Entrevista: o médico mexicano Aaron Brzezinski fala sobre fístulas e gravidez

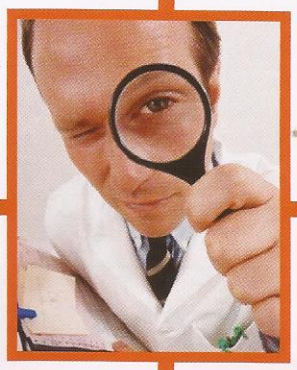
ABCD em FOCO

www.abcd.org.br

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Ano V
nº 18
inverno
2004

Exames



Quais e como são os principais métodos que diagnosticam a colite ulcerativa e a doença de Crohn

Expansão: a ABCD inaugura sua terceira filial, desta vez em Florianópolis

Minha história: conheça a super volta por cima que a paulista Luiza Cristina Giordano deu na vida depois de ser derrubada pelo Crohn

Procurando informações? Entre na comunidade virtual de Doença Inflamatória Intestinal

A ABCD agradece o permanente apoio dos Sócios Corporativos:

>Diamante

Nestlé
NUTRIÇÃO CLÍNICA

Schering-Plough

>Platina

ALTANA
ALTANA Pharma Ltda.

>Ouro

NOVARTIS

AstraZeneca
GASTROINTESTINAL

| Editorial | Sumário |

Encontro útil

Extra! Extra! Novos exames podem ser usados para o diagnóstico das doenças inflamatórias intestinais. Isso mesmo pessoal. A reportagem de capa desta edição da *ABCD em FOCO* mostra toda a tecnologia disponível para que o diagnóstico possa ser realizado com a maior precocidade possível. Lembramos que vários exames são importantes, não somente para a definição do quadro, como também, para o acompanhamento da doença.

Temos também a grande alegria de participar a todos a abertura de mais uma regional da ABCD, desta vez em Florianópolis, sob a direção do Dr. Luciano Saporiti. E pelo que já temos observado, anda a pleno vapor. Parabéns e sucesso!

E nesta edição a seção *Minha História* ganhou dose dupla: apresentamos um caso de colite ulcerativa e outro de doença de Crohn. Mais gente querendo compartilhar com a gente suas experiências de vida. Não deixe de ler a entrevista com o Dr. Aaron Brzezinski. Ele é um mexicano muito simpático que atualmente trabalha na Cleveland Clinic Foundation, um dos mais importantes pólos médicos do mundo, e tem uma larga experiência em DII. Nesta entrevista, ele fala muito sobre fístulas e também sobre gravidez.

Atenção: não deixem de participar do grande encontro para pacientes, familiares e interessados em Doença Inflamatória Intestinal que acontecerá no dia 29 de agosto, no auditório principal do Hospital Israelita Albert Einstein, no Morumbi, em São Paulo. Trata-se de um evento interessante em que pacientes e pessoas envolvidas de alguma forma com a doença poderão trocar idéias, resolver dúvidas e conhecer mais sobre Crohn e colite. Este encontro, o segundo do gênero que a ABCD promove, contará com a participação de eminentes profissionais. Reservem já os seus lugares na secretaria da ABCD, pois as vagas são limitadas!

Deixo vocês, leitores, com duas frases curiosas:

"Um pedaço de pão comido em paz é muito melhor que um banquete comido com ansiedade" (Esopo)

"Todos os cogumelos são comestíveis. Alguns só uma vez." (anônimo)

Cuidem-se!

Flavio Steinwurz

| Capa | Exames | 4

| Comunidade Virtual | BIREME | 10

| Internacional | ACCU | 11

| De Olho no Íleo | 12

| Entrevista | Dr. Aaron Brzezinski | 14

| Minha História | 18

| Nova Filial ABCD | 20

| ABCD em Festa | 22

| Facilidades para você |

A ABCD fechou convênios com laboratórios renomados, que oferecem descontos aos associados na realização de exames clínicos e de diagnósticos por imagens - só é preciso apresentar a carteirinha de sócio. Os percentuais de desconto variam de laboratório para laboratório. Para maiores informações ligue para (11) 3064-2992 e fale com Izabel Diogo ou Ana Célia da Silva.

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

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

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

Porto Alegre (RS)
Laboratório Metanalysis
Tel: (51) 3328-1099

Rio de Janeiro (RJ)
César Guerreiro Cirurgia, Proctologia e Vídeo Laparoscopia (vídeo colonoscopia)
Tel: (21) 2257-2165
2548-9927
2256-1455
2235-7477

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

Laboratório Lamina
Tel: (21) 2538-3939

Laboratório Richet
Tel: (21) 3325-2008
(21) 2535-6669

Salvador (BA)
Laboratório Dirceu Ferreira (análises clínicas)
Tel: (71) 351-2161

São Paulo (SP)
Bio Sana's Centro de Pesquisa e Tratamento Avançado de Feridas (Serviços para os associados: deiscências cirúrgicas, fístulas e curativos avançados)
Tel: (11) 5574-6794

CEDIG - Centro de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia Ltda (Exames Laboratoriais)
Tel: (11) 5571-8921

CDB – Centro de Diagnósticos Brasil
Tel: (11) 5908-7222

Centro de Diagnóstico e Terapêutica Endoscópica S.C. Ltda (Cápsula Endoscópica, Endoscopia e Colonoscopia)
Tel: (11) 3283-2019
287-1009
288-8649

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

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

CURA (diagnóstico por imagem, ultrassonografia, ressonância, RX, tomografia)
Tel: (11) 3056-4707

Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo Profª Dra. Angelita Habr Gama (colonoscopia)
Tel: (11) 3887-1757

Laboratório Fleury (análises clínicas e todos os tipos de exames)
Tel: (11) 3179-0822

Laboratório Rawet (anatomia patológica)
Tel: (11) 3826-8461

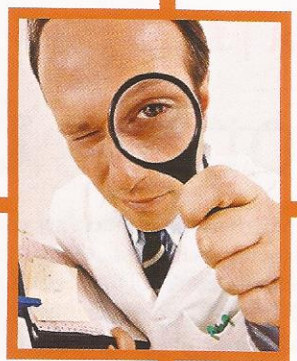
Prof. Dr. Arnaldo Ganc (endoscopia)
Tel: (11) 3887-5400

Prof. Dr. Paulo Roberto Arruda Alves (colonoscopia)
Tel. (11) 3079-0621

Estacionamento na sede da ABCD

O associado que for visitar a sede da ABCD deve aproveitar o convênio que temos com o estacionamento Estapar, na Al. Lorena, 1334. Com o carimbo da ABCD, uma hora custa R$ 2,00.

Associação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn – Alameda Lorena, 1304, cjto. 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) 3064-2992 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 – Impressão: Ipsis Gráfica e Editora



Métodos de diagnóstico

Quais e como são feitos os exames que confirmam as doenças inflamatórias intestinais e avaliam seu grau de atividade

≈ Por Valquíria Sganzerla e Maria Amália Bernardi

Ruim com eles, pior sem eles. Este ditado comum se encaixa em inúmeras situações da vida da gente, inclusive no que diz respeito aos exames médicos e de laboratório. Além de serem quase sempre desconfortáveis e muitas vezes dolorosos, ainda por cima podem nos brindar com resultados preocupantes e notícias ruins. Mas é claro que seria bem pior se eles não existissem. Vamos tomar como exemplo a doença inflamatória intestinal – não é terrível o paciente não saber a razão das fortes dores que sente no abdome, das intensas crises de diarréia que não lhe dão sossego e da perda de peso repentina e assustadora? Ninguém merece conviver dia após dia com sintomas que incomodam e com os fantasmas de uma doença que poucos médicos sabem diagnosticar. A luz no fim do túnel - ou seja, o veredicto final – na maior parte das vezes vem dos chamados exames de diagnóstico. Tomando-se por base os depoimentos apresentados aqui na ABCD em Foco, cerca de 90% das pessoas que têm doença de Crohn ou colite ulcerativa passam por pelo menos meia dúzia de médicos antes de saber exatamente qual é o seu problema. E o diagnóstico, via de regra, é dado pelos exames de laboratório ou de imagens.

O primeiro grande problema das doenças inflamatórias intestinais é distinguir qual delas a pessoa tem. É retocolite ulcerativa? É Crohn? E depois, que parte do intestino está acometida? O Crohn, por exemplo, além do intestino grosso pode acometer o delgado, ou outra parte do tubo digestivo. Saber detalhes da situação faz toda a diferença, pois só assim pode-se tratar a doença de forma adequada. Por mais experiente que o médico seja, é quase impossível ter certeza sobre todas essas informações sem a ajuda dos exames. "Para diferenciar a doença de Crohn, que pode comprometer qualquer parte do trato digestivo, da retocolite, que afeta somente a região do cólon, há vários procedimentos de diagnósticos dos quais não dá mesmo para escapar", diz o Dr. Aytan Sipahi, gastroenterologista do Hospital das Clínicas. "Esses procedimentos incluem métodos endoscópicos, que, aliás, evoluíram muito nos últimos tempos."

Fazer exames, sejam de laboratório ou de imagens, não é nem um pouco prazeroso. E parece

“POR TRÁS DE TODO EXAME TEM QUE HAVER UMA PERGUNTA E O EXAME DEVE SER FEITO PARA RESPONDER A ESTA PERGUNTA.”

que quanto mais sofisticados são mais desagradáveis se tornam. Para começar, tomam horas e horas do tempo da gente - e do acompanhante que em geral temos que levar junto. Uma vez iniciado o exame, é um tal de apalpa daqui, aperta dali e vasculha acolá que não acaba mais. E entra na máquina e sai da máquina, e tira a roupa e coloca a roupa, e toma aquele enjoativo contraste por boca e toma outro mais tenebroso ainda por veia... Sem contar o constrangimento causado por invasões de todos os tipos às mais íntimas partes do nosso corpo. Resumindo, não é nada, nada de bom. Mas há um grande consolo nessa seção de tortura física e moral (se estivermos nas mãos de um bom médico, que fique claro): sairemos dali com algumas certezas.

O problema é quando o médico não conhece bem a doença e pede exames desnecessários. “Faz este, faz aquele, faz mais este outro aqui”, vai falando o doutor como se estivesse sugerindo novos sabores de sorvete (não é ele mesmo que vai passar pela coisa...). “Por trás de todo exame tem que haver uma pergunta e o exame deve ser feito para responder a esta pergunta”, afirma o Dr. Arnaldo Ganc, professor adjunto livre docente em Gastroenterologia da Universidade Federal de São Paulo e chefe do Serviço de Endoscopia do Hospital Israelita Albert Einstein. “O que se vê muitas vezes é que são indicados exames desnecessários e o paciente só vai gastar dinheiro.” Além de se estressar, é claro. “Os médicos têm que ter muito cuidado para não pedir exames que não vão acrescentar nada ao quadro do paciente”, completa o Dr. Ganc.

Uma vez que os exames são um mal necessário, vamos olhar o lado positivo deles. Atualmente há várias alternativas de procedimentos que podem confirmar a existência de uma doença inflamatória intestinal - desde simples exames de raios-X até os feitos por imagem. Estes, aliás, estão cada dia mais sofisticados e certeiros e, por sorte, desembarcaram no Brasil já há algum tempo. “Hoje não ficamos devendo nada aos exames realizados no exterior”, lembra o Dr. Aytan. Tempos atrás, alguém poderia imaginar que uma cápsula ingerida pelo paciente poderia conter uma máquina fotográfica capaz de fazer 50 mil fotos de todo seu intestino delgado? Há estudos americanos mostrando que essa cápsula pode economizar o tempo e o dinheiro que o paciente gastaria fazendo nove exames para descobrir uma doença inflamatória intestinal. Por falar em estudos, já existe no Japão um protótipo de um equipamento que pretende realizar um exame ainda mais sofisticado: o enteroscópio de duplo balão. Este aparelho, assim como a cápsula endoscópica, também tira milhares de fotos, mas tem a vantagem de já fazer, em paralelo, a biópsia do local que está sendo investigado.

Como se vê, há muito investimento em pesquisas de novos métodos de diagnóstico para as doenças inflamatórias intestinais. Mas, se hoje há tantos exames modernos e se eles são feitos aqui, cabe perguntar por que ainda demora tanto para um doente de Crohn ou de colite receber o diagnóstico correto? Porque são poucos os gastroenterologistas brasileiros que estão realmente acostumados a lidar com estas doenças. Às vezes eles não pedem os exames corretos. E os endoscopistas, não podem ajudar? Podem sim, e muito. Mas sua experiência no reconhecimento das lesões causadas por estas doenças também é pequena. A soma destes dois fatores explica o tempo excessivo para chegar ao diagnóstico certo.

Mas afinal, quais são os exames que ajudam a diagnosticar a doença de Crohn e a colite ulcerativa? Para que serve cada um deles? Como são, na prática? As respostas para estas e outras perguntas estão abaixo, na relação que preparamos com os principais métodos diagnósticos. Quem os explica são os médicos, mas quem conta seus detalhes são pacientes de DII que já os fizeram. Leia e fique sabendo tudo o que deseja sobre os exames que você já fez ou pode vir a fazer.

Partindo do princípio de que gostoso é comer chocolate e não fazer exames, veja o significado do grau de desconforto de cada caretinha:
☺ pequeno
☹☹ médio
☹☹☹ grande

Flávia (*à dir.*): dificuldade para tomar o bário no exame de trânsito intestinal.

TRÂNSITO INTESTINAL

Grau de desconforto: ☹☹

Para que serve: analisa todo o intestino delgado e parte do intestino grosso, verificando estreitamentos ou dilatações. Muito importante na doença de Crohn.

Tempo de exame: em geral umas 2 horas

Preparo: 12 horas de jejum total

Proibido: para gestantes (é com Raios-X)

Como é: O paciente tem que tomar de 200ml a 600ml de um contraste por boca – o mais usado é o bário. Esse contraste é pesado e enjoativo, apesar de ter algumas alternativas de sabor, como baunilha ou banana. Vestindo um desses aventais hospitalares, a pessoa sobe numa grande máquina de raios X e começa a ser radiografada. A máquina muda de posição várias vezes, pois as radiografias têm que acompanhar o andamento do contraste pelos diversos segmentos do intestino. Em determinado momento começa o aperta daqui e aperta de lá na barriga do examinado. "Algumas radiografias têm que ser feitas com compressão do abdome para que os segmentos intestinais se afastem uns dos outros e a gente consiga identificar melhor todo o intestino delgado", explica o Dr. Manoel de Souza Rocha, médico radiologista do Departamento de Imagem do Hospital Israelita Albert Einstein. "Para mim esse exame foi terrível, pois não suportei ingerir o bário. Demorei horas e horas para fazê-lo", conta Flávia Marino, 28 anos, que há quase quatro anos descobriu que tem Crohn e controla sua doença com aplicações de Remicade de seis em seis semanas e doses diárias de Purinethol. Em geral, este exame é muito bem tolerado.

ENEMA OPACO

Grau de desconforto: ☹☹☹

Para que serve: para avaliar o cólon

Tempo de exame: de 20 a 30 minutos

Preparo: 48 horas de dieta total acompanhada de laxantes

Proibido: para gestantes (é com Raios-X)

Como é: O enema opaco causa um grande desconforto, antes, durante e depois de ser feito. Por sorte é considerado arcaico e quase não é mais usado. Sua dieta de preparo é rigorosíssima, pois além de passar fome durante as 48 horas que o antecedem, a pessoa ainda tem que tomar várias doses de laxante para que não fique nenhum resíduo no intestino. O exame em si é feito através de raios-X. Coloca-se uma sonda no reto do paciente e nela é introduzido um contraste (e dá-lhe bário de novo...) e insuflado ar, que provoca cólicas. Detalhe: tudo isso a sangue frio (não tem anestesia não...). Dói até não poder mais. "O enema opaco não serve praticamente para mais nada. Há mais de 15 anos eu não o peço para um paciente meu", afirma o Dr. Arnaldo Ganc. "Por não ter sedação não permite que se faça biópsia." Infelizmente o enema opaco pode realmente ser necessário – por exemplo, quando por algum motivo a colonoscopia não é bem sucedida na observação completa do intestino grosso, como em casos de estreitamento que impossibilita a passagem do aparelho.

RESSONÂCIA MAGNÉTICA

Grau de desconforto: ☹☹

Para que serve: para avaliar lesões intra-abdominais e trajeto de fístulas

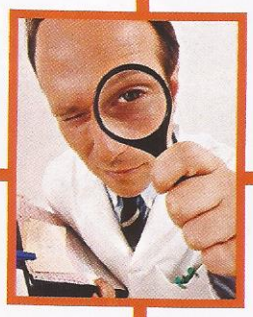
Tempo de exame: de 30 a 60 minutos

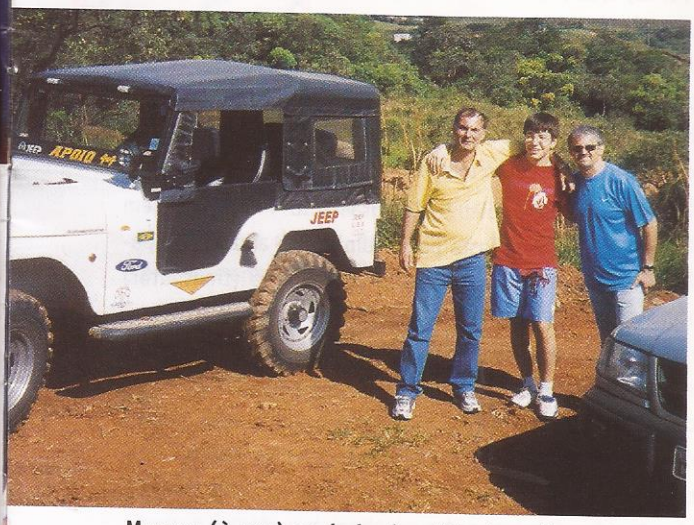
Preparo: não tem jejum mas tem contraste endovenoso

Proibido: pacientes com marca-passos cardíacos, operados de aneurisma cerebral, e com implantes cocleares. Não se recomenda a realização de ressonância magnética em mulheres gestantes, exceto em condições excepcionais, à partir do terceiro trimestre de gestação.

Como é: Os médicos costumam explicar aos pacientes que para fazer este exame ele será colocado num campo magnético muito intenso cujas modificações por ondas de radiofreqüência possibilitam a geração de imagens. Tra-

“A COLONOSCOPIA PERMITE A OBSERVAÇÃO DE TODO O INTESTINO GROSSO E O FINAL DO INTESTINO DELGADO ATRAVÉS DE UMA MINICÂMERA INTRODUZIDA PELO ÂNUS DO PACIENTE.”





Marcos (*à esq*) ao lado do afilhado e do cunhado: companheiros nas trilhas off-road.

duzindo: o paciente entra numa espécie de tubo inteiro fechado e fica lá, imóvel, durante todo o tempo de duração do exame. Se a pessoa conseguir dormir, ótimo. Se não conseguir e tiver qualquer tendência à claustrofobia, está perdida. “Na maioria dos casos uma conversa tranqüilizadora antes do exame e a conscientização da sua utilidade são suficientes para resolver a sensação de claustrofobia que alguns pacientes manifestam”, diz o Dr. Manoel Rocha. “Em última instância o exame é feito sob anestesia”, acrescenta.

O otimismo dos médicos é realmente notável – pena que os pacientes não tenham a mesma visão. “É impossível dormir, pois o barulho da máquina é infernal”, diz Maria Amalia Bernardi, 46 anos, diretora da ABCD e portadora de Crohn há 10 anos. “Sem contar que quando a gente pensa que está acabando vem uma enfermeira aplicar um contraste (olha ele aí de novo!!) na veia.” Sim, caro leitor, existe algo pior que o bário: o iodo. “Quando ele entra a gente sente um calooor..., um desespeeero... É bem angustiante”, afirma Maria Amalia. Mas no fim, entre medrosos e apavorados salvam-se todos. No caso das doenças inflamatórias intestinais, o exame de ressonância é utilizado para identificar espessamentos de paredes de alças intestinais, o que traduz o grau da atividade inflamatória. Outra indicação é para avaliar a existência de fístulas perianais.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

Grau de desconforto: ☹☹

Para que serve: avaliar lesões intra-abdominais, abscessos e espessamento de alças intestinais.

Tempo de exame: cerca de 30 minutos

Preparo: jejum de 4 horas e contrastes

Proibido: para gestantes

Como é: Este é o exame mais utilizado para avaliar complicações nas doenças inflamatórias intestinais, como a ocorrência de abscessos na cavidade abdominal e obstruções intestinais. Seu preparo exige jejum de quatro horas, além da ingestão de 1 litro a um litro e meio de contraste (bário, logicamente). Dependendo do caso, a tomografia computadorizada pode ser ruim ou menos ruim. É ruim quando, além do bário via oral, há necessidade de usá-lo também via retal. E mais: junto com uma dose de iodo via endovenosa. É preciso explicar melhor? A boa notícia é que ele nem sempre requer o contraste por veia e por ânus (por boca é garantido). Ah! Tampouco tem “apalpações”. “Este exame pode ajudar na avaliação de fístulas perianais e de espessamentos das paredes do intestino”, esclarece o radiologista Manoel Rocha.

COLONOSCOPIA E COLONOSCOPIA VIRTUAL

Grau de desconforto: ☹☹

Para que serve: para analisar detalhadamente todo o intestino grosso e o final do delgado – permite coleta de biópsia.

Tempo de exame: cerca de 30 minutos

Preparo: jejum de 12 horas e esvaziamento completo do intestino

Proibido: para gestantes: colonoscopia pelo próprio desconforto e a colonoscopia virtual, por ser um tipo especial de tomografia computadorizada, e, portanto, usa raios-X

Como é: A colonoscopia permite a observação de todo o intestino grosso e o final do intestino delgado através de uma minicâmera introduzida pelo ânus do paciente. “É praticamente impossível hoje em dia fazer o diagnóstico de uma doença inflamatória intestinal sem ter feito uma colonoscopia”, diz o gastroenterologista Aytan Sipahi. O que deixa um gosto amargo na boca de quem passa por uma colonoscopia é o seu preparo, que envolve dieta líquida de 12 horas e muuuuito laxante (o intestino

precisa ficar absolutamente limpo, sem nenhum resquício de alimentos). Depois disso, é colocada uma sonda no reto pela qual é insuflado ar. Ninguém precisa ter medo, pois hoje em dia o paciente é sedado – não vê e não sente nada.

"A colonoscopia foi o pior exame que já fiz porque na época, no começo de 1990, ele era feito sem anestesia", conta Marcos Antonio Fantim, 42 anos que descobriu o Crohn quando tinha 18 anos. "Durante todo esse tempo eu já fiz e repeti diversos exames, como raios-X simples, trânsito intestinal e a própria colonoscopia, que agora está muito mais fácil." Fantim é casado, mora em São Bernardo do Campo e há 10 anos tem a doença sob controle. "Já perdi 55 cm do intestino devido a duas cirurgias que precisei fazer. Mas tomo Pentasa todos os dias e há muito tempo não sei o que é crise", diz ele.

A colonoscopia virtual é de certa forma similar à convencional, só que é feita com um pouco mais de sofisticação. Na verdade, as imagens são obtidas através de uma tomografia computadorizada ou de uma ressonância magnética, com o paciente na posição helicoidal (em caracol). Ou seja, não há necessidade de introduzir nada no seu corpo. "Trata-se de uma avaliação mais rápida do intestino, principalmente do grosso, sem a necessidade de um procedimento tão invasivo quanto o que é feito na colonoscopia convencional", explica o Dr. Jacob Szejnfeld, professor livre docente e chefe do Departamento por Imagem da Unifesp, Universidade Federal de São Paulo. O problema é que a colonoscopia virtual exige o mesmo preparo que é feito no exame convencional. "De maneira geral, este exame não é feito em quem tem Crohn ou retocolite, pois seu objetivo é pesquisar lesões específicas, como pólipos e pequenos tumores", diz o Dr. Szejnfeld.

ULTRA-SONOGRAFIA

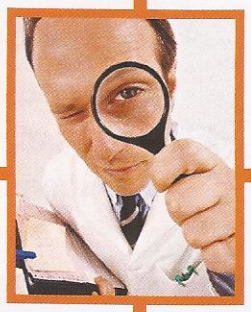
Grau de desconforto: 😐

Para que serve: para avaliar lesões intra-abdominais, abscessos e espessamento de alças.

Tempo de exame: cerca de 20 minutos

Preparo: nenhum

Proibido: a ninguém



"A ULTRASSONOGRAFIA É UM DOS EXAMES MAIS SIMPLES QUE EXISTEM, MAS, SEM EXAMES COMPLEMENTARES NÃO PERMITE QUE SE FECHE UM DIAGNÓSTICO."

Como é: Esse é bico. Absolutamente indolor, e sem contra-indicações, basta passar um gel no abdome do paciente pelo qual desliza-se um aparelhinho (transdutor) que vai pesquisar se existem complicações como abscessos intra-abdominais e, eventualmente, segmentos de alças intestinais que tenham paredes espessadas. É um dos exames mais simples que existem, mas, sem exames complementares não permite que se feche um diagnóstico.

CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Grau de desconforto: 😐

Para que serve: avaliar lesões intra-intestinais não alcançadas pela endoscopia alta e pela colonoscopia.

Tempo de exame: 8 horas

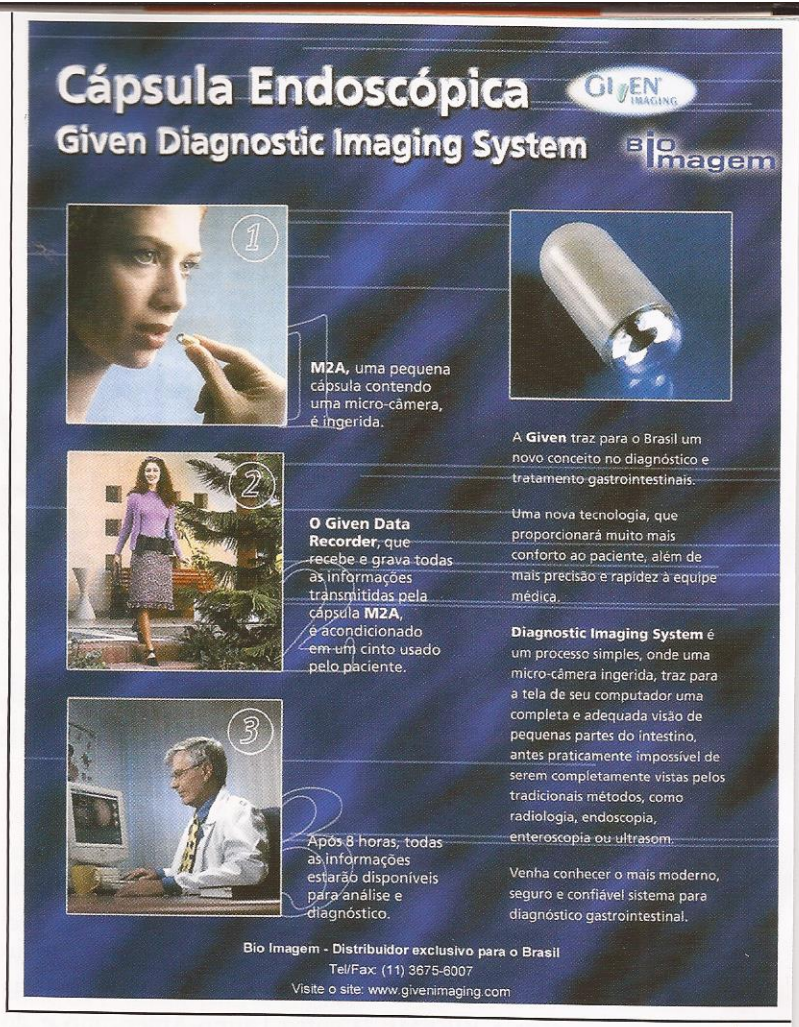
Preparo: nenhum

Proibido: para portadores de estreitamento verificado no trânsito intestinal.

Como é: Oficialmente lançada no Brasil em dezembro de 2001, a cápsula endoscópica tem o formato de uma pílula comum. No seu interior, entretanto, surpresa: há uma parafernália de equipamentos só vista antes nas ficções científicas de Hollywood. Prende-se na cintura do paciente uma espécie de "pochete" (ele fica com esse cinturão durante as oito horas de duração do exame). Em seguida, ele ingere a cápsula que carrega no seu interior uma câmera de vídeo em cores, 6 flashes, um transmissor de dados e uma antena, tudo isso de tamanho micro – a cápsula é pequena e pesa 3 gramas. A partir daí começa o exame. Munida com uma bateria que dura de 6 a 8 horas, a cápsula viaja por todo o aparelho digestivo do paciente como qualquer alimento, movida pelo peristaltismo (movimento do tubo digestivo que leva o bolo alimentar adiante). Durante a "viagem", ela filma o interior do intestino numa velocidade de 2 fotos por segundo e emite o seu sinal para o gravador, que está no cinturão. Quando a bateria acaba, a cápsula pára de emitir as imagens e é eliminada normalmente pelas fezes.

Não é preciso internação para este exame - o paciente só vai ao hospital para pôr e retirar o cinturão e, no meio tempo, faz suas atividades normais, com certa moderação. Dentre as indicações da cápsula endoscópica, as mais comuns e já comprovadas são para casos de sangramentos digestivos de origem indeterminada, anemias de difícil diagnóstico, doença de Crohn e doença celíaca. "Este procedimento é o que há de mais moderno em termos de exames por imagens", diz o Dr. Ricardo Leite Ganc, endoscopista do Hospital Israelita Albert Einstein e assistente do Serviço de Endoscopia da Santa Casa de São Paulo, que passou dois anos na Universidade de Toronto, no Canadá, aprendendo a realizar este exame. "É o único exame por imagem que não é invasivo e consegue ver todo o intestino delgado (que tem entre 3 e 7 metros)." Quase 30% dos pacientes de Crohn têm a doença nesta região do intestino delgado", explica o Dr. Ricardo. Segundo o médico, este exame só não pode ser realizado em dois casos: quando o paciente tem estenose e quando não consegue engolir a cápsula.

Sem entender muito bem pelo que iria passar, e com a família bastante assustada, o aposentado Vinícius Miguel de Ávila, de 70 anos, experimentou a cápsula endoscópica no final do ano passado como última tentativa para descobrir qual era a razão para aquelas dores no abdome que nenhum exame conseguia identificar. Vinícius é de Florianópolis, cidade onde fez vários exames – tomografia, endoscopia, trânsito intestinal e colonoscopia por duas vezes – sem resultado algum. Os médicos suspeitavam de síndrome mielodisplásica (baixa produção de leucócitos) e ele tinha que tomar sangue de 15 em 15 dias. Já estava internado há mais de 40 dias, muito fraquinho, no Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, quando seu médico sugeriu fazer o exame com a cápsula endoscópica. A princípio, sua mulher, os 4 filhos e os 5 netos levaram um susto. "Por que não", ponderaram depois. Vinicius fez o exame e, no final, foi detectada uma inflamação no seu intestino - nada que um remédio à base de cortisona não resolvesse. "Eu não senti nada tomando a cápsula", afirma ele. "Só lamentei o preço." Ele pagou R$4.500,00, mas seu problema foi resolvido. "Ele voltou outra pessoa para casa, bem mais animado", comemora sua filha Maria José.



EXAMES DE SANGUE

Grau de desconforto: 😐

Para que serve: avaliar atividade da doença, deficiência nutricional, infecção, diagnóstico diferencial, etc.

Tempo de exame: poucos minutos

Preparo: jejum de 4 a 8 horas

Proibido: para ninguém

Como é: Os exames de sangue são igualmente importantes, pois além de ajudarem a identificar a presença de uma inflamação avaliam a quantas anda a atividade da doença. Alguns contam as albuminas (proteínas), outros podem revelar se de fato o paciente tem uma doença inflamatória intestinal. Os nomes desses exames de laboratório são de arrepiar: pesquisa de anticorpos contra citoplasma de neutrófilos (ANCA) e contra epitopos oligomanosídicos (ASCA). Na prática, é só uma picadinha de agulha no braço do paciente para tirar um pouco de sangue. Quando o exame de ANCA se mostra alterado o paciente tem maiores chances de ter retocolite; se o mesmo acontecer no exame de ASCA, o paciente é, com maior probabilidade, portador da doença de Crohn.

Visite o site da Bireme: cvdii.bireme.br.

Procurando informações?

Entre na comunidade virtual de Doença Inflamatória Intestinal e fique sabendo tudo o que deseja

≈ Por Érica Watanabe

A ABCD ganhou uma aliada que vai ajudá-la a difundir informações sobre doença de Crohn e colite ulcerativa. Em maio último, a Associação fez uma parceria com a BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) para desenvolver uma comunidade virtual de Doença Inflamatória Intestinal (DII). Por meio desta comunidade virtual, os pacientes portadores de colite ulcerativa e doença de Crohn, familiares, médicos, nutricionistas, psicólogos e todos os profissionais de saúde que de alguma forma lidam com estas doenças terão acesso a uma infinidade de informações sobre esses males. "Esta parceria proporcionará uma maior integração tanto entre os associados da ABCD como entre estes e a comunidade médica", diz o gatroenterologista Flavio Steinwurz, presidente da ABCD. "Parcerias deste tipo sempre são úteis e benéficas."

Todas as pessoas que acessarem a comunidade virtual de DII poderão dispor de informações sérias e confiáveis pertinentes a estas doenças através de diversas ferramentas modernas e práticas. Nas salas de bate-papo, os interessados poderão participar de reuniões virtuais com gente de todo o Brasil. Haverá também fóruns de debate permitindo aos pacientes trocar experiências e opinar sobre os mais diversos assuntos relacionados à colite e ao Crohn. Os médicos e profissionais da saúde, por sua vez, terão um espaço para divulgar artigos e textos de atualização. Enfim, a informação produzida sobre a doença ficará disponível a todos os interessados. A data prevista para o início da comunidade virtual de DII é 1º de julho e o endereço é www.bireme.br.

A BIREME coordena e opera, desde 1998, uma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em diversas áreas médicas, inclusive na de Gastroenterologia – e é dentro desta área da biblioteca que estará a comunidade virtual de Doença Inflamatória Intestinal. A BVS é uma referência para a pesquisa na área de saúde da América Latina e Caribe, pois a BIREME é ligada à Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (www.opas.org.br). A comunidade virtual de DII estará, portanto, embasada pelo conhecimento científico e técnico da Biblioteca Virtual em Saúde. Esta biblioteca é uma fonte de informações registrada, organizada e armazenada em formato eletrônico, acessível de forma universal na Internet e compatível com bases internacionais.

SUPORTE EMOCIONAL

"Vejo a iniciativa desta comunidade virtual como uma grande idéia, pois acredito que ela viabilizará não somente a comunicação dentro da comunidade científica, mas, sobretudo, a troca de informações entre pacientes" diz o Dr. Fernando Cordeiro, presidente da Federação Brasileira de Gastroenterologia. "Este tipo de experiência resulta num suporte emocional de suma importância." A mesma receptividade teve a CCFA, a associação americana de Crohn e Colite, por intermédio de Bárbara Rosenstein e Elisabeth Myatt, respectivamente vice-presidente de marketing e vice-presidente de novos projetos. As duas profissionais demonstraram bastante interesse pela parceria da ABCD com a BIREME. "Acho muito importante que uma associação no Brasil tome uma iniciativa como esta", diz Bárbara. "Ficaremos felizes em poder compartilhar experiências a respeito." A CCFA, que foi a pioneira na proposta de integração e divulgação de informação sobre as Doenças Inflamatórias Intestinais, também está desenvolvendo uma comunidade virtual.

A ACCU é a ABCD do Uruguai

Conheça o trabalho da associação de Crohn e colite ulcerativa do nosso vizinho Uruguai

Assim como o Brasil tem a ABCD e os Estados Unidos têm a CCFA, o Uruguai também tem o seu órgão de apoio aos doentes de Crohn e colite: a ACCU (Associação de Crohn e Colite Ulcerativa do Uruguai). Fundada em 1997 e sem fins lucrativos, a ACCU tem como principal objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes de doenças inflamatórias intestinais daquele país. Hoje a ACCU conta com o registro de 350 pacientes, o que não é pouco se considerarmos que a população do Uruguai não chega a 3,5 milhões de habitantes. Da mesma forma que suas parceiras espalhadas por todos os continentes, a ACCU realiza algumas atividades fundamentais para o tratamento adequado do Crohn e da colite, como passar informações sobre essas doenças para pacientes, familiares, médicos e profissionais de outras especialidades. "Acreditamos que o paciente bem informado tem condições de decidir junto com o seu médico qual o melhor tratamento para o seu caso", diz a Dra. Elena Fosman, presidente da ACCU. "Além de reduzir a ansiedade frente ao desconhecido, o paciente aprende a tomar as rédeas da sua doença e não a ser conduzido por ela". De fato, decidir junto com o médico é bem diferente de ter que obedecer a ordens às vezes sem nem mesmo entendê-las.

Para ter sucesso e atingir seus objetivos, a ACCU realiza reuniões mensais nas quais são abordados temas como métodos diagnósticos, terapêutica médica e cirúrgica, aspectos nutricionais, psicológicos, gineco-obstétricos e laboratoriais, entre outros. "Além de esclarecer dúvidas, os pacientes trazem suas experiências pessoais e essa troca de informações ajuda muito àqueles que acabaram de saber que têm uma dessas doenças", explica a Dra. Beatriz Iade, secretária da Associação. A participação dos pacientes nessas atividades é gratuita e não é necessário ser sócio da entidade para se engajar.

Na verdade, como ocorre em todas as associações desse tipo bem sucedidas, as atividades são realizadas graças ao trabalho voluntário de alguns profissionais, nem todos médicos, que doam seu tempo e seu conhecimento. No momento, por exemplo, a ACCU está implementando uma rede de comunicação via e-mail, em que pacientes e familiares podem contatar médicos e outros pacientes para trocar idéias e obter mais informações. Um ponto de destaque do trabalho da ACCU é a formação de grupos de auto-ajuda, de pacientes e de familiares, que além das reuniões mensais chegam a programar encontros sociais independentes. "Nesses quase 7 anos de ACCU, temos observado o efeito benéfico obtido pela associação nos pacientes e familiares", comemora a Dra. Elena, a presidente. "Embora saibamos que ainda há muito a ser feito, estamos bastante satisfeitos com os resultados alcançados até agora", diz a médica.

> **"ACREDITAMOS QUE O PACIENTE BEM INFORMADO TEM CONDIÇÕES DE DECIDIR JUNTO COM O SEU MÉDICO QUAL O MELHOR TRATAMENTO PARA O SEU CASO."** Dra. Elena Fosman, presidente da ACCU

Acredite se quiser

Esta notícia mais parece do Discovery Channel: depois de passar por 12 horas de cirurgia, uma secretária identificada apenas por H. recebeu um transplante simultâneo de oito órgãos vitais - fígado, pâncreas, estômago, duodeno, intestino delgado e parte do intestino grosso, rim e glândula renal – e passa bem. Cirurgias simultâneas desse tipo já haviam sido realizadas nos Estados Unidos, mas na Europa foi a primeira vez (esta foi em Berlim, na Alemanha). O transplante foi feito no fim de novembro do ano passado, mas só foi anunciado no começo de fevereiro de 2004, após uma resposta positiva da paciente à cirurgia. Segundo a nota divulgada, a paciente sofreu por mais de 20 anos da doença de Crohn e agora está se recuperando bem. "Ela vai enfrentar problemas comuns a todos os pacientes submetidos a transplantes, mas seu problema de intestino passou", disse o Dr. Andréas Paschner, um dos especialistas da equipe de quatro médicos que realizou a operação. "Esta cirurgia foi o último tratamento possível para uma paciente com uma doença intestinal com complicações graves que corria risco de vida", disse Paschner.

O Crohn e os antibióticos

Quem gosta de tomar antibióticos? Provavelmente ninguém que seja normal. Quem tem parentes diretos com doença de Crohn, entretanto, deve se manter a quilômetros de distância deste medicamento. Pelo menos é isto que mostrou um estudo feito com 587 pacientes com este diagnóstico, realizado na Universidade de Notthingham, na Inglaterra. O estudo verificou que 71% desses pacientes tinham tomado antibióticos durante um período de 2 a 5 anos antes de descobrirem o Crohn. Os pesquisadores depois confrontaram esse estudo com um grupo de 1.460 pacientes que não tinham Crohn e 58% deles tinham ingerido o medicamento no mesmo período avaliado. Coincidência? Pode ser. Os próprios autores da pesquisa reconhecem que esse resultado não demonstra que o uso de antibióticos seja um fator de risco para alguém desenvolver a doença. Pelo sim, pelo não, eles orientam os pacientes a consultar seus médicos. Se ficar comprovado que o uso de antibióticos contribui para o desenvolvimento do Crohn estaremos diante de uma tremenda incongruência, pois vários antibióticos são indicados no tratamento dessa doença. Vai entender... Resta, entretanto uma dúvida: será que os pacientes avaliados não usaram antibióticos já por algum sintoma causado pela doença de Crohn, antes que seu diagnóstico tivesse sido definido?

Bye, bye milk...

Péssima notícia para os pacientes de Crohn que não abrem mão do seu copo de leite logo no café da manhã: cientistas britânicos descobriram que um tipo de bactéria encontrada no leite, a Mycobacterium avium paratuberculosis (Vixe Maria!!), pode ser a causa da doença de Crohn. A equipe da Escola de Medicina do Hospital São Jorge, em Londres, detectou que esta bactéria é encontrada em 92% dos pacientes que têm esta doença inflamatória intestinal. Os amantes do leite, porém, não precisam se sentir um bezerro desmamado. Os cientistas recomendam como opção "inteligente" o leite UHT, que é submetido a temperaturas mais altas na pasteurização, e, sendo assim, destrói a tal bactéria. Lembramos que hoje quase todos os leites passam por esse tipo de tratamento - Ultra High Temperature.

Para manter o TNF em baixa

Até agora se pensava que o Remicade era o único xerife do sistema imunológico dos pacientes de Crohn, zelando para que os níveis do seu TNF (Fator de Necrose Tumoral) se mantivessem em baixa. Na 33ª Reunião Anual de Neurociência, realizada no final do ano passado, porém, foi mostrado que o Bupropion, um medicamento usado em psiquiatria, também pode causar esse mesmo efeito. "Se os testes com o Bupropion confirmarem os resultados dos estudos, este medicamento vai interessar a pacientes de muitas doenças que têm que controlar os níveis do TNF", disse o Dr. Eric Atschuler, do Hospital Mt. Sinai, de Nova Iorque. O novo medicamento ainda tem algumas vantagens, segundo o médico: "é barato, seguro e fácil de se conseguir no mercado", acrescentou Atschuler.

A budesonida está com tudo

Há cerca de 5 anos, surgiu no Brasil, mais uma novidade para o tratamento de Crohn: a budesonida – um corticosteróide desenvolvido originalmente para tratamento de asma que se mostrou tremendamente eficiente para prolongar o período de remissão de crises nos pacientes com Crohn. E o que é melhor: o Budesonida provoca menos efeitos colaterais do que os corticosteróides geralmente indicados para esses casos. Isto foi mostrado num teste feito com 380 pacientes de Crohn, 227 deles do sexo feminino, que receberam durante um ano, diariamente Budesonida 3 mg, ou 6 mg, ou ainda placebo. Quem ficou no grupo que recebeu 6 mg diariamente teve a melhor performance. "Esta dosagem do medicamento pode usada na manutenção de pacientes com a doença de Crohn", explica o Dr. Robert Löfberg, professor de Gastroenterologia do Instituto Karoliska em Stockholm, na Suécia.

Remicade versus fístulas

Há alguns anos sabe-se que o Infliximabe - Remicade, para os íntimos – melhora muito o quadro de sintomas dos pacientes de Crohn, inclusive dos que têm fístulas perianais. Em relação a outros tipos de fístulas, no entanto, ainda se sabe muito pouco sobre o poder do Remicade. Os cientistas do Departamento de Gastroenterologia do Centro de Doenças Inflamatórias Intestinais de Cleveland, nos Estados Unidos, realizaram uma avaliação em 60 pacientes de Crohn que têm fístulas e que foram acompanhados por três meses, depois de três infusões de Remicade. A conclusão desse estudo foi de que a resposta do medicamento varia conforme o tipo de fístulas que o paciente apresenta: as que são externas em geral, e neste grupo as que são perianais, em particular, respondem mais ao Remicade do que outros tipos de fístulas.

DOENÇA DE CROHN

Conheça o medicamento que está mudando a cara dos pacientes com Doença de Crohn.

CONSULTE SEU MÉDICO

A Doença de Crohn é um mal cada vez mais presente e atinge milhares de pessoas no Brasil e em todo o mundo. De tratamento extremamente difícil, essa doença provoca inúmeros problemas de ordem social e psicológica. Porém, tudo isso está mudando rapidamente. Já existe um tratamento eficaz e decisivo que está realmente revolucionando a vida dos pacientes com a Doença de Crohn. Consulte seu médico.

Produzido em Out/03

Central de Atendimento 0800-117788
Schering-Plough
www.schering-plough.com.br
atendimento@schering-plough.com.br
Cx. Postal 18388 • CEP 04626-970
Fax 0800-157789

Schering-Plough

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

Fundação Abrinq
Instituto Criança é Vida
Educando para a saúde

Fístulas e gravidez

Um especialista em doença inflamatória intestinal fala sobre estes dois assuntos com conhecimento de causa

O médico mexicano Aaron Brzezinski, 47 anos, se especializou em Gastroenterologia na Universidade de Toronto, no Canadá. Foi ali, trabalhando com nomes bastante respeitados na comunidade médica internacional, que começou a ter contato com as doenças inflamatórias. Desde 1992, vem aprofundando ainda mais seus conhecimentos no Centro de Doenças Inflamatórias da Fundação de Cleveland, nos Estados Unidos, uma instituição sem fins lucrativos que ganhou grande reputação por suas contribuições à medicina, como a realização do primeiro cateterismo cardíaco e da primeira cirurgia de ponte aorto-coronária, entre outras. É lá que o Dr. Aaron passa 13 horas por dia envolvido com consultas a pacientes com problemas complexos e que necessitam de cuidados especializados, endoscopias de urgência, atividades acadêmicas ou fazendo revisão em estudos de laboratório.

Dono de uma agenda bastante apertada, não sobra ao Dr. Aaron quase nenhum tempo para curtir alguns hobbies, como ouvir música clássica e tomar um bom vinho. Atualmente o médico se sente dividido por sentimentos controversos: a frustração por não poder passar mais tempo com a mulher Denise e as filhas Sharon, de 16 anos, e Anna, de 13, e a grande satisfação por poder ajudar seus pacientes e dar-lhes a maior atenção possível trabalhando junto com uma equipe de cirurgiões, nutricionistas, enfermeiras, radiologistas e patologistas. "Gostaria de encontrar uma fórmula para balancear melhor a minha vida", diz ele. Todos nós gostaríamos, Dr. Aaron, todos nós.

Nesta entrevista à ABCD em Foco este simpático mexicano fala de assuntos importantes para os pacientes de doenças inflamatórias intestinais: as dificuldades de conviver com as fístulas e os cuidados necessários para uma gravidez tranqüila. Leia a seguir.

Desde que foi lançado no Brasil, em 1998, o Remicade tem sido bem aceito pelos pacientes de Crohn – e pesquisas mostram que ele é eficiente também no tratamento de fístulas perianais. Como o senhor vê a importância do Remicade?

Os estudos clínicos iniciais com o Infliximabe foram feitos em pacientes com sintomas predominantemente inflamatórios e em pacientes com fístulas externas (perianal ou enterocutânea). Entre 50% e 70% desses pacientes tiveram melhoria clínica, que se manifestou com a diminuição da drenagem. Para manter esse quadro, os pacientes têm que receber infusões de Infliximabe a cada oito semanas. Num número menor de pacientes as fístulas se fecharam totalmente. Quando se usa o Infliximabe em

pacientes com fístulas é importante o médico estar seguro de que não há infecção nem estenose no intestino perto da fístula.

Por que as fístulas aparecem antes mesmo que notemos que a doença entrou em atividade?

Num número importante de pacientes, o principal sintoma da doença de Crohn são as fístulas perianais e a maioria deles tem a doença localizada no íleo terminal. Não se sabe porque isso acontece. Em outros pacientes as estenoses produzem pouca obstrução. Elas são uma das múltiplas manifestações de atividade da doença de Crohn.

Por que as fístulas aparecem sempre nos mesmos lugares do corpo que já apareceram outras vezes?

Em geral, o caminho clínico da doença é o mesmo no paciente e isso independe do tempo que ele manifesta esse diagnóstico. Os pacientes que têm fístulas perianais, em geral as desenvolvem na mesma região.

Quem tem fístulas perianais pode vir a ter fístulas na barriga ou em outras partes do corpo e vice versa?

Em termos gerais, a doença de Crohn pode ser inflamatória, estenosante e fistulante e, repito, o caminho dessa doença tende a ser consistente conforme o tempo passa. Se um paciente tem fístulas perianais, ele tem predisposição para formação de fístulas entero-cutâneas.

Dra. Elena Fosmam, da Associação de Colite e Crohn do Uruguai e Dr. Aaron Brzezinski, The Cleveland Clinic Foundation, EUA.

Há casos em que é necessário fazer uma cirurgia para fechar uma fístula? Por que?

Nos pacientes que têm estenose as fístulas não fecham até que a estenose intestinal seja corrigida. O mesmo acontece quando há infecção localizada. Uma intervenção cirúrgica é feita dependendo da localização da inflamação, da resposta ao tratamento médico e dos sintomas que são conseqüência da lesão. Por exemplo, se um paciente tem uma fístula no estômago e no cólon, os alimentos não passam para o intestino delgado e o paciente tem diarréia e uma má absorção intestinal. Outro exemplo de fístula que requer cirurgia é a que ocorre entre o intestino e o trato urinário do paciente, porque nesses casos existem infecções decorrentes das

vias urinárias. Outra indicação ainda é a presença de lesões pré-cancerosas ou a presença de câncer.

Quantas fístulas um paciente pode chegar a ter ao mesmo tempo?

Existe uma condição que em inglês chamamos "watering pot perinium" que acontece com pacientes que manifestam dezenas de fístulas perianais pequenas. A severidade das fístulas depende da localização e da presença de infecções ou de sintomas que estão associados a elas. Lembro-me de um paciente que tinha fístulas no escroto e na uretra e manifestava dor e infecções testiculares e urinárias severas.

É perigoso tomar banho de piscina ou de mar quando o paciente está com fístulas?

De maneira geral não há problema, pois quando as fístulas estão drenando a infecção não penetra. Em relação às outras pessoas, se a água estiver com bastante cloro não há perigo de infectá-las.

A Doença Inflamatória Intestinal afeta freqüentemente mulheres jovens. O senhor recomenda algum cuidado especial ou faz alguma restrição àquelas que desejam engravidar? Se a gravidez se confirmar, quais são os riscos que a paciente pode correr em relação à doença de que é portadora? E como isso pode afetar o bebê?

O momento ideal para uma paciente engravidar é quando ela está num período de remissão dos sintomas. Mas existem condições em que é melhor fazer uma cirurgia eletiva antes da gravidez. Se a paciente tem estenose, por exemplo, é melhor ela operar antes que engravide porque se ocorrer uma perfuração ou obstrução durante o período de gestação a vida dela e do bebê correrão perigo. Outro aspecto a se considerar é o uso de medicamentos. A maioria dos usados para doenças inflamatórias intestinais não deve ser ingerida durante a gravidez. As principais drogas a serem evitadas são o metotrexate, que é altamente teratogênico e alguns antibióticos como o tetraciclina, que comprometem o desenvolvimento de ossos e dentes do bebê. A sulfassalazina diminui a produção e a mobilidade dos espermetozóides e é uma causa secundária de esterilidade, embora este efeito seja reversível após a suspensão do medicamento.

Há controvérsias quanto ao uso da Azatioprina e da 6-Mercaptopurina, apesar de algumas mulheres precisarem usar alguns desses medicamentos para ter um período maior de remissão dos sintomas durante a gravidez. Há medicamentos que precisam ser suspensos quatro semanas antes do parto para diminuir o risco de infecção no recém-nascido. As pacientes não devem utilizar-se deles nem no período de amamentação. Quanto ao parto, se o bebê for grande ou estiver em posição que requeira o uso de fórceps é melhor fazer cesárea para evitar o risco de prejudicar os esfíncteres anais e o paciente desenvolver uma incontinência anal. Geralmente eu recomendo que as mulheres grávidas sejam acompanhadas por especialistas em gravidez de alto risco.

Uma mulher grávida que têm Crohn ou colite ulcerativa corre mais riscos de entrar em crise da doença do que uma mulher que não está grávida?

Sim, o risco de crise é de 20% a 30% maior.

Como uma crise forte da doença durante a gravidez pode afetar o bebê?

Depende da severidade dos sintomas e do tempo que a paciente levar para iniciar o tratamento. Quando uma paciente grávida tem sintomas de atividade, é importante excluir infecções que podem piorar a doença intestinal e iniciar um tratamento intensivo. O uso de corticóides é seguro durante a gravidez, mas as pacientes com atividade severa devem ser hospitalizadas e acompanhadas por uma equipe multidisciplinar de médicos que inclua um gastroenterologista, um cirurgião coloretal, um obstetra de alto risco e um médico especialista em recém-nascidos. Os bebês costumam nascer menores que os bebês de mulheres que não tem essas doenças.

Azulfin
Sulfasalazina

SULFASALAZINA COM 60 COMPRIMIDOS REVESTIDOS GASTRO-RESISTENTES.

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

Melhora a qualidade de vida do seu paciente com um custo bem menor.[1,2]

AZULFIN
(sulfasalazina)

FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÕES Comprimido revestido gastro-resistente de 500 mg - Caixas com 60 comprimidos **USO ADULTO 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 reumatóide e espondilite anquilosante. **CONTRA-INDICAÇÕES** Hipersenbilidade à sulfasalazina, seus metabólitos, sulfonamidas ou salicilatos. Em crianças abaixo de dois 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. **ADVERTÊNCIAS** Em pacientes com dano hepático ou renal ou, com discrasias sanguíneas. Mortes associadas ao uso de sulfasalazina foram reportadas em relação a reações de hipersensibilidade, agranulocitose, anemia aplástca, outras discrasias sanguíneas, dano renal ou hepático, alterações musculares irreversíveis ou do SNC e alveolite fibrosa. Contagem sanguínea completa tanto quanto análise de urina com exame microscópico cuidadoso, devem ser realizados frequentemente nos pacientes em tratamento com AZULFIN. Oligospermia e infertilidade foram observadas em homens em tratamento com sulfasalazina. A interrupção do uso da droga parece reverter estes efeitos. **PRECAUÇÕES Gerais** Em pacientes com alergia severa ou asma bronquial. Deve ser mantida a administração adequada de líquidos de modo a prevenir a cristalúria e a formação de cálculos. Em pacientes com deficiência de glicose-6 fosfato desidrogenase. O medicamento deve ser descontinuado imediatamente caso ocorram reações tóxicas ou hipersensibilidade. Nos casos isolados em que comprimidos de AZULFIN não se desintegrarem e forem expelidos inteiros, a administração dos comprimidos revestidos deve ser interrompida imediatamente. **Gravidez** O produto só deve ser usado nesses casos se a avaliação médica concluir que é absolutamente necessário. **Amamentação** 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. **Exames de laboratório** O progresso da doença durante o tratamento deve ser avaliado por critérios clínicos, incluindo a presença de febre, alteração de peso, grau e frequência da diarréia e sangramento, tanto quanto por sigmoidoscopia e avaliação das amostras por biópsia. Pacientes em tratamento com AZULFIN devem ser submetidos com frequência à contagem sanguínea completa e análise de urina com exame microscópio cuidadoso. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS** Foram relatadas diminuição da absorção de ácido fólico e de digoxina quando administradas concomitantemente com sulfasalazina. **REAÇÕES ADVERSAS E ALTERAÇÕES DE EXAMES LABORATORIAIS** 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. As reações adversas menos frequentes são: rash cutâneo, prurído, urticária, febre, Heinz body anemia, anemia hemolítica e cianose, que podem ocorrer numa frequência de um para cada 30 pacientes ou menos. Reações que podem ocorrer raramente, em cerca de 1: 1000 pacientes, são: Discrasias sanguíneas, reações de hipersensibilidade, reações gastrointestinais, reações do SNC, reações renais. Raramente, pode ocorrer bócio, diurese e hipoglicemia em pacientes recebendo sulfonamidas. Pode ocorrer sensibilidade cruzada com estes agentes. Os ratos parecem ser especialmente suscentíveis aos efeitos bociogênicos das sulfonamidas e a administração prolongada produziu malignidade da tireóide nestas espécies. **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 A resposta ao tratamento e os ajustes da dosagem devem ser determinados através de exames periódicos. Geralmente é necessário continuar a administração, mesmo quando os sintomas clínicos, incluindo diarréia, já estiverem controlados. Quando o exame endoscópico confirmar uma melhora satisfatória a dosagem é reduzida ao nível de manutenção. Se a diarréia ocorrer, a dosagem deve ser elevada para os níveis efetivos anteriores. Se os sintomas ocorrerem após os primeiros dias de tratamento, serão devidos provavelmente ao aumento dos níveis plasmáticos totais de sulfapiridina, e podem ser aliviados com a administração da metade da dose, a qual pode ser aumentada gradualmente após alguns dias. Se os sintomas persistem, a droga deve ser descontinuada por cinco a sete dias, reinstituindo-se o tratamento com a menor dose diária. **DOSE LIMITE:** Para adultos é de 12 g/dia ou 500 mg a cada hora. **Reg MS: 1.0118.0124. Venda sob prescrição médica.**

STUDIONOVE

apsen

apsen
Apsen e Teleton
Unidos pela solidariedade
Parte da renda da Apsen é destinada ao Projeto Teleton, transformando lucro em cidadania

CENTRO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
0800 16 5678
LIGAÇÃO GRATUITA
infomed@apsen.com.br
www.apsen.com.br
apsen

1) Hogezand RA, Bemelman WA. Management of recurrent Crohn's disease. Netherlands Journal of Medicine. 53 (1998). S32-S38.
2) Revista ABC FARMA junho/2003.

Garota esperta

Ela está sempre prevenida e não acha a colite um bicho de sete cabeças

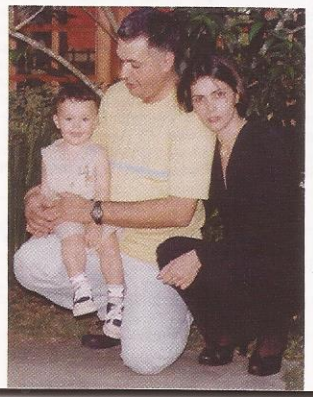
Patrícia Barbosa Silveira é, como dizem os adolescentes, desencanada! Há dois anos, esta linda paulista de Ribeirão Preto descobriu que é portadora de colite ulcerativa. Os primeiros sintomas – diarréia com sangramento e dores no abdome – começaram quando tinha 11 anos (hoje está com 15). Na época passou por oito médicos, mas nenhum deles conseguiu identificar seu problema, que, naturalmente, só piorou. Tempos depois, uma anemia a obrigou a ficar 15 dias internada (no hospital Beneficência Portuguesa, em São Paulo) para tomar sangue. Ao fazer os exames de praxe, incluindo uma colonoscopia, recebeu seu diagnóstico.

"Todos lá em casa ficaram bastante assustados, pois ninguém nunca tinha ouvido falar da doença", conta Patrícia, que é filha de um casal de advogados (tem um irmão de 20 anos e uma irmã de 13), está no segundo colegial e pretende fazer faculdade de Medicina. "Eu achei que nunca mais sairia de casa." Para sua sorte, sua doença está sob controle (ela toma apenas um comprimido diário de 50 mg de Purinethol) e as crises são esporádicas e rápidas. "Elas acontecem mais na época de provas da escola", diz sua mãe, Ana. Nestes períodos, a jovem cuida um pouco mais da sua alimentação. De resto, leva a vida como todo jovem da sua idade – inclusive com as variações de humor que eles têm. Além da escola e de um curso de inglês, Patrícia treina vôlei com o time do Sion, colégio em que estuda. Mas as duas coisas que mais gosta de fazer são tocar guitarra elétrica e ficar com o namorado, Eduardo, de 17 anos. Os dois estudam e tocam violão juntos e ele a ajuda a controlar o que pode e não pode comer.

Na escola, nem os professores nem os colegas de classe estranham o número de vezes que Patrícia sai da sala para ir ao banheiro. Todos sabem da sua doença. Ela, por sua vez, aprendeu a conviver realmente bem com o problema. Não esconde de ninguém e carrega sempre na mochila uma troca de roupa para o caso de um acidente de percurso. "Eu não quero saber de passar apuros como o de alguns anos atrás, quando tive uma crise de diarréia, num parque da Disney, e precisei comprar uma roupa", lembra Patrícia. "Minha colite não é mais um bicho de sete cabeças."

Enfim, a volta por cima

Além do calvário para descobrir o Crohn, a doença lhe tirou um filho



Na véspera de Natal do ano passado, Luiza Cristina Giordano, 31 anos, soube, enfim, qual a verdadeira razão de todos os momentos de

A escolha pelo conforto com preço econômico

- Comodidade posológica[1]
- Tolerabilidade[2]
- Diversidade de apresentações e adequação da dose[1]
- Menor custo de tratamento entre as Mesalazinas[3]

MESACOL® MESALAZINA

MESACOL® - Mesalazina - Registro MS - 1.0639.0200 - **Uso adulto - Apresentações e composição - Comprimidos:** Embalagens com 30 comprimidos revestidos, contendo 400 mg de mesacol; embalagens com 30 comprimidos revestidos, contendo 800 mg de mesacol. Cada comprimido contém lactose, amidoglicolato de sódio, estearato de magnésio, talco, polividona, sílica anidra coloidal, ácido metacrílico copolímero tipo B, dibutilftalato, óxido de ferro amarelo, óxido de ferro vermelho e polietilenoglicol 6000. Supositórios: Embalagens com 10 supositórios, contendo 250 mg de mesacol; embalagens com 10 supositórios, contendo 500 mg de mesacol. Cada supositório contém mistura de glicérides de ácidos graxos saturados. Indicações: Mesacol está indicado como antiinflamatório de ação local no tratamento de doenças inflamatórias intestinais na fase aguda e na prevenção ou redução das recidivas destas enfermidades: retocolite ulcerativa inespecífica - RCUI - (tanto a colite como a proctite ulcerativa) e doença de Crohn. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade a salicilatos e aos componentes da fórmula de Mesacol comprimido ou supositório. Insuficiências hepática e renal graves, com uma taxa de filtração glomerular menor que 20 ml/min, úlcera gástrica e duodenal ativa; tendência elevada a sangramento. Crianças abaixo de 2 anos. **Precauções e advertências:** Assim como todos os salicilatos, a mesalazina deve ser utilizada com cautela em pacientes com úlceras gástricas ou duodenais e por pacientes asmáticos (em função das reações de hipersensibilidade). Mesacol não é recomendado para os pacientes com a função renal prejudicada e deve-se ter cautela com pacientes cujos níveis sangüíneos de uréia ou proteinúria estejam aumentados. A mesalazina é rapidamente excretada pelos rins, principalmente o seu metabólito ácido N-acetil-5-aminosalicílico. Em ratos, altas doses da mesalazina, administradas por via IV, causaram toxicidade tubular e glomerular. Em caso de aparecimento de disfunção renal durante o tratamento deve-se suspeitar de nefrotoxicidade induzida pela mesalazina. Nestes casos é recomendado monitorar a função renal, especialmente no início do tratamento. Durante tratamento prolongado, é também necessário monitorar regularmente a função renal (creatinina sérica). O produto, a princípio, não deve ser empregado em gestantes e lactantes, exceto quando absolutamente necessário. O risco teórico de kernicterus relacionado à sulfapiridina (parte da molécula da sulfassalazina) é evitado com Mesacol. Estudos pré-clínicos não revelaram evidência de efeitos teratogênicos ou de toxicidade fetal oriundos da mesalazina. A pequena experiência de uso da mesalazina durante a gravidez não mostrou efeito prejudicial ao feto; entretanto, a mesalazina deve ser usada com cautela durante a gravidez e somente quando os benefícios para a mãe forem superiores aos riscos potenciais ao feto. Baixas concentrações de mesalazina e de seu metabólito N-acetilado foram detectadas no leite materno, mas o significado clínico desta evidência ainda não foi determinado. Portanto, deve-se ter cautela na administração da mesalazina à lactantes. Ainda não está estabelecida a segurança do produto em crianças. O produto contém lactose e deve ser evitado por pacientes com intolerância a esta substância. A diminuição da contagem e função dos espermatozóides observada com a sulfassalazina parece não estar associada à mesalazina. **Interações medicamentosas:** A ação hipoglicemiante das sulfoniluréias pode ser intensificada, assim como a hemorragia gastrointestinal causada por cumarínicos. A administração oral da mesalazina pode potencializar a toxicidade do metotrexato. O efeito uricosúrico da probenecida e sulfimpirazona pode ser diminuído, assim como a ação diurética da furosemida e da espironolactona. A ação tuberculostática da rifampicina também pode ser diminuída. Em tese, a administração concomitante de anticoagulantes orais deve ser feita com cautela. Substâncias como a lactulose, que diminuem o pH do cólon, podem reduzir a liberação da mesalazina dos comprimidos revestidos de Mesacol. Reações adversas: As reações adversas ocorrem em uma pequena proporção de pacientes que, previamente, não toleraram a sulfassalazina. Essas reações podem ocorrer na forma de náuseas, diarréia, vômitos, dor abdominal, cefaléia e flutuações do humor. Têm sido relatadas reações de hipersensibilidade, como exantema alérgico, febre, broncoespasmo, lúpus eritematoso, rashes e artralgia. Estes efeitos ocorrem independentemente da dose administrada. Pode haver aumento dos níveis de metahemoglobina. Mesacol pode estar associado com a exacerbação dos sintomas da colite nos pacientes que tiveram previamente problemas com a sulfassalazina. Foram relatados casos de pancreatite, miocardite, pericardite, nefrite intersticial, síndrome nefrótica e insuficiência renal com o tratamento por via oral; geralmente estes sintomas regridem com a suspensão do tratamento. Há raros relatos de reações alérgicas pulmonares, pneumonia eosinofílica, hepatite e discrasias sangüíneas, tais como leucopenia, neutropenia, trombocitopenia e anemia aplástica. **Posologia e modo de usar - Comprimido:** A dose recomendada para adultos é de 800 – 2.400 mg por dia, igualmente dividida a critério médico na dependência da gravidade do caso. Nos casos mais graves a posologia pode ser aumentada para 4.800 mg ao dia. De forma geral recomenda-se as seguintes posologias para adultos em doses divididas diariamente: Colite ulcerativa - Indução da remissão: dose de 2.400 – 4.800 mg. - Manutenção da remissão: dose de 1.200 – 2.400 mg, podendo ser aumentada para 4.800 mg. Doença de Crohn: - Manutenção da remissão: dose de 2.400 mg. Os comprimidos não devem ser mastigados, mas sim ingeridos inteiros, com um pouco de líquido. Não há dose recomendada para crianças. Supositório de 250 e 500 mg: Os supositórios são utilizados para tratamento da proctite e da proctosigmoidite. A dose recomendada para adultos é de 1–2 supositórios de 500 mg ou 2 a 4 de 250 mg, até 3 vezes ao dia, após a defecação. A dose depende da gravidade da doença, e pode ser diminuída assim que houver melhora dos sintomas. Na colite ulcerativa grave generalizada, afetando o reto ou retosigmóide, e em casos de resposta lenta à terapia oral, recomenda-se 1–2 supositórios de 500 mg. pela manhã e à noite, como adjunto da terapia oral. Não há dose recomendada para crianças. Com a remissão da sintomatologia clínica, preconiza-se como dose de manutenção, um supositório de 250 mg ao dia, em dias alternados, ou mais espaçadamente. Conduta na superdose e uso em pacientes idosos: Em vista das propriedades farmacocinéticas da mesalazina, não são esperados efeitos tóxicos diretos, mesmo após a ingestão de grande quantidade da substância. Contudo, há falta de dados clínicos sobre superdose com a mesalazina. Deve-se ter cautela, considerando-se os possíveis efeitos adversos gastrointestinais. No caso de superdose podem ocorrer os mesmos sintomas relacionados à intoxicação por salicilatos, tais como: acidose ou alcalose, hiperventilação, edema pulmonar, desidratação por transpiração excessiva e vômito, hipoglicemia, distúrbios do SNC e hipotermia. Neste caso, o tratamento deve ser sintomático como restauração do equilíbrio ácido-básico, hidratação do paciente e administração de glicose. Na eventualidade da administração acidental de doses muito acima das preconizadas recomenda-se lavagem gástrica e administração intravenosa de eletrólitos para promover a diurese. Não há antídoto específico. Mesacol deve ser administrado com cautela em pacientes idosos (acima de 65 anos). **PRODUTO DE USO SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. AO PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

Referências Bibliográficas

(1). Bula do produto. **(2)**. Prakash A;Markham A. Oral delayed-release mesalazine. A review of its use en Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. Drugs 1999;57(3):383-408.. **(3)**. Revista Farm. Kairos Março/2004 PMC 18%.

EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE

SAC 0800-7710345

www.altanapharma.com.br

ALTANA Pharma Ltda. é o novo nome da Byk Química e Farmacêutica Ltda. Rua do Estilo Barroco, 721, CEP 04709-011, São Paulo, SP.
Maiores informações poderão ser obtidas diretamente com o nosso departamento médico ou por meio de nossos representantes.

ALTANA

ALTANA Pharma Ltda.

dor, desânimo e tristeza pelos quais passou na vida: ela tem doença de Crohn. Assim como 99% dos portadores de Crohn, até receber o diagnóstico correto Luiza teve que suportar todos aqueles sintomas horrorosos e pular de médico em médico sem encontrar algum que descobrisse o que ela tinha e soubesse tratar. Mas sua história, infelizmente, é mais triste: o Crohn lhe tirou um filho. O pesadelo da moça começou com uma cirurgia para tratar de uma fissura anal, em 1995. Depois vieram as diarréias, as febres altas, o sangramento, o emagrecimento... "Eram tantos sintomas que eu logo fui taxada de hipocondríaca", diz Luiza, casada e mãe de um menino de 4 anos. "Tinha gente que me perguntava com ironia: 'em que médico você vai hoje'"?

Na gravidez do seu segundo filho, no segundo semestre de 2001, Luiza foi hospitalizada várias vezes por conta das dores que sentia. Na época ninguém sabia o que ela tinha. Em 18 de fevereiro de 2002 sua filha nasceu, com apenas seis meses de gestação. E pior: nasceu contaminada pela infecção da mãe. Mãe e filha começaram uma dura luta pela vida. Luiza estava com um terrível quadro de infecção generalizada – teve que fazer uma histerectomia (retirada dos órgãos femininos de reprodução), que lhe impediria para sempre de ter mais filhos, e mais quatro cirurgias para tirar pus do abdome. Depois de 47 dias de UTI, enfim, se recuperou. Mas sua filha recém-nascida resistiu apenas dois meses. Após duas septicemias, morreu de pneumonia e falência múltipla dos órgãos.

Em agosto de 2003, Luiza estava trabalhando num evento em Florianópolis (ela é diretora de Marketing de uma empresa fabricante de equipamentos odontomédicos), quando teve uma suboclusão intestinal. Retornou à Taubaté, onde mora, e foi direto para o hospital. Uma videolaparoscopia fez o médico desconfiar de doença de Crohn. A colonoscopia não confirmou a suspeita, mas um exame de trânsito intestinal apontou o Crohn. Luiza procurou um especialista em São Paulo e passou a tratar corretamente da sua doença (toma Pentasa, Meticorten, Pantozol e Purinethol). "Obedeço rigorosamente às orientações do meu médico", diz ela. "Graças a Deus estou bem e levo a minha vida normalmente."

Dr. Luciano Nascimento Saporiti (Diretor Regional) e Priscila Martins Ballester (Secretária)

Mais uma para a nossa conta

A ABCD inaugura mais uma filial, desta vez em Florianópolis, SC

1, 2 e... 3: a ABCD, a Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn, que tem sede em São Paulo e acabou de completar cinco anos de fundação, cresceu mais um pouco com a inauguração da sua terceira filial. Depois de Curitiba e de Porto Alegre, agora foi a vez da cidade de Florianópolis, em Santa Catarina, também acolher uma filial da Associação, com todos os serviços que usualmente são prestados aos associados. "Nós já avisamos todos os moradores dessa região que estavam cadastrados em São Paulo que agora há uma filial pertinho deles", diz o Dr. Luciano Nascimento Saporiti, médico gastroenterologista responsável pela nova filial e que trabalha no Hospital Governador Celso Ramos e no Instituto de Medicina do Sistema Digestivo. "Também os consultamos sobre quais serviços gostariam de ter aqui a partir da sua inauguração." O que mais os pacientes querem é poder assistir a palestras sobre doença inflamatória intestinal para conhecer melhor o problema. Assim como suas irmãs, o principal objetivo da nova filial é difundir a existência do Crohn e da colite ulcerativa e esclarecer dúvidas sobre seus sintomas e tratamentos. "Ajudar os pacientes a conseguir medicamentos mais baratos também faz parte das nossas prioridades", afirma o Dr. Saporiti. A nova filial fica no Km 4 da Rodovia SC 401 - o telefone é (48) 231-0316. Durante a semana, das 11h às 17h, sempre haverá uma secretária para passar informações aos interessados.

Aguarde na próxima edição, informações sobre a filial que será inaugurada no bairro de Botafogo, no Rio de Janeiro.

Benefiber. A nossa fibra não tem cheiro, não tem cor, não tem gosto. Mas tem base científica.

Estudos científicos comprovam que a Goma Guar Parcialmente Hidrolisada, entre todas as fibras, é a que apresenta a maior eficácia na regularização do funcionamento intestinal. Benefiber é a fibra solúvel à base de Goma Guar Parcialmente Hidrolisada, sem cheiro, sem cor e sem gosto de fibra. Pode ser adicionado a qualquer tipo de alimento, quente ou frio, não alterando o sabor ou a textura. Benefiber não é laxante, podendo ser usado tanto na prisão de ventre quanto na diarréia, regulando o trânsito e normalizando a flora intestinal.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA
APROVADO
SBC-FUNCOR

RESOURCE
Benefiber
suplemento de *FIBRA* solúvel

SIC
Serviço de Informações ao Cliente
0800-236776
Ligação Gratuita

À venda nas redes de farmácias e drogarias.

e-mail: sicmnutrition.brsp@ch.novartis.com

NOVARTIS

NOVARTIS BIOCIÊNCIAS S.A.
Av. Prof. Vicente Rao, 90
São Paulo - SP - CEP 04706-900
Caixa Postal 21.460 - ® = Marca registrada
CNPJ - 56 994 502/0001-30
e-mail - sicmnutrition.brsp@ch.novartis.com

Dra. Angelita Gama, presidene da Abrapreci

Visite o site da ABRAPRECI:
http://www.abrapreci.org

Assembléia inaugural da fundação da Abrapreci, no Centro de Convenções Rebouças, em São Paulo, em 1 de maio de 2004

Linha Direta 0800 772 4656 - Ligação Gratuita

Nós, dos Laboratórios Ferring LTDA, estamos preocupados em fornecer a maior quantidade de informações aos pacientes que estão em tratamento com nossa medicação PENTASA, dando o melhor suporte para que todas as dúvidas possam ser esclarecidas. Estamos disponíveis em nosso Serviço de Atendimento ao Cliente - SAC Ferring **0800 772 4656**. Como este medicamento se encontra disponível para a dispensação gratuita através do governo e das Secretarias de Saúde dos Estados, você poderá encontrar aqui, informações úteis de como conseguir PENTASA em todo o Brasil. Entre em contato conosco e teremos o maior prazer em ajudá-lo. Este é o nosso trabalho. Esta é a nossa missão por você.

Laboratórios Ferring Ltda - Praça São Marcos, 624 - 1° andar - CEP 05455-050 - São Paulo - SP - www.ferring.com - e-mail: adm@ferring.com.br

FERRING
PHARMACEUTICALS

Modulen IBD.

A fórmula mais eficiente para melhorar a nutrição na doença inflamatória intestinal.

*Tem uma formulação com **ótimo sabor**.*

Só Modulen IBD tem:

- ***Resultados comprovados na doença de Crohn.***
- ***Melhor recuperação de peso.***
- ***Remissão clínica e nutricional mais duradoura.***
- ***Sabor delicioso.***

Para mais informações,
acesse o site **www.nestle.com.br/nutricaoclinica** ou consulte o Serviço de Informação ao Consumidor: **0800-7702461**.

Nestlé
NUTRIÇÃO