ENTREVISTA: É POSSÍVEL MANTER DISTÂNCIA DA OSTEOPOROSE APESAR DAS CRISES DE CROHN E COLITE

ABCD em FOCO

www.abcd.org.br

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Ano III
nº 10
inverno
2002

SUA DOENÇA ESTÁ SENDO TRATADA COMO SE DEVE?

Há diversos tipos de remédios no mercado, mas cada pessoa precisa de um tratamento específico. Saiba quando, como e porquê usar cada droga indicada para Crohn e Colite Ulcerativa

4 DELICIOSAS RECEITAS DE SALGADOS TESTADAS E LIBERADAS MESMO NOS PIORES MOMENTOS

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
REMÉDIOS PARA TODOS OS MOMENTOS
As armas terapêuticas para Crohn e colite são semelhantes. Descubra quando cada uma delas deve entrar em ação **4**

Campanha
PREVENIR É SEMPRE A MELHOR SOLUÇÃO
A importância da campanha para a conscientização médica e populacional sobre as medidas de prevenção do câncer colorretal **8**

De Olho no Íleo
Obesidade na doença de Crohn;
Significado clínico do granuloma na doença de Crohn;
Valores dos marcadores sorológicos na colite indeterminada **10**

Entrevista
COMO MANTER DISTÂNCIA DA OSTEOPOROSE
O Crohn, a colite e os medicamentos para tratá-las roubam ossos, enfraquecendo-os silenciosamente. Conheça as armas para neutralizar esses assaltantes **14**

Serviços ABCD
FACILIDADES PARA VOCÊ 17

Hospital
MAIS PERTO DO MUNDO IDEAL
Um hospital público de Porto Alegre ganhou um ambulatório específico para tratar de doença de Crohn e colite ulcerativa **18**

A Boa Comida — Dicas
PARA DAR ÁGUA NA BOCA
Quatro deliciosas receitas de salgados e um delicado doce para a sobremesa **19**

Minha história
É POSSÍVEL DRIBLAR A DOENÇA
O relato de Roberto Sarandy dos Santos mostra que abandonar o tratamento do Crohn quando se está bem pode ser muito perigoso **20**

ABCD Em Festa 22

Carta do Editor

Por um Brasil campeão

Uma notícia recente nos deixou muito felizes. No dia 23 de maio último foi proposto no Senado dos Estados Unidos a criação do Ato da Doença Inflamatória Intestinal. Este ato tem como propósito a expansão da pesquisa relacionada com a doença inflamatória intestinal, passando pelo estudo de suscetibilidade genética, interação com fatores ambientais, modelos animais, estudos clínicos e com novas drogas terapêuticas, entre outras coisas importantes.

Além disso, o Ato contempla cursos de especialização e treinamento para qualificação de profissionais que atuam nesta área, e também um programa nacional com estudos de epidemiologia e eventual prevenção. Completando o Ato, há ainda uma solicitação formal de cobertura de todos os sistemas de saúde, públicos ou privados, para todas as formas de tratamento aprovadas pelo FDA (órgão que regulamenta alimentos e remédios no mercado americano), e garantias de cobertura e benefícios para incapacidade funcional.

É, sem dúvida, um enorme avanço. E o melhor é que se for aprovado, certamente seus ecos chegarão aos outros países. Muito já vem sendo feito nos Estados Unidos, mas com uma legislação própria o impulso é bem maior. Aqui no Brasil estamos verificando muitas destas possibilidades, para favorecer toda a comunidade relacionada às doenças inflamatórias intestinais. Com persistência, estamos convictos de que evoluiremos nestas questões.

A **ABCD**, juntamente com outras sociedades, está apoiando uma campanha muito importante que deverá esclarecer a população sobre o câncer de intestino. A iniciativa e coordenação da campanha é da Dra. Angelita Gama. A condução é do INCA (Instituto Nacional do Câncer), órgão do Ministério da Saúde responsável por essa área. Desde já os nossos parabéns pela seriedade e competência com que vêm cuidando desse assunto.

O Brasil está evoluindo bem na Copa do Mundo e nós, claro, estamos na torcida. Mas nossa torcida maior é por um país campeão não apenas no futebol, mas sim em todas as áreas possíveis. Essa é a nossa grande luta!

FLAVIO STEINWURZ

Expediente

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

Remédios para todos os momentos

As armas terapêuticas para Crohn e colite são semelhantes. Descubra quando cada uma delas deve entrar em ação

Por Conceição Lemes

A chegada do Remicade ao mercado significa o fim da linha para os outros remédios? Quem está fora de crise já há um bom tempo pode parar o tratamento? É possível tratar Crohn ou colite ulcerativa com apenas um remédio?

Essas são apenas algumas das muitas dúvidas sobre medicamentos que de tempos em tempos assolam a cabeça de quem tem Crohn ou colite ulcerativa. Por se tratarem de doenças que exigem tratamento para o resto da vida, fala-se muito, e com muita esperança, sobre as novas armas terapêuticas existentes no mercado. Às vezes parece que elas são indicadas para todos os doentes de DII (Doença Inflamatória Intestinal) e que vão resolver tudo. Infelizmente, não é bem assim. Veja o exemplo do infliximab (Remicade), a mais comentada no momento. "O infliximab não é milagroso, não", diz o gastroenterologista Aytan Sipahi, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. "Só deve ser indicado quando o arsenal terapêutico tradicional para Crohn não funciona."

Contra o chefe da vigilância, os anti-TNF

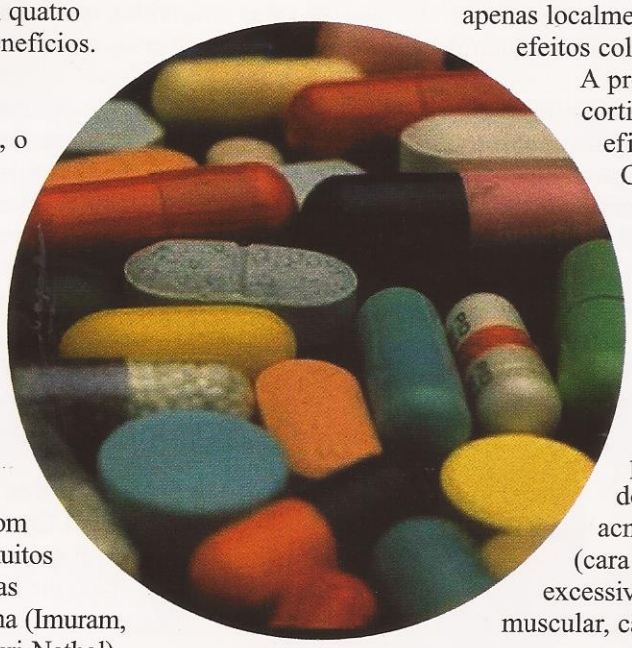
O infliximab é o primeiro membro (há outras drogas a caminho) da família dos anticorpos contra o fator de necrose tumoral. Conhecidos pela sigla anti-TNF, resultam da descoberta do envolvimento do sistema imunológico nas doenças inflamatórias intestinais. Mais precisamente, nas que são causadas por uma desregulação no mecanismo de tolerância. Vamos explicar. Certas bactérias moram no intestino sem causar qualquer problema. É como se o órgão fosse um condomínio superpovoado, com todo mundo convivendo numa boa. Sempre que alguém novo chega, o sistema imunológico cadastra o visitante e guarda todos os seus dados na memória. Tanto que, se for do bem, nas próximas entradas será reconhecido pelo esquema de segurança e passará tranqüilamente pelas guaritas. E, assim, a maioria das pessoas desenvolve no decorrer da vida uma convivência pacífica com a sua flora intestinal.

Porém, quem tem doença de Crohn ou retocolite ulcerativa, não. O mecanismo de tolerância está desregulado e o intestino responde de forma exagerada: em vez de os moradores habituais ganharem um "olá" ou "bom dia" nos contatos do dia-a-dia, são recepcionados até com paus e pedras pela equipe de vigilância. "O fator de necrose tumoral (TNF) é o chefe. Ele dá a ordem para os integrantes do sistema de defesa agirem, produzindo o processo inflamatório no intestino", compara dr. Aytan Sipahi. "O infliximab, que é um anticorpo contra o TNF,

neutraliza o efeito do chefe da segurança imunológica."

Casos graves de doença de Crohn e fístulas

Sem a menor dúvida, os anti-TNF são um avanço importante que está mudando para melhor a história natural da doença de Crohn. Comprovadamente, o infliximab diminui o número de internações e o de transfusões de sangue por anemia. Além disso, funciona com rapidez — em quatro semanas já se notam seus benefícios. Mas há um obstáculo: como entram proteínas de camundongo na composição, o organismo, após a primeira dose, tende a criar anticorpos contra o medicamento. Em conseqüência, ele às vezes causa reações alérgicas nas doses seguintes. Os anticorpos podem até neutralizar o efeito da medicação.



Por que, então, não se vê tantos portadores de Crohn com esses problemas? É porque muitos doentes tomam também drogas imunossupressoras: azatioprina (Imuram, Imunem), mercaptopurina (Puri-Nethol) metrotexato (Metrotex, Cytosafe Metotrexato) ou ciclosporina (Sandimmum, Sigmasporin, Cyclosporin, Gengraf). Como essas drogas diminuem as defesas imunológicas, elas acabam bloqueando a rejeição ao infliximab. Ou seja, na prática, uma mão lava a outra. "O infliximab é uma arma de retaguarda, que deve ser reservada para situações especiais", defende o dr. Aytan Sipahi. Essas situações especiais são, basicamente: casos graves de Crohn; doença moderada em que o paciente não se adapta à terapêutica tradicional; tratamento de fístulas — fecha 55% a 60%. Isso significa que quem tem colite não pode usar Remicade? Por enquanto, os estudos não deram uma resposta definitiva sobre o uso das drogas anti-TNF na retocolite ulcerativa. Mas há indícios de que possam ser úteis nos casos graves da doença.

Nas crises, os corticosteróides imperam

Na verdade, o arsenal terapêutico é semelhante para as doenças inflamatórias intestinais. O corticosteróide, por exemplo, é a droga mais utilizada no mundo para tirar das crises os portadores de Crohn e de retocolite ulcerativa. Dependendo da gravidade e extensão do processo, utiliza-se a prednisona oral (Meticorten, Predicorten) ou a hidrocortizona na veia (Flebocortid injetável, Hidrocortex, Solu-Cortef). Particularmente nas crises de casos leves, pode-se substituir a prednisona oral pela budenosida (Entocort). A grande vantagem é que, enquanto a prednisona oral atua em todo o organismo, o corticosteróide das cápsulas de budesonida é liberado na região afetada, agindo apenas localmente. Ou seja, provoca menos efeitos colaterais.

A propósito, embora os corticosteróides sejam bastante eficazes para tratar doença de Crohn e colite ativas, as reações adversas são bastante comuns. Insônia, alterações de humor, suor noturno, aumento do apetite e aumento das taxas de glicose no sangue podem se manifestar logo no início, especialmente quando as doses são elevadas. O uso prolongado, mesmo em baixas dosagens, pode provocar desde acne, arrendondamento do rosto (cara de lua) e crescimento excessivo dos pêlos até fraqueza muscular, catarata e hipertensão arterial.

Para controle, 5-aminossalicilatos e imunodepressores

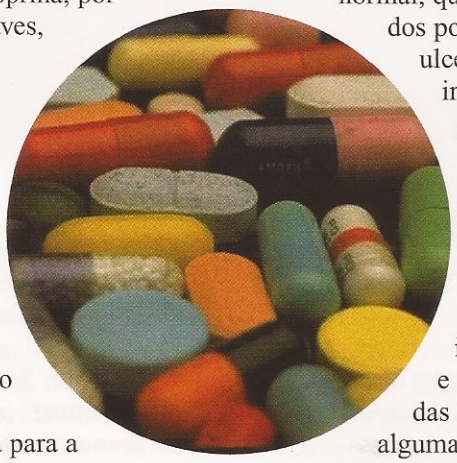
Nas doenças inflamatórias intestinais, o arsenal terapêutico do tratamento de manutenção também assemelha-se. A prova é que, na doença leve de Crohn e na retocolite ulcerativa leve e moderada, as drogas de eleição são as mesmas: os 5-aminossalicilatos, que controlam bem a maioria dos casos. Eles fazem parte da família de velhos conhecidos de quem tem DII - a sulfassalazina (Azulfin, Salazoprin) e a mesalazina (Asalit, Pentasa), ambas derivadas de sulfas. A sulfassalazina, especificamente, é uma associação de sulfapiridina (uma das primeiras sulfas) com o 5-aminossalicílico (mesalazina).

Já nas colites que não melhoram com esses medicamentos, é necessário utilizar também drogas imunossupressoras, normalmente usadas após transplantes de órgãos para evitar a rejeição: azatiopriona, mercaptopurina, metotrexato e até ciclosporina nos casos agudos. "Na retocolite ulcerativa, quando o paciente chega ao ponto de utilizar a cicloscoporina, que é um imunossupressor

maior, uma alternativa é a cirurgia", diz o Dr. Aytan Sipahi. Todo o cólon é tirado e feita uma bolsa com o intestino delgado, que é ligada direto ao reto.

Na doença moderada e grave de Crohn, é necessário também acrescentar drogas imunossupressoras no tratamento de manutenção. A finalidade é fazer com o que o sistema imunológico do intestino não reaja tanto à flora bacteriana normal. "Funcionam em 75% dos portadores de Crohn, mas levam de três a seis meses para agir", observa o Dr. Aytan Sipahi. "É comum os pacientes tomarem junto ciprofloxacina e metronidazol, antibióticos que ajudam a controlar os processos inflamatórios."

Quando esses recursos terapêuticos falham e o portador de Crohn sofre crises agudas constantes, lança-se mão do infliximab. A ação é rápida - em quatro semanas a doença entra em remissão, como é dito no jargão médico. Ou seja, sai-se do sufoco. Há situações em que uma única dose basta, permitindo que se controle o Crohn com azatioprina, por exemplo. Porém, há casos mais graves, que exigem quatro, dez e até doze doses de infliximab.



"Coquetéis" de drogas, a tendência dos tratamentos

A esta altura é provável que os doentes de DII já estejam se perguntando se o fato de tomarem Remicade não os livra de outros remédios. Ou, então, se podem tirar as drogas do tratamento de manutenção quando entram em crise. Vamos por partes. A resposta para a primeira questão é depende. Se você não teve qualquer benefício com a azatioprina, por exemplo, é claro que o seu médico não deve dá-la de novo. Mas se o seu organismo respondeu de alguma forma favoravelmente, a azatioprina deve ser mantida, sim. Isso vale para os demais remédios que esteja usando. A orientação geral é a seguinte: toma-se a dose de manutenção para controlar a doença, e introduz-se o anti-TNF quando o processo inflamatório entrar em crise e não responder às drogas tradicionais.

A resposta para a segunda questão é não — as drogas do tratamento de manutenção não podem ser retiradas quando se entra em crise, a menos que a pessoa esteja muito ruim. Nesse caso sim, se tira um ou outro remédio. Isso vale tanto para Crohn quanto para retocolite ulcerativa. Durante as crises, a regra é não suspender o tratamento de manutenção, mas acrescentar outros medicamentos, como os corticosteróides.

Tudo isso quer dizer que não dá para tratar Crohn e colite só com um remédio? Novamente, depende. Em certos casos dá sim. Em alguns, é possível até manter a doença sob controle sem nenhum medicamento. Mas, de forma geral, é preciso usar mais de uma droga. A tendência, aliás, é tratar as doenças inflamatórias com associações de várias drogas. São os chamados "coquetéis", já adotados com sucesso na aids. A razão é a própria natureza das doenças inflamatórias intestinais. Como vários mecanismos estão envolvidos, a combinação de drogas permitiria agir nos diversos responsáveis pelos processos inflamatórios.

Outra propensão dos especialistas é adotar os probióticos como tratamento adjuvante para todos os casos de Crohn e de colite. Os probióticos são lactobacilos em altas doses. Como se tratam de um exército de bactérias do bem, ajudariam a diminuir o poder de fogo dos elementos da flora intestinal normal, que são exatamente os inimigos mortais dos portadores de Crohn e retocolite ulcerativa. Os probióticos, porém, têm dois inconvientes: custam caro e devem ser tomados sempre.

Medidas úteis para todos que têm Crohn ou Colite

É evidente que o ideal é a cura. Ou, pelo menos, que a curto prazo seja possível controlar o processo inflamatório intestinal de maneira eficaz e sem tantos efeitos colaterais de algumas das drogas usadas atualmente. Mas há algumas medidas que podem ajudar todos os portadores de Crohn e de retocolite ulcerativa a partir de agora. Vamos a elas:

- Procure ter — e manter — um bom vínculo com o seu médico. Essas doenças são crônicas e um bom relacionamento entre médico e paciente é importantíssimo para o sucesso de qualquer tratamento.
- Entre imediatamente em contato com ele caso sinta ou tenha alguma coisa diferente - febre, vômitos, náuseas, piora da diarréia. A interferência precoce na evolução natural da doença às vezes evita complicações maiores.
- Siga à risca o tratamento de manutenção. Não é fácil mas o lado bom compensa: tem menos crises quem faz corretamente.
- Faça o seguimento periódico da doença, de acordo com as orientações do seu médico. Algumas vezes, basta uma consulta a cada dois, três meses. Em outras, precisam-se mais visitas. ■

Principais drogas para Crohn e Colite e seus efeitos colaterais

Aminossalicilatos	Sulfassalazina	Azulfin (Apsen)	Comprimido: 500 mg	Aproximadamente 30% dos pacientes têm efeitos adversos. Os mais comuns são febre, dor de cabeça e diminuição reversível de espermatozóides. Em menos de 1% causa hepatite, pneunomia e anemia.
	Mesalazina	Asalit (Merck), Pentasa (Ferring)	Comprimidos: 400 e 500 mg Supositório: 1.000 mg	Freqüentes: dor abdominal e de cabeça. De 1% a 10% dos usuários têm diarréia aqüosa, náusea, febre e alergia de pele. Raramente provoca pancreatite, pneumonia, pericardite, nefrite e trombocitopenia.
Antibióticos	Ciprofloxacina	Ciflox (Medley), Cipro (Bayer), Ciprofloxacina (Biosintética), Procin (Schering-Plough), Profox (Sigma Pharma)	Comprimidos: 250, 500 e 750 mg Frascos para injeção na veia: 100 e 200 mL	Mais comuns: náusea e mal estar geral. De 1% a 10% apresentam dor abdominal, vômito, cansaço e cefaléia. É preciso reduzir a dose se o paciente tiver disfunção renal ou hepática.
	Metronidazol	Flagyl (Aventis), Metronidazol (Knoll, Fresenius),	Comprimidos: 250 e 400 mg Frasco: 100 mL com 500 mg para injeção na veia	Náusea, perda de apetite, dor de cabeça e gosto metálico na boca ocorrem em mais de 10% dos pacientes. De 1% a 10% podem ter vômitos, prisão de ventre e diminuição dos glóbulos brancos do sangue. Raramente ocasiona tontura, hepatite, pancreatite, cistite e neuropatia periférica.
Anti-TNF	Infliximab	Remicade (Schering-Plough)	Ampolas para injeção na veia: 100 mg	Reação alérgica é o mais comum.
Imunossupressores	Azatioprina	Azatioprina (Neovita), Imunen (Cristália), Imuran (GlaxoSmithline)	Comprimido: 50 mg	Mais freqüentes: náusea e vômito. Infecções, pancreatite, depressão da medula óssea e alergia de pele ocorrem em 1% a 10% dos usuários. Menos de 1% tem hepatite, artralgia e linfoma.
	Ciclosporina	Cicloporina (Biosintética), Gengraf (Abbott), Sandimmun (Novartis), Sigmasporin (Sigma-Pharma)	Cápsulas: 25, 50 e 100 mg Solução para injeção na veia: 50 mg/ mL	Insuficiência renal e hipertensão arterial afetam mais de 10% dos usuários. Tremores, cefaléia e infecções atingem de 1% a 10%. Menos de 1% tem tonturas e linfoma.
	6-Mercaptopurina	Puri-Nethol (GlaxoSmithKline)	Comprimido: 50 mg	Freqüentes: náusea e vômitos. Infecções, pancreatite, depressão da medula óssea e alergia de pele acometem de 1% a 10%. Hepatite, artralgia e linfoma são raros.
	Metotrexato	Metotrexato (Asta Médica, Biosintética, Brystol-Myers), Metrotex (Aventis), Methotrexate (Wyeth), Cytosafe Metotrexato (Pharmacia), Metotrexim (Itafarma)	Comprimido: 2,5 mg Ampolas: 2 mL (50 mg) e 20 mL (500 mg)	Depressão da medula óssea é o mais comum. Na maioria dos casos, é moderada e temporária, e ocorre principalmente em pessoas obesas, diabéticas ou que consomem bebidas alcoólicas em excesso. Cirrose, alergia de pele, pneumonia e linfoma acometem menos de 1% dos usuários.

A prevenção é sempre a melhor solução

A importância da campanha para a conscientização médica e populacional sobre as medidas de prevenção do câncer colorretal

Por Dra. Angelita Habr-Gama*

Os dados epidemiológicos disponíveis permitem configurar o câncer como problema de saúde pública no Brasil. Além da mudança de hábitos de vida da população, fatores como o aumento da expectativa de vida, a industrialização e urbanização e os avanços tecnológicos na área de saúde, também estão relacionados com o desenvolvimento do câncer.

O aumento da mortalidade proporcional por câncer não se deve necessariamente ao aumento real da doença. Deve-se, principalmente, ao controle progressivo de outras doenças e ao progresso tecnológico observado na medicina nas últimas décadas, fato que tem proporcionado maior acuidade diagnóstica para o câncer. (INCA, 2001).

O câncer colorretal (CCR) constitui problema de saúde em todo o mundo, com cerca de 950.000 casos novos ocorridos em 1996, o que representa cerca de 9% de todos os cânceres. É a terceira causa de morte no mundo, sendo a segunda nos EUA e a quinta no Brasil. A incidência no Brasil é estimada ao redor de 7-18 / 100.000 homens e 5–14, 5% / 100.000 mulheres no ano 2.000. A maior incidência é na região sudeste, representando o segundo lugar dentre todas as neoplasias, seguindo-se a do câncer de mama. São Paulo tem a maior incidência estimada em 18 / 100.000 casos (INCA).

Apesar dessa enorme incidência e do alto investimento em pesquisas sobre o CCR durante os últimos anos, o impacto sobre os índices de mortalidade foi muito pequeno, permanecendo a média de sobrevida de 5 anos ao redor de 50%. O câncer colorretal com freqüência produz sintomas pouco perceptíveis aos doentes até que a doença esteja em fase avançada.

Quando o câncer colorretal é detectado em fase assintomática, o índice de sobrevida de 5 anos alcança 90%. A grande maioria dos tumores começa como adenomas benignos e por sua ressecção uma alta porcentagem de cânceres pode ser prevenida.

Esta afirmativa já foi provada através de estudos bem conduzidos que demonstraram que a ressecção de adenomas reduz a mortalidade por CCR. Infere-se, portanto, que este câncer preenche todos os critérios para campanhas de conscientização médica e populacional, para rastreamento em indivíduos assintomáticos, caracterizados como população de risco para CCR, e para diagnóstico precoce nos indivíduos sintomáticos.

Por rastreamento, entende-se a aplicação de provas de fácil execução para uma massa populacional assintomática, com o objetivo de selecionar indivíduos os quais, ainda que assintomáticos, devem submeter-se aos métodos mais específicos e de maior complexidade para detecção de câncer. Os programas de rastreamento devem ser bem definidos e incluir os indivíduos mais susceptíveis de ter CCR, ou seja, aqueles nos quais o risco de desenvolvimento do câncer justifica sua inclusão num programa de estudo, mesmo na ausência de sintomas.

Cerca de 75% dos casos novos de CCR ocorrem em pessoas sem fatores predisponentes reconhecidos. A incidência aumenta a partir dos 40 anos. Nesta idade,

Folheto explicativo da Campanha de Prevenção de Câncer Colorretal: iniciativa promissora

os indivíduos são considerados com risco médio para CCR e este risco dobra a cada década. Os casos restantes ocorrem em indivíduos com história familiar conhecida de CCR, de adenomas ou de tumores colorretais prévios, bem como de doenças inflamatórias de longa duração. Estes indivíduos são considerados como de alto risco e o conjunto de medidas empregadas para prevenção ou detecção precoce de câncer, é definido como vigilância.

A maior problemática dos programas de vigilância e, sobretudo, dos de rastreamento, é o aspecto econômico. Devido à variação de custo e de sensibilidade dos diversos métodos disponíveis é necessário considerar a relação custo/benefício.

O método mais comumente empregado para rastreamento é ainda a pesquisa do sangue oculto nas fezes, realizado por diferentes técnicas. Este teste é apenas justificável em estudos populacionais controlados com repetição anual para reduzir ao mínimo o problema dos falsos negativos.

O método realmente confiável para a detecção de pólipos é a colonoscopia; entretanto, o alto custo do exame limita sua indicação para método de rastreamento. Deve ser indicado para os doentes de maior risco, bem como para aqueles de baixo risco que tiverem resultados positivos com métodos de rastreamento mais econômicos como toque retal, retossimoidoscopia rígida ou flexível, e teste de pesquisa de sangue oculto nas fezes.

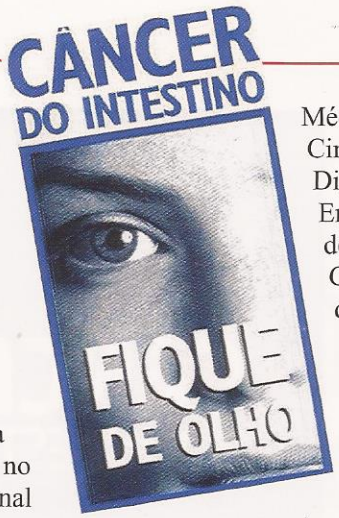
Em 1999, o Congresso Nacional dos Estados Unidos designou oficialmente Março como o mês da conscientização do câncer colorretal. Este ato foi o resultado de intenso trabalho de muitas organizações com interesse comum na prevenção do CCR. A publicidade associada a esta campanha, aumentou consideravelmente a solicitação do povo americano para rastreamento para esta neoplasia.

O Cancer Research Foundation of América reportou recentemente como se encontra a consciência pública em relação ao câncer colorretal, no que se refere a sua gravidade, prevalência, sensibilidade e tratamento. Foi realizada pesquisa através de 1.104 entrevistas por telefone e concluiu-se que a população dos Estados Unidos, apesar de tudo, permanece desinformada.

No Curso de Atualização em Gastroenterologia (GASTRÃO) realizado em São Paulo em julho de 2001, foi convidada a dra. Ernestine Hambrick,

presidente da Fundação STOP/CANCER, entidade sem fins lucrativos criada em 1997, para prevenção do câncer colorretal dos EUA. Proferiu palestra sobre a importância da campanha para conscientização médica e populacional sobre o câncer colorretal.

Iniciamos, a partir de então, reuniões mensais que têm sido realizadas no INCA - Instituto Nacional do Câncer, no Rio de Janeiro, com o objetivo de traçar metas para uma campanha semelhante a dos EUA aqui no Brasil. Recebemos apoio do Instituto Nacional do Câncer – INCA, e das sociedades médicas: Sociedade Brasileira de Coloproctologia, Associação Médica Brasileira, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Sociedade Brasileira de Cancerologia e Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, além do Ministério de Saúde.



A Campanha, que seguramente terá importante repercussão no país, já produziu um folheto explicativo que está sendo distribuído aos colegas que atendem especialidades ligadas a Gastroenterologia. ■

** A professora e dra. Angelita Habr-Gama é coordenadora desta campanha*

De Olho No Íleo

Obesidade na doença de Crohn

A obesidade parece não alterar significativamente o curso da doença de Crohn. Um estudo retrospectivo envolvendo 2.065 pacientes portadores de Crohn, mostrou que apenas 62 deles, ou seja, 3% eram obesos. Estes pacientes obesos tendiam a ter o diagnóstico realizado com idade mais avançada do que os não obesos, mas não houve diferença quando comparados sexo, local da lesão intestinal e comportamento da doença. Com relação à complicação e severidade da doença, os índices dos pacientes obesos e dos não obesos coincidiram, mas os obesos apresentavam lesões perianais, ou seja abscessos e fístulas perianais, em período mais precoce do que os não obesos.
Os investigadores desta pesquisa, publicada no Clinical Nutrition, concluíram que a obesidade na doença de Crohn está associada a uma maior freqüência de complicações anoperianais, mas não altera significativamente o curso de longo prazo da doença. A definição de obesidade utilizada neste estudo foi índice de massa corpórea maior que 25 no momento de desencadeamento da doença e maior do que 30 no curso da doença. Importante lembrar que a obesidade é incomum nos portadores de Crohn.

Significado clínico do granuloma na doença de Crohn

Oitenta e dois pacientes foram seguidos, na divisão de Gastroenterologia e Patologia da Clínica Mayo-Scottsdale — Arizona — Estados Unidos, no período de 90 a 94. Destes, 61 não apresentaram granuloma na biópsia, e 21, ou seja, 25,6% dos casos, o apresentavam. Os pacientes foram acompanhados durante dois anos à partir deste controle, e já apresentavam a doença em média por um período de 8,8 anos. Ao final dos 2 anos não foram verificadas diferenças significativas nos dois grupos quando correlacionados com incidência de fístulas ou lesões perianais, aftas orais, severidade da doença, artralgia, complicações oculares e dermatológicas.

Valores dos marcadores sorológicos na colite indeterminada

Na ausência de marcadores patognomônicos para a doença de Crohn e colite ulcerativa, os casos indeterminados apresentam uma dificuldade grande de diagnóstico diferencial. Atualmente se utilizam os marcadores sorológicos ANCA e ASCA na tentativa de se definir os casos indeterminados de colite. A utilização desses marcadores permitiu a chegada ao diagnóstico em 31 de 97 pacientes - ou seja, 32% dos casos. Os resultados mostram que o achado ASCA (+) de ANCA (–) pode corresponder à doença de Crohn em 80% dos casos com colite indeterminada. Já o achado ASCA (-) e ANCA (+), mostra colite ulcerativa em 63,6% dos casos. Interessante lembrar que 48,5% dos pacientes não apresentam nem ASCA nem ANCA, e a maioria destes pacientes continua com diagnóstico de colite indeterminada na seqüência da sua doença. Estes casos aguardarão até o momento em que talvez exista um novo marcador clínico sorológico, patognomônico para alguma das entidades mencionadas. ■

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**

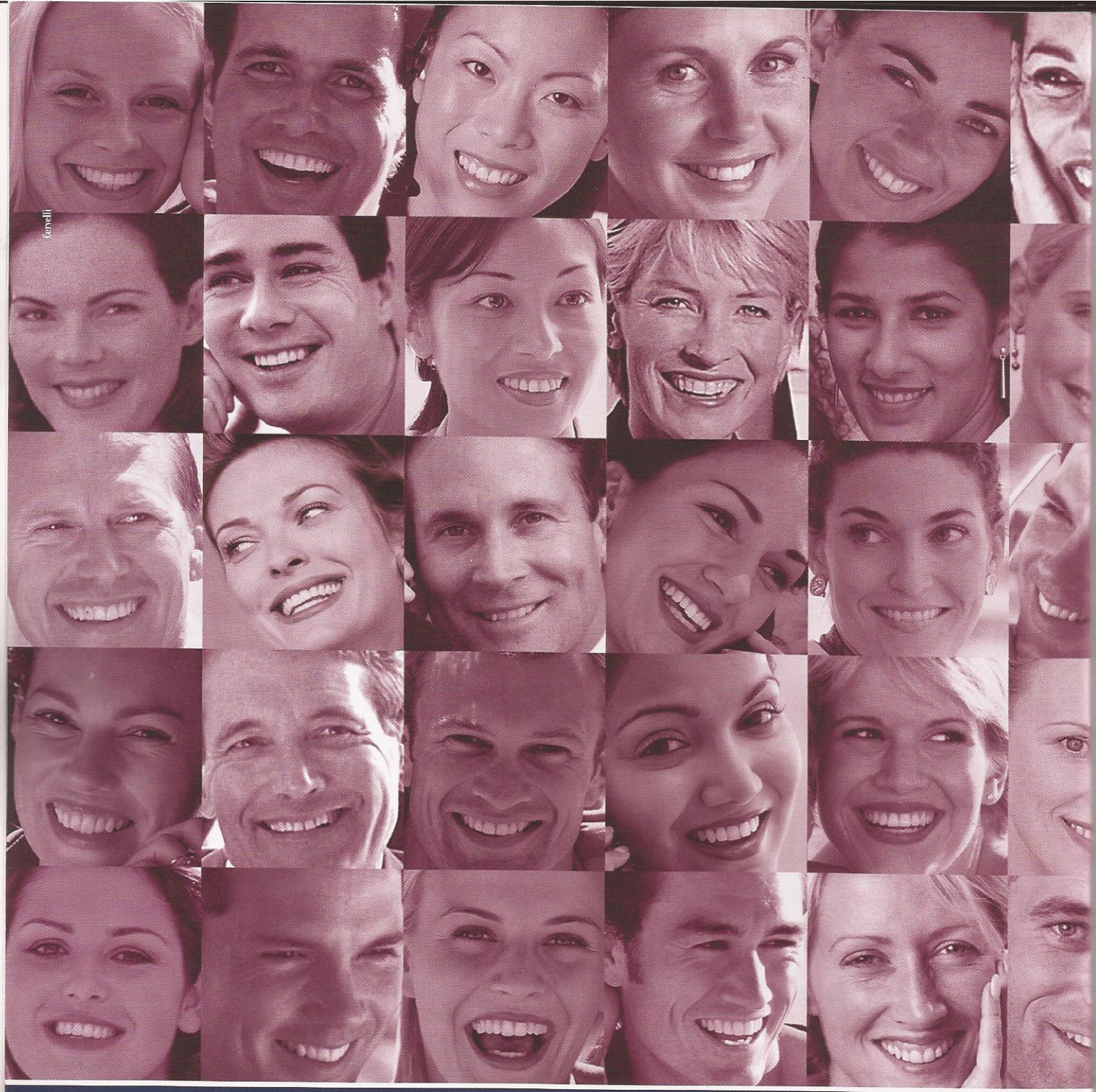
Azulfin
Sulfasalazina

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 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.



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 anti-chimeric 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 do infliximab. **REAÇÕES ADVERSAS:** Em estudos clínicos com REMICADE®, reações adversas a 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 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

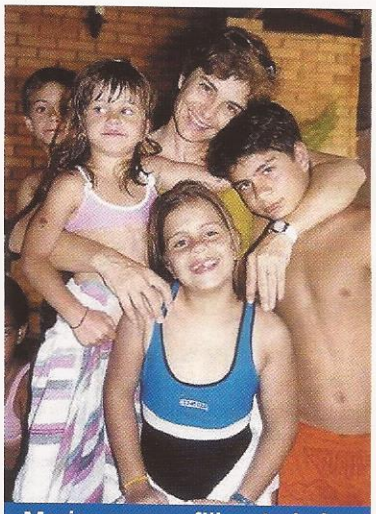
FUNDAÇÃO ABRINQ | EMPRESA AMIGA DA CRIANÇA
RECONHECE

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

Como manter distância da osteoporose



Marise com os filhos Isabela, Paula e Pedro: "É possível prevenir a osteoporose nos portadores de Crohn e colite"

O Crohn, a colite e os medicamentos para tratá-las roubam ossos, enfraquecendo-os silenciosamente. Conheça as armas para neutralizar esses assaltantes

Até 2010, o número de homens e mulheres com mais de 70 anos quase dobrará em relação ao de hoje. E crescerá também o número de casos de osteoporose, já um problema de saúde pública nos países desenvolvidos. O alerta é da Organização Mundial de Saúde, OMS, e se justifica: a doença leva à perda progressiva da densidade dos ossos, que enfraquecem e ficam mais sujeitos a fraturas. No Brasil, esse mal afeta aproximadamente três milhões de pessoas, das quais 20% são homens. Pesquisas da Universidade Federal de São Paulo, Unifesp, revelam: ao redor dos 55 anos, cerca de 20% das mulheres têm osteoporose; acima dos 70, a incidência salta para 57%. Entre os homens com mais de 70, atinge 45%. "Certos medicamentos, doenças e hábitos de vida, inclusive na infância e adolescência, roubam massa óssea, favorecendo a osteporose mais tarde, já que osso perdido não tem retorno", afirma a Dra. Marise Lazaretti-Castro, chefe do Ambulatório de Doenças Osteometabólicas da Unifesp. "A Doença de Crohn e a colite ulcerativa estão nessa lista. Ambas aumentam o risco de osteoporose."

Formada pela Faculdade de Medicina do ABC, com especialização na Universidade de Heidelberg, na Alemanha, mes-trado, doutorado e pós-doutorado na Unifesp, a Dra. Marise Lazaretti Castro sempre desenvolveu pesquisas na área de metabolismo ósseo. As mais recentes foram em idosos. Paulista de Fernandópolis, Dra. Marise fez toda a sua carreira em São Paulo, onde mora, no bairro do Alto de Pinheiros. Como toda mulher que trabalha fora, ela dedica o tempo livre aos três filhos, Pedro, Paula e Isabela, e ao marido, o também médico Fábio Castro. Nessa entrevista à **ABCD EM FOCO**, a Dra. Marise fala tudo o que os leigos precisam saber sobre osteoporose e a sua relação com o Crohn e a Colite.

Os portadores de doença de Crohn e colite ulcerativa têm mesmo mais osteoporose?

Aparentemente sim, embora os trabalhos nessa área estejam apenas começando. Um estudo feito na Holanda, envolvendo portadores de todas as faixas etárias mostrou que 13% apresentavam osteoporose, e 40% osteopenia, que é um estágio anterior mas onde já há diminuição da massa óssea. Outro dado: 24% já tinham sofrido uma fratura, comprovando a fragilidade óssea.

Há diferença entre a fratura decorrente da osteoporose e a comum?

Há sim. Por causa da osteoporose, às vezes só de espirrar a pessoa pode fraturar uma vértebra lombar. Ou seja, há desproporção com o trauma. É aquela situação em que se diz que a "pessoa caiu da própria altura": estava andando, torceu um pouco o pé e fraturou o colo do fêmur. Por sinal, a fratura de fêmur osteoporótica é a terceira causa de internação hospitalar e segunda de óbito entre americanas e européias com mais de 50 anos.

Afinal, o que causa a osteoporose?

O principal responsável pela doença é a quantidade máxima de osso atingida por cada pessoa – o chamado pico de massa óssea --, que ocorre entre os 18 e 20 anos. A carga genética contribui com 60%; os 40% restantes são ambientais. Isso significa que o pico de massa óssea é determinado geneticamente. Porém, o resultado final é

produto do equilíbrio entre fatores formadores e depletores, o que, entre amigos, podemos chamar de ladrões de ossos.

Por favor, explique melhor.

O osso é um órgão extremamente vivo e ativo. Ao longo da vida, todos nós formamos e perdemos osso o tempo inteiro. Com uma diferença: no início da vida, a aquisição de osso supera a perda. Depois, ocorre o inverso. Ao entrarem na menopausa, entre os 45 e 50 anos, as mulheres perdem anualmente mais de 2% da massa óssea devido à redução dos estrógenos, os hormônios femininos. Nos homens, essa redução acontece por volta dos 65, 70 anos, e não de forma tão drástica. Resultado: até a velhice é absolutamente normal perder-se quase metade do esqueleto, em especial as mulheres.

Podemos dizer então que os ossos são como um caminhão de areia - é preciso enchê-lo bastante no começo do percurso porque o material será descarregado aos poucos até o final da viagem?

Exatamente. Se a pessoa não fizer isso direito e na hora certa, a carga acaba antes. É a osteoporose.

A infância e a adolescência são, então, cruciais para os ossos?

Sem a menor dúvida. Dos 10 aos 18 anos é o período em que se ganha osso com maior velocidade. Ao redor dos 20 a 25, atinge-se o patamar máximo. Nessas fases, os ladrões podem impedir o caminhão de alcançar a carga ideal, arriscando o futuro ósseo. Da maturidade até a velhice, podem esvaziá-lo mais cedo.

De que forma a doença de Crohn e a colite ulcerativa podem favorecer a osteoporose?

Antes de mais nada, é preciso que fique bem claro que esse risco não é exclusividade da doença de Crohn e da colite ulcerativa. Inúmeras moléstias estão associadas à osteoporose. Diabetes, asma, insuficiência renal, certos problemas pulmonares, artrite reumatóide, lupus eritemoso, câncer e aids estão na lista de ladrões de ossos.

Como o Crohn e a colite podem roubar ossos?

Vários fatores parecem contribuir, a começar pelas próprias doenças. A reação inflamatória provocada no intestino libera na circulação várias substâncias chamadas citoquinas. Há indícios de que tenham ação direta nos ossos, aumentando a perda óssea. Isso foi observado mesmo em pacientes que não usaram corticosteróides.

Que outro fator pode contribuir?

A deficiência de cálcio e de vitamina D, ambos vitais para a formação do osso. O cálcio é um mineral e vem basicamente do leite, queijo e iogurte, e sem essas fontes é difícil atingir as doses recomendadas. A vitamina D é encontrada em óleos de peixe, como atum e salmão, mas é principalmente sintetizada no organismo pela pele com ajuda da exposição ao sol.

De que forma a deficiência de cálcio e vitamina D interfere?

O osso é basicamente "cartilagem", como a orelha e o nariz. O cálcio é que lhe dá sustentação – ele é depositado nesse tecido, que aí endurece e fica resistente. Isso acontece graça à ação da vitamina D, secretada na bile. É a vitamina D que faz com que o cálcio seja absorvido (principalmente no duodeno) e se deposite no esqueleto. Assim, por ingestão inadequada de cálcio (por exemplo, pacientes que têm concomitantemente intolerância a leite e derivados) ou por má absorção de nutrientes (entre os quais a vitamina D), portadores de Crohn e colite acabam tendo mais risco de osteoporose.

Quando pode ocorrer a deficiência de vitamina D?

Especialmente nas fases de crise. A vitamina D é secretada pela bile e depois absorvida no intestino delgado junto com as gorduras. Nas crises, porém, o intestino não absorve as gorduras. Conseqüentemente, deixa de absorver também os nutrientes ligados a elas. Entre eles, a vitamina D.

Entre os medicamentos para tratar Crohn e colite estão os corticosteróides e os imunossupressores, como a ciclosporina. Eles também roubam osso, certo?

Usados por tempo prolongado, sim. No caso do corticosteróide prednisona, por exemplo, considera-se prolongado o uso de 7,5 mg diários por mais de seis meses.

Como os corticosteróides e os imunossupressores atuam nos ossos?

Ambos agem nas duas pontas: diminuem a regeneração do osso e aumentam a perda óssea. Portanto, pioram o osso mesmo. E isso, com freqüência, leva a fraturas.

Isso significa que quando se usa corticosteróides ou imunossupressores por vários meses é preciso pensar também na osteoporose?

Sempre. É obrigatório.

Há outros ladrões de ossos?

Vários. Por exemplo, imobilização por acidente, cirurgia ou outra razão qualquer. Ao ficar imóvel, o organismo entende que não precisa de muito osso e de músculo para manter a estrutura do corpo. Vai, então, atrofiando,

jogando cálcio fora. Não é à toa que o sedentarismo é um superinimigo. É ruim para o osso de qualquer pessoa e em qualquer fase da vida. Fumo é outro ladrão. Trabalhos sugerem que o fumo tem ação tóxica sobre os osteoblastos (células formadoras de osso), acelerando o metabolismo ósseo. Alimentos embutidos, enlatados e refrigerantes à base de cola, como Coca-Cola e Pepsi-Cola, em excesso podem ser prejudiciais. São muito ricos em fosfato, que não deixa o cálcio ser absorvido.

É possível prevenir a osteoporose nos portadores de Crohn e colite?

Claro que sim. A receita é obter e manter ossos fortes, da infância à terceira idade, neutralizando o máximo possível a ação desses ladrões de esqueletos.

E quais são os ingredientes dessa receita preventiva?

Ainda não existe uma proposta específica de prevenção da osteoporose para os portadores de Crohn e colite ulcerativa. Porém, tomando por base outras doenças crônicas, recomenda-se:

1. Usar corticosteróides e imunossupressores na menor dose possível e pelo menor tempo possível, sempre segundo critério médico.
2. Fazer alguma atividade física regularmente, pois isso estimula a formação óssea e a musculatura.
3. Procurar ter uma alimentação balanceada e saudável, incluindo a ingestão adequada de cálcio (veja tabela).
4. Quem tem intolerância ou não gosta de leite e derivados, tem que repor cálcio nas doses preconizadas (veja a tabela). A reposição de cálcio é fundamental também quando o Crohn ou a colite estão em atividade ou durante o uso de corticosteróides ou imunossupressores. A vitamina D também pode ser reposta.

E como o portador de Crohn ou de colite pode saber se está tendo aporte adequado de cálcio e vitamina D?

Pelo grau de atividade da doença, por exemplo. Sempre que estiver tendo muita diarréia é provável que não esteja absorvendo direito esses nutrientes. Nessa fase, então, é importante repor de alguma forma o cálcio e a vitamina D. A suplementação é feita com tabletes ou comprimidos.

O que mais?

Fazer uma densitometria óssea, independentemente da idade, é sempre bom. Esse exame mostra se a pessoa está perdendo ou conseguindo manter a massa óssea. Pode-se cercar ainda a prevenção com outros exames, como a dosagem de vitamina D no sangue e de cálcio na urina de 24 horas.

Com que freqüência a senhora recomenda esses exames?

O CÁLCIO DE CADA DIA

O cálcio que consumimos vem basicamente do leite, do queijo e do iogurte, e sem essas fontes é difícil atingir as doses recomendadas, avisa a nutricionista Celeste Elvira Viggiano, da Salute Consultoria Nutricional, de São Paulo. Confira as necessidades diárias de cada faixa etária e a quantidade de cálcio presente nas principais fontes do mineral.

Faixa etária	mg
Até 6 meses de idade	360
De 6 meses a 1 ano	540
De 1 ano a 10 anos	800
De 10 a 18 anos	1.200
Acima de 18 anos	800
Acima de 50 anos	1.200
Grávidas ou amamentando	1.200

Fontes preciosas

Leite, queijos e iogurtes integrais têm quase o mesmo teor de cálcio que os light. Manteiga e creme de leite não são boas fontes, pois contêm altos teores de gordura e pouco cálcio.

ALIMENTOS	Cálcio (mg)
1 copo de leite desnatado	248
1 copo de leite integral	246
1 copo de iogurte desnatado	240
1 copo de iogurte integral	240
1 fatia média de queijo fresco*	205
1 fatia média de queijo-de-minas semicurado*	190
1 fatia média de queijo prato*	126
1 fatia média de gorgonzola*	129
1 fatia média de queijo fundido*	171
1 colher (sopa) de requeijão integral	47
1 colher (sopa) de queijo parmesão ralado	80

* Equivalente a 30 gramas/FONTE: Celeste Elvira Viggiano, Salute Consultoria Nutricional (SP)

Se o Crohn ou a colite ulcerativa estiver sob controle, a cada seis meses é suficiente. Se não estiver, o ideal é que sejam feitos com maior freqüência. E caso a osteoporose se instale, é preciso iniciar um tratamento com medicação específica.

As medidas preventivas valem também para crianças e adolescentes com Crohn ou colite ulcerativa?

Seguramente sim. Acompanhando o raciocínio de asma, diabetes, insuficiência renal e outras doenças crônicas que acontecem nessa faixa etária, é bem provável que o Crohn e a colite prejudiquem a aquisição do pico de massa óssea, deixando essas crianças e adolescentes mais sujeitos à osteoporose no futuro. Por isso, monitorizar a perda óssea e repor o cálcio são coisas fundamentais para a prevenção da osteoporose.

Em se tratando de osteoporose o melhor caminho, então, é investir na prevenção?

Sempre. Da infância à velhice, independentemente de se ter ou não Crohn ou colite ulcerativa. ■

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
Tels: (21) 3325-2008
(21) 2535-6669

Laboratário Lâmina
Tel: (21) 538-3939

Gastro Centro Carioca (endoscopia alta e baixa, proctologia, etc.)
Tel: (21) 2242-1637

César Guerreiro Cirurgia, Proctologia e Vídeo Laparoscopia (Vídeo Colonoscopia)
Tels: (21) 2257-2165
2548-9927
2256-1455
2235-7477

São Paulo (SP)
Laboratório Fleury (análises clínicas e todos os tipos de exames)
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

Clínica Schmillevicth – Centro de Diagnóstico
Tel: (11) 3825-9666

Centro de Diagnóstico e Terapêutica Endoscópica S.C. Ltda (Cápsula Endoscópica, Endoscopia e Colonoscopia)
Tels. (11) 283-2019
287-1009
288-8649

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
(11) 3064-2992

Mais perto do mundo ideal

Um hospital público de Porto Alegre ganhou um ambulatório específico para tratar de doença de Crohn e colite ulcerativa

No mundo ideal, o sistema de saúde pública no Brasil funcionaria as mil maravilhas. Todos os cidadãos teriam assistência médica gratuita e de qualidade, os hospitais seriam equipados com o que há de mais moderno, os médicos, enfermeiros e assistentes sociais seriam bem remunerados, não haveria filas de espera, todos teriam acesso à medicina preventiva. O mundo ideal, infelizmente, não existe. Mas existem iniciativas que nos fazem acreditar que estamos um pouco mais perto dele. Em Porto Alegre, acaba de ser inaugurado um ambulatório para tratar especificamente de doenças inflamatórias intestinais (DII). Ele pertence ao Hospital São Lucas, um hospital público vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, e já atende cerca de 170 pacientes.

A estrutura do ambulatório visa a integração de profissionais de diferentes áreas e especialidades médicas num mesmo espaço. A idéia é facilitar a vida dos pacientes e proporcionar a eles muita praticidade. "Planejamos um ambiente que permite a inter-relação da assistência com o ensino e a pesquisa", diz a gastroenterologista Marta Machado, ativa representante da **ABCD** em Porto Alegre. "A missão do hospital universitário consiste no atendimento global à saúde."

Essas enfermidades, como se sabe, causam aos seus portadores enorme desconforto e instabilidade emocional, uma vez que se manifestam com cólicas, diarréias freqüentes, sangramento e comprometimento nutricional. A presença de profissionais do Serviço de Gastroenterologia e da Supervisão de Nutrição do HSL e da Faculdade de Psicologia oferece aos doentes não apenas diagnóstico e tratamento, mas também orientação sobre alimentação adequada e apoio psicológico. Coordenada pela Dra. Marta, a equipe do ambulatório assiste o paciente sempre que há a necessidade de internação. No mesmo local, são realizados os exames clínicos, laboratoriais e de imagem necessários à escolha do tratamento adequado.

Dra. Marta Machado (ao centro) e sua equipe no ambulatório:o ambiente permite a inter-relação da assistência com o ensino e a pesquisa

A iniciativa de montar esse ambulatório, pioneiro no Rio Grande do Sul, partiu da médica, que, naturalmente, contou com todo o apoio e incentivo da **ABCD**. ■

Para dar água na boca

Quatro deliciosas receitas de salgados e um delicado doce para a sobremesa

1. Sopa de aspargos com peito de frango

Ingredientes:

- ✔ 1 colher de sopa de óleo vegetal
- ✔ _ kg de peito de frango fresco, desossado
- ✔ 1 envelope de sopa creme de aspargos
- ✔ _ xícara de aspargos

Modo de preparo:

Cozinhe numa panela o peito de frango em fogo brando e deixe dourar. Remova-o e mantenha-o quente. Na mesma panela, adicione a sopa creme de aspargos, água ou leite Zymil.

Misture os aspargos. Acrescente o frango e mantenha no fogo até ponto de fervura. Abaixe o fogo. Tampe a panela e, sob fogo baixo, espere até que o frango esteja bem macio.

2. Salada de maçã e uva

Ingredientes:

- ✔ _ xícara de água
- ✔ 1 envelope de gelatina sem sabor
- ✔ 1 _ xícara de suco de maçã
- ✔ 1 xícara de maçã fatiada sem casca
- ✔ _ xícara de uva passa
- ✔ _ xícara de aipo fatiado fino

Modo de preparo:

Em uma panela, coloque o suco de maçã para ferver. Depois de fervido, mantenha-o quente.

Coloque a gelatina em uma vasilha e cubra com uma parte de água. Adicione o suco de maçã quente e misture até dissolver. Leve à geladeira, até começar a ficar firme, cerca de 30 minutos.

Misture a maçã, a uva passa e o aipo. Transfira para uma forma e refrigere até solidificar, cerca de 4 horas.

3. Mosaico de Pêssego

Ingredientes:

- ✔ 2 xícaras de água
- ✔ 3 pêssegos frescos, sem casca e cortados em cubos
- ✔ 2 colheres de sopa de açúcar
- ✔ 1 pêssego, cortado em fatias

Modo de preparo:

Coloque a água para ferver. Acrescente os pêssegos cortados em cubo e o açúcar. Cozinhe lentamente até os pêssegos amolecerem, cerca de 30 minutos. Deixe esfriar.

Coloque o purê de pêssego em uma forma e leve ao freezer até ficar firme, cerca de 4 horas. Com uma concha, coloque em taças e cubra com fatias de pêssegos.

4. Lasanha de tofu e espinafre

Ingredientes:

- ✔ 250g de massa de lasanha
- ✔ 1 copo de molho de tomate
- ✔ 1 _ xícara de água
- ✔ _ kg tofu
- ✔ 400g de espinafre cozido
- ✔ 1 colher de chá de orégano
- ✔ _ colher de chá de manjericão
- ✔ 1 pitada de alho em pó

Modo de preparo:

Prepare a massa da lasanha, de acordo com as instruções do pacote. Aqueça o forno.

Em uma vasilha, misture o molho de tomate e a água.

Retire a água do tofu, mas não pressione. Liquidifique-o até ficar uma mistura lisa. Misture-o com o espinafre, o orégano, o manjericão e o alho.

Monte a lasanha alternando as camadas - mistura de espinafre e massa. Embaixo da primeira e em cima da última coloque o molho de tomate.

Cubra com uma folha de papel de alumínio e leve ao forno por 40 minutos. Descubra e continue assando por mais 20 minutos ou até ficar no ponto.

Sirva quente.

5. Purê de batata e soja

Ingredientes:

- ✔ 2 xícaras de batata quente amassada
- ✔ 4 conchas de leite de soja em pó já diluído
- ✔ 2 colheres de sopa de margarina

Modo de preparo:

Numa panela, coloque a batata amassada, o leite de soja e a margarina. Mexa bem com uma colher de madeira. Sirva logo em seguida. ■

Visite o nosso site: www.abcd.org.br
www.abcd.org.br é o nosso site, visite-o!

É possível driblar a doença

O relato de Roberto Sarandy dos Santos mostra que abandonar o tratamento do Crohn quando se está bem é a mesma coisa que pedir para entrar em crise

Por Roberto Sarandy dos Santos

Em 1988, como todo jovem de 25 anos de idade, eu tinha milhares de sonhos na cabeça. Estava num bom emprego, tinha me casado há pouco tempo e acabara de ser papai. Parecia que minha vida seguiria assim, tranqüila e feliz para sempre. Mas de repente descobri que estava doente — e passei a viver um drama.

Um dia acordei com diarréia e fortes dores na barriga. Comi alguma coisa que me fez mal, pensei. Mas os dias foram passando e eu continuei do mesmo jeito. Passei a emagrecer rapidamente — e comecei a sentir escapar pelos dedos todos os projetos que havia traçado para a minha vida e a da minha família.

Iniciei, então, uma terrível maratona em busca de um médico que me dissesse o que eu tinha. Passei por vários — nenhum conseguiu diagnosticar minha doença. Fui encaminhado para especialistas, e nada. Fiz uma bateria de exames, pois suspeitavam que o que eu tinha era AIDS. Meu peso despencou de 64 kg para 42 kg. Os exames deram negativo, o que me fez ficar feliz por um lado e mais desesperado por outro. Como é que ninguém encontrava a resposta para o meu problema se os meus sintomas eram tão claros e as dores me faziam gritar de desespero?

Na tentativa de atenuar meu sofrimento, tomava soro o dia inteiro, em casa mesmo, e injeções de Baralgin na veia a cada 12 horas. Procurei um gastro e dessa vez tive mais sorte. Ao me examinar, ele disse que não poderia fazer nada por mim, mas deixou bem claro que se eu não conseguisse receber um tratamento especializado rapidamente não sobreviveria por muito tempo. Isso eu estava mesmo sentindo. Ele logo percebeu que eu não tinha grandes recursos financeiros, e me encaminhou ao Dr. Gil Fernandes Salles, no Hospital Clementino Fraga (FUNDAO), no Rio de Janeiro, onde moro. Fui internado, me viraram do avesso e finalmente descobriram o que eu tinha: Doença de Crohn. Novamente eu me vi feliz por um lado, pois já haviam descoberto qual era o meu problema, mas preocupadíssimo por outro. Que raio de doença era essa? Nem o nome eu sabia pronunciar...

> **"Comecei a sentir escapar pelos dedos todos os projetos que havia traçado para a minha vida"**

Passei a ser tratado e alimentado adequadamente e rapidamente me recuperei. Meu peso subiu bastante, as dores foram parando e dez dias depois me deram alta. Durante algum tempo fiz tratamento ambulatorial, mas depois de quatro meses, como eu me sentia muito bem,

Visite o nosso site: www.abcd.org.br
Junte-se a nós, associe-se: (11) 3064-2992

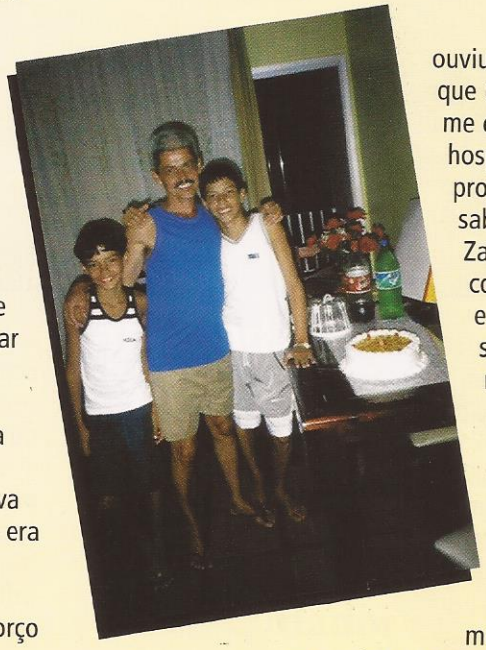
parei com os remédios e voltei completamente à vida normal. Os anos se passaram. Tive mais um filho, me formei em administração de empresas, fiz vários cursos e consegui um excelente emprego numa multinacional suíça. Até viajar para o exterior a trabalho eu viajei.

Não que eu não sentisse mais nada. Ao contrário, as dores e a diarréia de tempos em tempos voltavam. Mas eu simplesmente fingia que nada estava acontecendo e ia tocando a vida como dava. Este foi meu grande erro, pois eu ainda não conhecia direito a doença que tenho. Em 1996, entrei numa crise bravíssima que me impediu até de realizar minhas tarefas do dia a dia, como trabalhar, estudar, passear. Procurei novamente um gastroenterologista — ele conhecia a doença, mas nunca a tinha tratado. Decidimos tentar, de qualquer forma. Comecei a tomar uma medicação à base de cortizona. No início melhorei, mas logo a seguir as dores e a diarréia constante voltaram. A dose do remédio foi aumentada, os efeitos colaterais também, e cura que é bom, nada. Fiquei nessa situação por quatro longos anos, até que voltei a perder peso e piorar muito. Minha aparência denunciava o meu estado de saúde e eu já não conseguia mais disfarçar isso no trabalho. Faltava freqüentemente e quando ia, não conseguia me concentrar por causa das dores e da diarréia.

Eu tinha subido na carreira. Estava ocupando um cargo importante — era gerente de logística da empresa. Adorava o que fazia, mas minhas funções exigiam de mim muito esforço mental, concentração e viagens constantes. Comecei a pensar no pior. Caso a doença se agravasse ainda mais, eu teria que deixar meu emprego e perderia tudo aquilo que havia conquistado durante anos de trabalho duro. O padrão de vida mais confortável que estava dando para a minha família, o bom colégio dos meus filhos, o curso de inglês, de informática... tudo iria acabar. Não, eu não poderia permitir que o Crohn me vencesse!

Pedi muito a Deus que ajudasse a encontrar o caminho para a solução do meu problema. Assim que amanheceu decidi voltar ao Hospital do Fundão, aquele onde finalmente haviam descoberto a minha doença. Já tinham se passado 12 anos desde aquela minha internação. Cheguei lá com muitas dores e logo soube que o hospital estava em greve. Falei com um, falei com outro, procurei a assistente social, rodei o hospital inteiro, até que descobri em que prédio e andar ficava a gastro e fui para lá. Cheguei sem forças, quase caindo. Uma enfermeira me colocou numa cadeira de rodas, ouviu toda a minha história e conseguiu que um médico viesse me atender. Este me encaminhou para o ambulatório do hospital e eu voltei a ser atendido por profissionais que conhecem a doença e sabem como tratá-la, como a Dra. Cyrla Zaltman e equipe. Pude ter contato com pessoas que também têm Crohn e deixei de me sentir sozinho nessa situação. Aos poucos fui conhecendo mais o Crohn e os tratamentos possíveis.

"Hoje, minha doença está controlada e eu voltei a ser feliz. Por isso, decidi contar aqui a minha história"



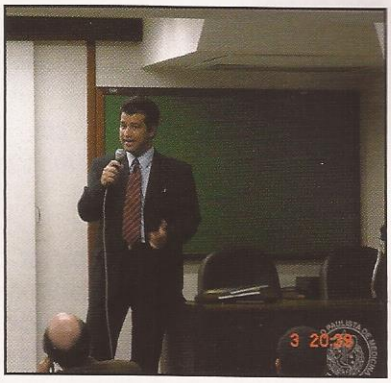
Hoje minha doença está controlada e eu voltei a ser feliz. Posso afirmar, com segurança, que foi a fé que tenho em Deus e o apoio que recebi da minha mulher e da minha família que me deram forças para suportar todo esse calvário. Procuro ajudar, de alguma forma, pessoas que estão na mesma situação que eu estive. Por isso decidi contar aqui a minha história — meu objetivo é que ela sirva de instrumento para confortar e mostrar que é possível sim, driblar a doença e viver de uma maneira saudável e alegre. ■

Roberto Sarandy dos Santos
E-mail: sarandy10@aol.com

A **ABCD** é uma entidade sem fins lucrativos que tem, entre outros, os seguintes objetivos: realizar programas educativos dirigidos aos portadores destas moléstias; promover grupos de auto-ajuda com acompanhamento de equipes profissionais multidisciplinares;ter representatividade junto a órgãos competentes nos momentos que os direitos dos associados forem desrespeitados;fornecer material educacional impresso; manter intercâmbio com órgãos e instituições internacinais, permitindo a troca de experiência e atualização permanente. Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn-Alameda Lorena, 1304, conjunto 802-São Paulo, SP-CEP 01424-001

Junte-se a nós, associe-se: (11) 3064-2992

◀ No dia 3 de junho último, os associados da ABCD e seus familiares se reuniram na sede da Associação Paulista de Medicina, em São Paulo, para ouvir o advogado Carlos Eduardo de Gáspari Valdejão falar sobre um tema importantíssimo: os direitos constitucionais dos portadores de doenças crônicas. O enfoque da palestra foi a DII — Doença Inflamatória Intestinal, o que despertou grande interesse da platéia.



▶ Dr. Carlos Eduardo de Gáspari Valdejão, na noite em que esclareceu dúvidas dos doentes de Crohn e colite ulcerativa e abordou detalhes jurídicos de grande importância.

▲ No simpósio sobre nutrição em doença inflamatória intestinal, que aconteceu no Centro de Convenções Rebouças, de 23 a 25 de maio, estavam presentes o Dr. Aderson Damião, Dr. Flavio Steinwurz, Sra. Maria Izabel Lamounier de Vasconcellos, Sr. Marco Antônio Nonis e Dr. Dan Waitzberg. O tema de discussão do evento foi a utilização dos novos produtos nutricionais que chegaram ao mercado.

RÁPIDAS

■ De 18 a 23 de agosto próximo o Rio de Janeiro será sede da V Semana Brasileira do Aparelho Digestivo, evento que contará com a participação de vários especialistas estrangeiros e brasileiros. As doenças inflamatórias intestinais serão tema de destaque em várias sessões do congresso. Espera-se a presença do Dr. Brian Feagan, do Canadá, um expert no assunto naquele país.

■ Parabéns à Dra. Angelita Gama, que recebeu nos Estados Unidos uma homenagem outorgada por uma importante entidade americana, acrescentando mais um merecido título à sua brilhante carreira.

ABCD
Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

VOCÊ CONHECE A ABCD?
Fale conosco, visite o nosso site
www.abcd.org.br
(11) 3064-2992

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

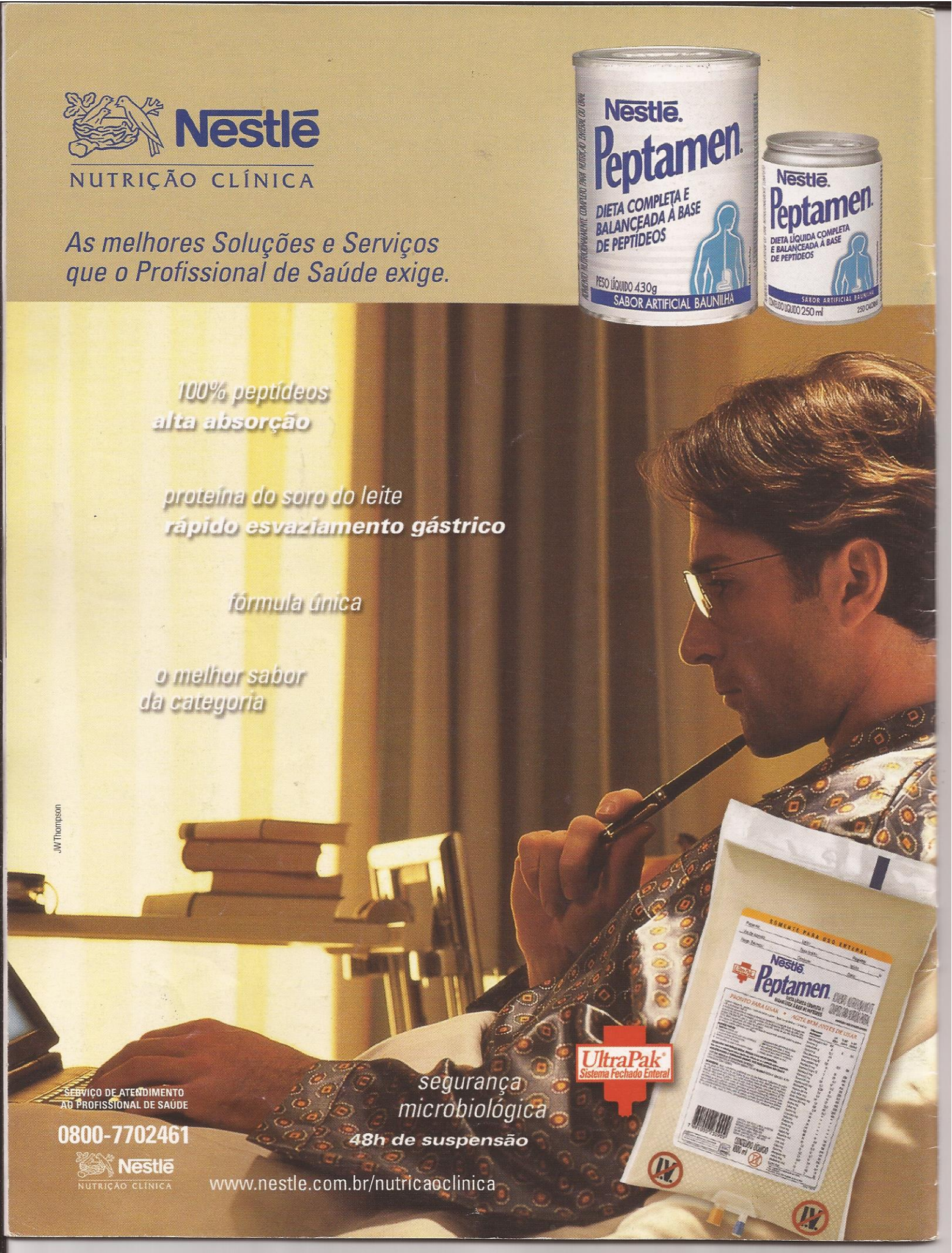
Pent. A3 03/02

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


Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA
As melhores Soluções e Serviços
que o Profissional de Saúde exige.
Nestlé
Peptamen
DIETA COMPLETA E BALANÇEADA À BASE DE PEPTÍDEOS
PESO LÍQUIDO 430g
SABOR ARTIFICIAL BAUNILHA
Nestlé
Peptamen
DIETA LÍQUIDA COMPLETA E BALANÇEADA À BASE DE PEPTÍDEOS
CONTEÚDO LÍQUIDO 250 ml
100% peptídeos
alta absorção
proteína do soro do leite
rápido esvaziamento gástrico
fórmula única
o melhor sabor
da categoria
JWThompson
UltraPak
Sistema Fechado Enteral
segurança
microbiológica
48h de suspensão
SERVIÇO DE ATENDIMENTO
AO PROFISSIONAL DE SAÚDE
0800-7702461
Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA
www.nestle.com.br/nutricaoclinica