ficar bom. Voltei para o Brasil ótimo, fora de crise. Mas a alegria não durou muito tempo.

Quando voltei aos Estados Unidos o Dr. Korelitz me deu uma tremenda bronca por considerar que eu não estava tomando a medicação corretamente. Pedi que me indicasse um especialista aqui, e ele me recomendou o Dr. Flavio Steinwurz. Finalmente eu conseguia um profissional no Brasil que discutia meu caso com o médico norte-americano. Com a ajuda dessa dupla de especialistas consegui melhorar significativamente. Agora estou tão bem que preciso até de dieta para emagrecer. Outro fato que contribuiu muito com a minha recuperação foi uma relação amorosa estável. Hoje minha vida é normal. Tomo remédio para manutenção e faço exames periódicos. O interessante é que descobri que várias pessoas próximas a mim tinham o mesmo problema e não falavam no assunto. Procuro ajudá-las indicando médicos e falando sobre o que passei. ■

Rodrigo Badra Tamer (rodrigo@rtamer.com.br), 34 anos, é administrador de recursos financeiros

▶ Os doutores Flavio Steinwurz, Desidério Kiss, Flavio Quilici e Carlos Francisconi e respectivas esposas num animado jantar oferecido pelo Laboratório Schering Plough, em fevereiro, no Rio de Janeiro. Entre uma e outra discussão sobre o uso do Infliximab (Remicade) com especialistas de outras áreas o grupo assistiu ao desfile das escolas de samba do Carnaval carioca.

▲ O Grupo Brasileiro de Estudos de Doença Inflamatória Intestinal se reuniu no Hotel Casagrande, no Guarujá, graças ao apoio irrestrito do Laboratório Ferring.

▶ Entre os médicos especialistas que estiveram juntos no Guarujá lutando para que um dia o estudo das DII no Brasil possa tomar um rumo equivalente ao dos países mais desenvolvidos, estavam (da esquerda para direita) Dr. Roberto Luiz Kaiser (S.J.Rio Preto), Carlos W. Sobrado (SP), Aytan Sipahi (SP), Mathew Kazmirik (SP), Flavio Steinwurz (SP), Angelita Gama (SP), Helenita Sipahi (SP), Sr. Washington H. Ferreira (supervisor da Ferring, SP), Lorete Kotze (Curitiba), Dra. Rosane L. Machado (RJ), Heda Amarante (Curitiba), Cyrla Zaltman (RJ) e Sender Miszputen (SP)

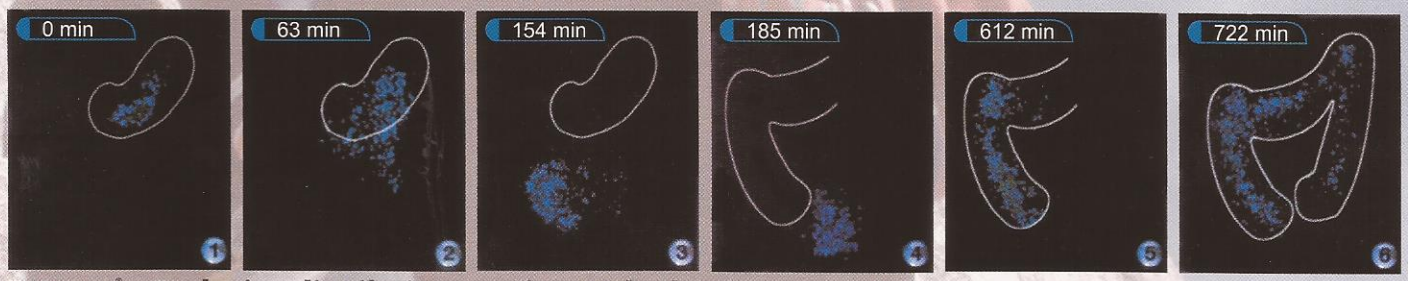
▲ Momentos de pausa para o café durante os trabalhos no Guarujá. Dra. Eloá (PR), Dra. Heda (PR), Dr. Flavio (SP), Dra. Marta (RS) e Dra. Lorete (PR) (*foto da esquerda*); Dr. Carlos Victória (Botucatu) e Dr. Mathew Kazmirik (SP) (*foto da direita*).

▶ Houve participação ativa de todos os presentes, o que possibilitou o surgimento de sugestões e debates de grande interesse e importância.

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

Melhor distribuição = Melhor ação no local da inflamação

Cintilografia Gama mostrando a distribuição da mesalazina liberada pelos micrograânulos de Pentasa



Pentasa®: Exclusiva distribuição uniforme do duodeno ao reto

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

Pent. A3 03/02

Informações para prescrição:

Indicações: Pentasa® (supositório e comprimido) está indicado como antiinflamatório para reduzir as reações inflamatórias que acometem as mucosas gastrointestinais na colite ulcerativa idiopática e doença de Crohn. São também utilizados para prevenir e reduzir as recidivas dessas enfermidades, sendo o supositório indicado para as inflamações das porções colônicas finais (proctites ulcerativa). **Contra-indicações:** Pentasa® (supositório e comprimido) está contra-indicado a pacientes com conhecida hipersensibilidade aos salicilatos ou a qualquer componente das formulações e em casos de doenças renais ou hepáticas severas. **Precauções:** Não esta estabelecida a segurança do uso da Mesalazina durante a gravidez. A segurança do uso do produto em crianças foi parcialmente estabelecida. **"NÃO É RECOMENDADO O USO DE PENTASA® EM CRIANÇAS COM MENOS DE DOIS ANOS DE IDADE".** O produto deve ser usado com extrema cautela em pacientes com hepato e nefropatias não severas. Esses últimos, durante a utilização do produto, devem fazer, periodicamente, exames séricos e avaliações de creatininemia, especialmente durante a fase inicial do tratamento. Reações de hipersensibilidade cardíaca induzidas por mesalazina (mio e pericardites) e discrasias sangüíneas sérias têm sido raramente relatadas com mesalazina. O tratamento deve ser descontinuado caso haja suspeita ou evidências destas reações adversas. Em casos raros pacientes alérgicos a sulfasalazina podem também sofrer reações alérgicas ao Pentasa®. **Interações medicamentosas:** Nenhuma interação conhecida. **Reações adversas:** As mais freqüentes reações adversas vistas nos estudos clínicos são diarréia (3%), náusea (3%), dor abdominal (3%), dor de cabeça (3%), vômitos (1%) e eczema (1%). Reações de hipersensibilidade ocasionalmente podem ocorrer. Seguida da administração retal reações locais tais como prurido, desconforto retal e urgência podem ocorrer. É importante notar que muitas destas desordens podem ser atribuídas à própria doença inflamatória intestinal. **Alterações de exames laboratoriais:** Não há estudos bem controlados que constatem alterações em exames laboratoriais. Porém, alterações nas funções hepáticas e renais e nos componentes sangüíneos são relatados como reações adversas raras e que possivelmente ocasionem alterações em conseqüência a estas reações adversas.**Posologia/Comprimidos:** Colite Ulcerativa Adultos/Tratamento agudo: Dose individual de até 4 gramas divididas ao longo do dia./Tratamento de manutenção: Dose inicial recomendada de 1,5 g ao dia em doses divididas.- Colite ulcerativa Crianças com mais de dois anos de idade/Tratamento agudo e de manutenção: Dose individual recomendada de 20 a 30 mg/kg de peso corpóreo ao dia e doses divididas.- Doença de Crohn Adultos/Tratamento agudo e de manutenção: dosagem individual de até 4 g ao dia em doses divididas.- Doença de Crohn - Crianças com mais de dois anos de idade/Tratamento agudo e de manutenção: Dose individual recomendada de 20 a 30 mg/kg de peso corpóreo ao dia e doses divididas. **Supositórios**:- Proctite ulcerativa Adultos: Um supositório, uma a duas vezes ao dia por 4 semanas. **Cuidados de armazenamento:** O medicamento deve ser mantido à temperatura ambiente e em sua embalagem original, ao abrigo da luz. No caso dos comprimidos, o vidro deve ser mantido sempre bem fechado. **Prazo de validade:** Pentasa® (supositórios e comprimidos), conservado como descrito acima, é válido por três anos à partir da data de fabricação. Verifique o prazo de validade impresso no cartucho.

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

FERRING
PHARMACEUTICALS

NOVO

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA

JW Thompson

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

fórmula única

especialmente desenvolvida para pacientes com doença de Crohn.

o único com o fator TGF - β2

Modulen IBD tem um sabor leve e natural facilitando a adesão ao tratamento.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

0800-7702461

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA

www.nestle.com.br/nutricaoclinica