Entrevista: segundo um especialista belga, a origem da DII está sendo descoberta gradualmente

ABCD em FOCO

www.abcd.org.br

Revista da Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn

Ano VI
nº 22
Inverno
2005

Células-tronco

O que são e como elas podem melhorar a vida de quem tem Crohn ou Colite

Injeções de Remicade para tratar fístulas perianais (De olho no íleo); uma baita lição de vida (Minha história)

A ABCD agradece
o permanente
apoio dos
Sócios Corporativos:

Diamante

Nestlé Modulen IBD

Schering-Plough

Platina

ALTANA
ALTANA Pharma Ltda.

AstraZeneca
GASTROINTESTINAL

Ouro

NOVARTIS

Edição quente

Inverno chegando, época de frio. A **ABCD em Foco**, porém, está com matérias quentíssimas nesta edição. A de capa, aliás, é sobre um tema atual, polêmico e que traz grandes discussões, dúvidas e curiosidade: células-tronco!!! Todo mundo já ouviu falar ou leu a respeito, mas poucos realmente entenderam do que se trata. Pois aí está uma ótima oportunidade para se inteirar deste assunto e saber como ele pode melhorar a vida das pessoas.

Não deixem também de ler a matéria sobre dilatação de estenose com balão e a imperdível entrevista com o Dr. Gert Van Assche, um dos grandes pesquisadores internacionais, que traz grandes novidades para você.

A página da comunidade virtual também está sensacional. Lá, o leitor poderá ver notícias que são atualizadas quase diariamente, e é onde há um canal direto para sugestões de temas e discussões para as próximas revistas. Não deixe de visitar o endereço http://cvdii.bireme.br e fazer seu cadastro gratuitamente.

Como sempre, desejo a todos uma leitura proveitosa e me despeço com uma frase para reflexão, deixando política, futebol e violência fora da nossa mente:

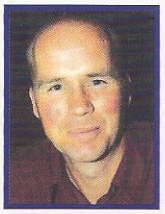
"The future belongs to those who believe in the beauty of their dreams".
O futuro pertence aqueles que acreditam na beleza de seus sonhos
Eleanor Roosevelt

Flavio Steinwurz

Sumário

Matéria de capa
A espera de um milagre
Sim, as células-tronco também podem melhorar a vida de quem tem Crohn ou colite. Já há casos que sinalizam um bom resultado 4

Entrevista do mês
A caminho da cura
Um médico belga superespecialista em DII diz que gradualmente a origem da doença está sendo descoberta, e isto poderá levar à sua cura 10



De olho no íleo
Dilatação endoscópica por balão é eficaz em pacientes com estenose 14

Injeções locais de Infliximabe para tratar fístulas perianais 14

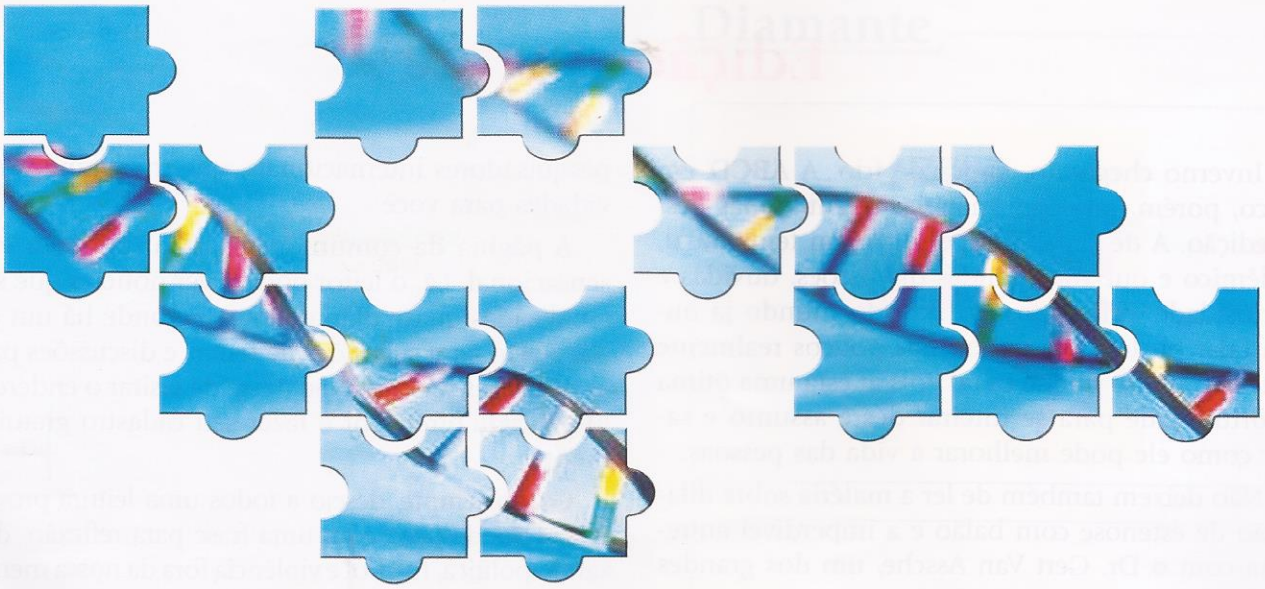
Coluna do cólon
O que é novidade lá fora nem sempre é novo aqui 15

Minha história
Como é crescer com o Crohn
Conheça a história de Thereza, que tem Crohn desde bebê 16

A boa comida – Dicas
Cardápio fácil e saboroso
Receitas para tempos de paz 18

Filiais
Um guarda-chuva maior
A ABCD cresce sem parar e abre a sétima filial 20

ABCD em festa. 22



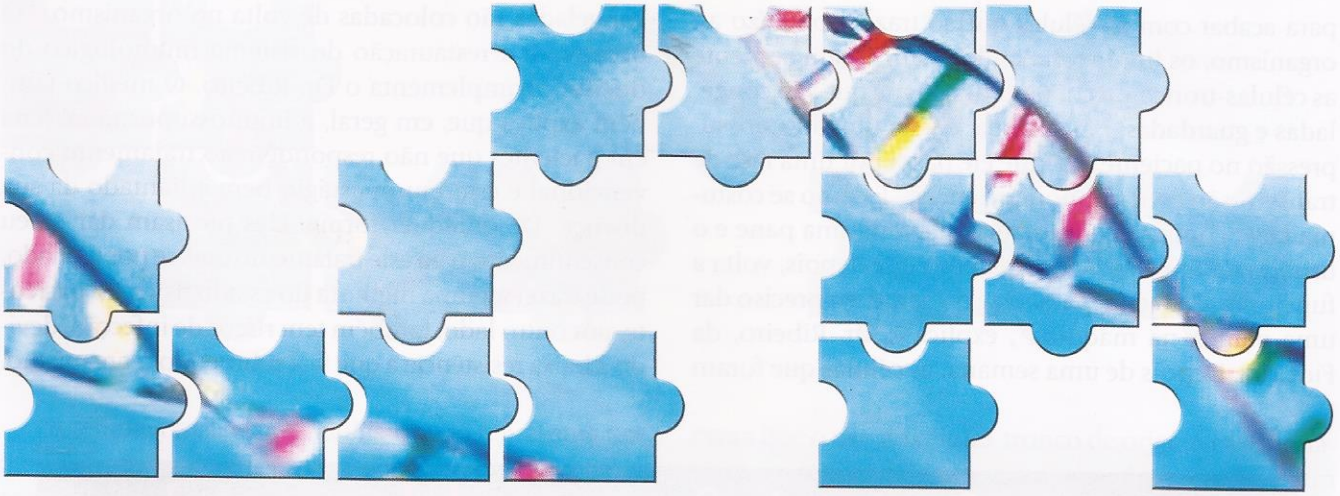
A espera de um milagre

Sim, as células-tronco também podem melhorar a vida de quem tem Crohn ou Colite. Já há casos que sinalizam um bom resultado

Por Valquíria Sganzerla

É fácil imaginar que o portador de uma doença crônica esteja entusiasmado com as notícias sobre células-tronco que têm ocupado espaço na imprensa nos últimos meses. "É aprovada a Lei de Biossegurança autorizando a utilização de embriões humanos para pesquisas com células-tronco", foi a chamada publicada nos jornais brasileiros no último dia 2 de março. "Cegos recuperam a visão com células-tronco", outra notícia sobre este procedimento usado com sucesso na Inglaterra em sete pacientes. E ainda, "Células-tronco deve evitar amputação", a respeito de um morador de Campo Grande, no Mato Grosso, que sofreu uma trombose e fez um transplante de células-tronco num hospital em São José do Rio Preto, no interior de São Paulo, para tentar evitar que os médicos lhe tirassem parte da perna, na altura do joelho.

As novidades não param por aí. Praticamente todos os dias se lê ou se ouve uma nova informação sobre essa conquista científica e é difícil para qualquer pessoa ficar indiferente ao que está acontecendo. O termo "células-tronco", que pouco tempo atrás (menos de três anos) era puramente científico, parece que hoje já se tornou familiar à maioria das pessoas. É verdade que explicar o que são as células-tronco e para que servem, é uma outra



história (veja Box). Para entender o seu significado e digerir completamente o assunto, é preciso dispor de um tempo maior do que a leitura do jornal. Mas, pode-se arriscar que os pacientes de doenças auto-imunes, como as inflamatórias intestinais, estão prontos e preparados para advogar em causa própria. Eles podem não saber exatamente qual procedimento seria feito no seu caso, mas que eles querem ser os primeiros da fila para se livrar do fardo de ter uma doença crônica, ah!, isso a grande maioria deles quer, com toda a certeza.

Porém, a pergunta que está no ar é: vai ser possível um paciente se curar de uma doença crônica fazendo um transplante com células-tronco? "A descoberta de células do organismo humano com capacidade de se multiplicar e de formar novas células especializadas tem causado uma revolução na medicina e trazido novas esperanças para portadores de doenças crônico-degenerativas para as quais não se dispõe de terapias eficazes" diz o Dr. Ricardo Ribeiro dos Santos, médico e imunologista, pesquisador titular do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), na Bahia, e Coordenador do Instituto do Milênio de Bioengenharia Tecidual (IMBT). Este Instituto, que é virtual e foi financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, tem como objetivo o estabelecimento no Brasil de capacitação científica e tecnológica para introduzir e desenvolver a medicina regenerativa, que visa o tratamento de pacientes com doenças crônico-degenerativas e traumáticas através de terapias celulares ou teciduais. Resumindo, trata-se de um Instituto que integra todas as pesquisas com células-tronco. "Já temos feito grupos de pacientes com doenças auto-imunes de alta agressão, como diabetes tipo 1, esclerose múltipla e lupus, cujo organismo começa a criar uma resposta imunológica contra suas próprias substâncias", explica o Dr. Ricardo.

Essa auto-agressão também vale para os pacientes que têm Crohn ou colite ulcerativa? Eles também poderão fazer um transplante com células-tronco? Há médicos apostando que sim, pelo menos no caso dos portadores da doença de Crohn. No Departamento de Medicina da Universidade de Chicago, nos Estados Unidos, foi realizado um estudo envolvendo 12 pacientes de Crohn, com menos de 60 anos, que já não respondiam ao tratamento convencional da doença, incluindo o uso do Infliximabe (o Remicade). O grupo fez o transplante com células-tronco e 11 pacientes tiveram remissão dos sintomas por 18 meses (a notícia informando este prazo foi publicada na edição de março deste ano, da revista Gastroenterology). Somente um deles entrou numa nova crise do Crohn e, mesmo assim, um ano e três meses depois de ter feito o transplante. "A maior experiência que tem no mundo envolvendo pacientes com Crohn é a desse grupo americano de médicos", diz o Prof. Dr. Júlio Cesar Voltarelli, do Hemocentro Regional e Unida de de Transplante de Medula Óssea da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que já está fazendo uso de células-tronco em pacientes com doenças reumáticas, esclerose múltipla e diabetes tipo I. "Nós também temos planos de fazer com pacientes com Crohn, mas ainda não fizemos", diz o Dr. Voltarelli.

Tanto no método utilizado nos Estados Unidos quanto nos procedimentos que já foram realizados no Brasil, o transplante de células-tronco se inicia com a retirada da medula do paciente, de onde também são retiradas as células que são auto-reativas. Há anticorpos específicos

para acabar com as células que só trazem prejuízo ao organismo, os linfócitos. Sendo assim, ficam somente as células-tronco precursoras de sangue que são congeladas e guardadas. Em seguida, é feita uma imunossupressão no paciente, em que ele passa por uma fase de transgressão com imunodeficiência. "É como se costuma fazer com um computador que tem uma pane e o usuário dá um "boot" no aparelho que depois, volta a funcionar. Para eu reparar este paciente, eu preciso dar uma parada na máquina", explica o Dr. Ribeiro, da FioCruz. Depois de uma semana, as células que foram congeladas são colocadas de volta no organismo. "O objetivo é a restauração do sistema imunológico do doente", complementa o Dr. Ribeiro. O médico também explica que, em geral, a imunossupressão é feita em pacientes que não respondem ao tratamento convencional e estão num estágio bem adiantado da sua doença. De qualquer forma, eles precisam dar o seu consentimento para este tratamento que, se por um lado, pode trazer alguma melhora no estado físico do paciente, por outro lado, também tem riscos de infecção, devido à baixa resistência a que fica submetido o organismo.

O que são e onde ficam as células-tronco?

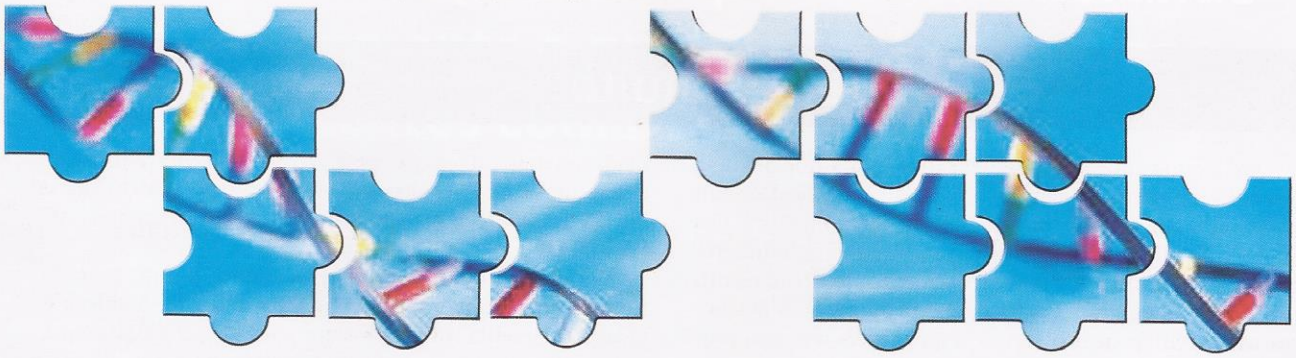
O nosso corpo é formado por cerca de 300 trilhões de células e as células-tronco são um tipo de célula que pode se diferenciar e constituir diferentes tecidos no organismo. Na verdade, as células-tronco funcionam como curingas, ou seja, teriam a função de ajudar no reparo de uma lesão. Esta é uma capacidade especial porque as demais células geralmente só podem fazer parte de um tecido específico (células de pele, por exemplo, só podem constituir a pele). As células-tronco da medula óssea, em especial, têm uma função importante que é regenerar o sangue porque as células sanguíneas se renovam constantemente. Para retirar as células-tronco, os médicos preferem fazer uma incisão em ossos esponjosos que dão mais facilidade de acesso a elas. Por exemplo, o osso da bacia, por onde se chega através de uma incisão no quadril do paciente, ou o osso chamado de externo, que fica bem na frente do tórax segurando as costelas. A maior limitação quanto ao uso de células da própria pessoa é que elas não serviriam para portadores de doenças genéticas, pois o defeito está presente em todas as células desta pessoa. Outra capacidade especial das células-tronco é a auto-replicação, ou seja, elas podem gerar cópias idênticas de si mesmas. É devido a estes dois fatores que as células-tronco são objeto de intensas pesquisas hoje, no mundo todo, pois elas poderiam funcionar como substitutas de células lesionadas ou doentes, como nos casos de Alzheimer, Parkinson ou doenças neuromusculares, ou ficar no lugar de células que o organismo deixa de produzir por alguma deficiência, como no caso de diabetes.

Diferença entre células-tronco adultas e embrionárias

É preciso fazer um esclarecimento: há dois tipos de células-tronco, as jovens e as adultas. As células-tronco adultas são encontradas em vários tecidos de crianças e adultos, como medula óssea, sangue, fígado e polpa dentária. Ainda não se sabe, entretanto, em que tecidos elas são capazes de se diferenciar. Um estudo recente com células-tronco retiradas da medula e injetadas no coração da própria pessoa, o auto-transplante, sugere uma melhora aparente do quadro clínico em pessoas com insuficiência cardíaca.

As células-tronco classificadas como embrionárias são as que conseguem se diferenciar em todos os 216 tecidos que formam o corpo humano, incluindo a placenta e os anexos embrionários. Elas podem ser retiradas de embriões excedentes que são descartados em clínicas de fertilização por não terem qualidade para implantação ou por terem sido congelados por muito tempo. Ou então, pela técnica de clonagem terapêutica (é a transferência de núcleos de uma célula para um óvulo sem núcleo) para a qual ainda não temos aprovação.

O que é a Lei de Biossegurança - No que se refere às células-tronco embrionárias, foi aprovada, no dia 2 de março deste ano, no Brasil, a Lei de Biossegurança, autorizando a utilização de embriões humanos para pesquisas com células-tronco. "Poucas vezes a ciência avançou a passos tão largos em uma área, num espaço de tempo tão curto, tendo-se em vista que as pesquisas com células-tronco começaram há não mais do que três anos em todo mundo", diz a Dra. Mayana Zatz, professora titular de Genética Humana e médica coordenadora do Centro de Estudos do Genoma Humano, do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo. "O Brasil agora também vai estar entre os países que correm em busca de tratamentos para doenças genéticas até hoje incuráveis e para lesões físicas irreversíveis. Para muitos deles, as células-tronco embrionárias são a única esperança", completa a Dra. Mayana. Sua colega, a Dra. Ligia Pereira, Chefe do Laboratório de Genética Molecular do Departamento de Biologia do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo, fala deste assunto com cautela. "O uso terapêutico das células-tronco embrionárias ainda está longe de se tornar uma realidade, tanto no Brasil quanto no mundo todo. Para que exista alguma chance de isto acontecer um dia, precisamos pesquisar e foi este direito que adquirimos com a aprovação da Lei de Biossegurança", diz a Dra. Ligia.



"A terapia celular com células-tronco representa um grande avanço nas técnicas existentes hoje de transplante de órgãos. Se as pesquisas derem os resultados esperados, deverá ser possível no futuro fabricar tecidos e órgãos, o que significará o fim das longas filas de transplante de órgãos", comemora a Dra. Mayana Zatz, professora titular de Genética e Coordenadora do Centro de Estudos do Genoma Humano do Departamento de Biologia do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo. "A esperança é que inúmeras doenças, entre elas as neuromusculares, o diabetes, o mal de Parkinson e as lesões da medula óssea possam ser tratadas pela substituição ou correção de células", diz a Dra. Mayana. Somente as doenças genéticas ainda são um capítulo à parte nesta terapêutica experimental. É que, nestes casos, o defeito, se é que se pode chamar assim, está presente em todas as células do organismo e, portanto, seria inviável fazer um auto-transplante de células. "Para esses mais de 5 milhões de brasileiros, que têm uma doença genética, somente o uso de células-tronco embrionárias poderia ajudar", diz a Dra. Mayana, que teve forte participação na campanha para aprovação da Lei de Biossegurança aprovada pela Câmara Federal, em março deste ano, autorizando o uso de células embrionárias em pesquisas.

Sobre a polêmica que este assunto tem causado, a geneticista da USP dá sua opinião: "Alguns grupos religiosos afirmam que usar células-tronco de embriões congelados equivale a um aborto, o que não é verdade. No aborto provocado, a vida de um feto é interrompida dentro do útero da mãe, enquanto que no caso dos embriões congelados, produzidos por reprodução assistida, o embrião é feito em um tubo de ensaio nas clínicas de fertilização. Lá o potencial de vida não existe enquanto não houver a introdução do embrião dentro do útero." O Dr. Ricardo, da Fiocruz, da Bahia, acrescenta que o uso de células-tronco de origem embrionária em terapias de doenças crônico-degenerativas tem sido mundialmente debatido. A aceitação ou reprovação da utilização destas células depende de vários fatores, como as leis de cada país e as religiões da população. "O momento em que um embrião é reconhecido como um ser vivo varia de acordo com cada religião. Em alguns países onde o aborto é permitido, como a Suécia e a Suíça, vários pacientes com mal de Parkinson se beneficiaram desta terapia. Células embrionárias obtidas de fetos abortados foram injetadas no cérebro destes pacientes, causando uma melhora significativa da doença. Entretanto, esta mesma metodologia não trouxe até o momento nenhum benefício para pacientes com mal de Alzheimer", diz o médico.

Uma possível fonte para a obtenção de células-tronco embrionárias são os embriões não utilizados em clínicas de fertilizações. "Antes de começarmos os testes clínicos injetando células-tronco embrionárias nos seres humanos, tem os algumas questões fundamentais que devem ser resolvidas", chama atenção a professora Lygia da Veiga Pereira, chefe do Laboratório de Genética Molecular do Departamento de Biologia, do Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo. "Desde a década de 1980 se faz pesquisas com células-tronco embrionárias em camundongos. Parece, porém, que a ciência ainda não conhece inteiramente as propriedades das células-tronco embrionárias usadas em seres humanos, tanto em relação à sua capacidade regenerativa de tecidos lesados, quanto ao seu potencial em gerar tumores a partir da diferenciação destas células em tipos celulares indesejados". Uma outra questão importantíssima diz respeito à compatibilidade entre as células-tronco embrionárias e o paciente. Em qualquer transplante é necessário existir uma compatibilidade entre o doador e o re-

Um banco muito especial

Até alguns anos atrás, alguém imaginaria que a coleta e o congelamento do sangue do cordão umbilical de um recém-nascido pudesse se transformar num investimento altamente valioso, desejado por grande parte das mulheres grávidas? Nem no mais fantasioso roteiro de ficção científica. Hoje, no entanto, isso já é uma realidade e as pesquisas sobre células-tronco são as responsáveis por essa inovação de comportamento. Já utilizadas com sucesso no tratamento de alguns tipos de câncer, deficiências imunológicas e doenças genéticas, as células-tronco são encontradas em grande quantidade no sangue do cordão umbilical que antes era descartado e hoje é considerado um seguro de vida para o bebê.

"Desde que a lei de Biossegurança foi aprovada, em março deste ano, nós tivemos um aumento de 25% dos casos de pais que querem congelar o sangue do cordão umbilical do filho que iria nascer", informa a Dra. Cláudia Maria Maggione, hematologista, diretora técnica do CordVida, um banco de sangue privado que faz esta coleta e armazenamento e que fica no bairro do Butantã, em São Paulo (www.cordvida.com.br – tel. 08008882673). Como a médica explica, o CordVida é um banco de sangue autólogo, ou seja, que faz este tipo de congelamento para uso exclusivo do bebê. "Fazendo o congelamento do sangue do cordão umbilical, os pais asseguram proteção para seus filhos contra doenças graves guardando células-tronco", diz a Dra. Cláudia. "Antigamente, este material, que é tão rico em células-tronco, era descartado e jogado fora", diz a médica farmacêutica Sally Mizukami Massumoto, responsável pelo Hemomed, outro banco de sangue do cordão umbilical em São Paulo, que fica dentro do Hospital Santa Paula, na zona sul da capital paulista (www.hemomed-cordcell.com.br - tel. 3842-7322). Nas duas empresas, a coleta do sangue do cordão umbilical é um procedimento rápido, simples e indolor, tanto para a mãe quanto para o próprio bebê. Em geral, são retirados de 70 a 100 ml de sangue que ficarão congelados a uma temperatura de 196 graus negativos, por no mínimo 15 anos. Há quem aposte que as células nunca perderão as suas características. O custo deste procedimento, entretanto, é alto: a coleta e o congelamento podem custar até R$ 5.000,00 e a taxa anual de armazenamento, até R$ 800,00.

Agora uma boa notícia: em setembro do ano passado foi feito um convênio entre o Ministério da Saúde e o Hospital Israelita Albert Einstein para lançar a Brasilcord, uma rede pública de bancos de armazenamento de sangue do cordão umbilical para atendimento de pacientes que necessitam de células-tronco, em especial os casos de leucemia, que normalmente aguardam numa enorme fila de transplantes de medula óssea. "O sangue de cordão umbilical que está armazenado é para quem precisa e não vai custar nada", diz o Dr. Carlos Alberto Moreira, diretor superintendente do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Albert Einstein e coordenador do programa da Redecord neste local. "Hoje o tempo médio para a identificação de um doador compatível pelo Redome, o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea, e o transplante é de seis meses. O banco público vai reduzir essa espera para cerca de 20 dias, uma vez que o controle de qualidade das amostras envolvendo a quantificação das células, caracterização genética e testes sorológicos já foram realizados" explica o médico do Einstein, onde todas as mulheres que dão à luz são consultadas sobre a doação do sangue do cordão umbilical do seu bebê para uso de qualquer pessoa que necessite de transplante de medula. Para ter acesso ao Banco de Sangue do Cordão Umbilical do Hospital Albert Einstein, de qualquer parte do país, basta ligar para (011) 3747-1233 ou entrar no site www.einstein.br. Por enquanto, esta coleta é feita somente nos bebês que nascem no Einstein, mas as idéia é que esta coleta seja feita no país todo. No Estado de São Paulo os parceiros do Einstein são os hemocentros da UNICAMP e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ou seja, nessas instituições também há coleta e armazenamento do sangue de cordão umbilical, sendo que a meta do Brasilcord é atingir, em quatro ou cinco anos, 12 mil amostras disponíveis para transplante.

ceptor do órgão para que não haja rejeição. O mesmo deve acontecer com um transplante de células-tronco embrionárias. Como garantir que teremos células-tronco embrionárias compatíveis com todos os pacientes? "Uma forma seria criar um banco dessas células, cada uma derivada de um embrião diferente, e torcer para encontrar uma compatível com o paciente", explica a Dra. Lygia (veja Box). É verdade que as pesquisas estão muito no começo. Os cientistas e os profissionais da saúde estão se esforçando e já sabem muito sobre o assunto das células-tronco, mas ainda faltam informações para eles terminarem de montar o quebra-cabeça para trabalhar de forma tranqüila e segura. Eles ainda não dominam a técnica totalmente, ou seja, precisam saber mais, muito mais. Mas pelo jeito falta pouco... Aos pacientes, seja de que patologias forem, só resta torcer muito para tudo acabar bem.

Existe um tratamento que está melhorando rapidamente a qualidade de vida dos pacientes com Doença de Crohn...

...controlando a atividade da doença e eliminando o desconforto causado pela dor e diarréia[1]

Consulte o seu médico!

Produzido em Abr/05

1- Lichtenstein GR, et al. Infliximab treatment reduces pain in patients with Crohn's disease . Am J Gastroenterol , 2004, 99(10 suppl): S250.

Central de Atendimento
0800-117788
Fax 0800-117799
Schering-Plough

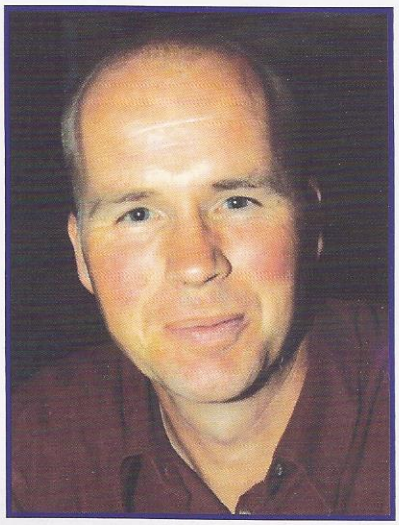
Schering-Plough

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

Instituto Criança é Vida
Educando para a saúde

Cervelli

A caminho da cura do Crohn e da Colite Ulcerativa



Dr. Gert Van Assche

Um médico belga superespecialista em DII diz que gradualmente a origem da doença está sendo descoberta, e isto poderá levar à sua cura

O Dr. Gert Van Assche, professor de Medicina da Universidade de Leuven, na Bélgica, tem um currículo extenso: depois de passagens por Belfast, no Reino Unido, e por Paris, na França, fez parte da sua pós-graduação no programa realizado no Canadá, na Universidade McMaster, sob supervisão do professor Stephen Collins, no departamento de pesquisas de doenças intestinais. Recebeu o grau de doutor em medicina, em 1998, com um trabalho de tese sobre receptores de peptídeos gastrintestinais e sua importância na inflamação. Em 2000, após aprovação em todos os exames para especialistas, entrou para o grupo de gastroenterologia do Hospital Universitário de Leuven. Seu foco principal, em clínica e pesquisa, é a doença inflamatória intestinal, onde trabalha com o professor Paul Rutgeerts, uma das maiores autoridades do assunto no mundo. É também revisor de vários jornais médicos internacionais, secretário da Associação Flemish de Gastroenterologia e conselheiro da secção de Imunologia e Microbiologia em Doença Inflamatória Intestinal da Associação Americana de Gastroenterologia(AGA).

O ocupado médico, que hoje está envolvido em numerosas pesquisas com novos agentes biológicos e moléculas pequenas para o tratamento de doença de Crohn e colite ulcerativa, mora numa zona rural próxima à cidade de Leuven com sua mulher Karen, que é engenheira civil, e os três filhos do casal (duas meninas e um menino), todos em idade pré-escolar. Com este *background*, que a princípio pode sugerir o perfil de uma pessoa extremamente séria e sisuda, o Dr. Assche é, ao contrário, uma pessoa alegre e comunicativa. Entre um trabalho e outro, ele conseguiu tempo para responder a algumas perguntas para a **ABCD em Foco**. Leia a seguir:

- **Na sua opinião, quais são os fatores responsáveis pela demora no diagnóstico da Doença Inflamatória Intestinal?**

Apesar de nas últimas décadas as Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) terem estado relativamente presentes tanto nos EUA quanto na Europa Ocidental, vários fatores acarretam a demora de um diagnóstico firme em muitos pacientes. São eles: Primeiro, os sintomas iniciais das DII são freqüentemente inespecíficos. Perda de peso, artralgia, dor abdominal e até diarréia são ocorrências comuns na vida humana. Segundo, os pacientes podem se sentir envergonhados para falar sobre evacuações. Terceiro, a Síndrome do Intestino Irritável e a perda de sangue por hemorróidas ainda são mais comuns que a DII e acabam sendo responsabilizadas pelos sintomas como um diagnóstico plausível, ao invés do Crohn e da colite ulcerativa.

Saindo dos Estados Unidos e da Europa Ocidental e indo para partes do mundo onde doenças infecciosas intestinais são muito mais comuns, a gastroenterocolite aguda e as doenças parasitárias acabam por dificultar o diagnóstico, principalmente quando o paciente procura o clínico geral. O atraso no diagnóstico de DII num adulto, sem complicação da doença, resulta apenas em frustração - mas na criança pode prejudicar o desenvolvimento, algumas vezes de forma irreversível.

Um aumento da conscientização na comunidade médica em geral (clínicos, gastroenterologistas, pediatras, cirurgiões, etc.) sobre o Crohn e a colite ulcerativa pode diminuir a resistência à colonoscopia e favorecer o diagnóstico. Além disso, organizações como a ABCD podem alertar a população sobre a DII.

• O número de casos de DII está aumentando na Europa?

A incidência e prevalência da DII na Europa são geograficamente distribuídas. Na Europa Ocidental (Escandinávia, Reino Unido, Países Baixos e Alemanha) tem havido um aumento de incidência da doença de Crohn, enquanto os casos de colite ulcerativa permanecem estáveis nos últimos 20 anos. Mesmo que exista uma maior conscientização médica que possa ter contribuído maior incidência de Crohn, parece haver um aumento real dos casos. Nos últimos anos, a incidência do Crohn tem se estabilizado nos países do Norte, mas a mesma evolução pode ser verificada atualmente no Sul da Europa, como Grécia e Portugal. A razão exata para estas mudanças ainda não é clara, mas alterações de hábitos dietéticos e conservantes alimentares são fatores prováveis.

• E a incidência de DII ao redor do mundo?

A incidência da doença de Crohn tem aumentado primeiramente em países como Austrália e África do Sul, mas evolução similar vem ocorrendo na América Latina e países do Centro-Oeste Europeu. As razões exatas para este quadro de mudanças na incidência da DII são obscuras, mas parece que os fatores ambientais têm grande responsabilidade, maior até que as influências genéticas. Nos países de clima tropical, a DII tem aparecido com maior freqüência em áreas urbanas, o que reforça a idéia de mudanças do estilo de vida como fator predisponente para a patogênese destas doenças.

• O senhor vê alguma relação entre "*junk food*" e DII?

Apesar de a ingestão de alimentos ricos em açúcar na infância ter sido relacionada hipoteticamente com a patogênese da doença de Crohn, uma associação direta entre *fast food* e o surgimento de uma DII nunca foi demonstrada. Mesmo que não se possa excluir completamente uma relação causal, parece que a introdução deste tipo de alimento nos hábitos da população é uma indicação da mudança do estilo de vida e dos hábitos de higiene e alimentação.

• Como o senhor aconselha os pacientes sobre o uso de medicamentos fortes por períodos prolongados?

Para a maioria dos tratamentos de longo prazo para a doença de Crohn, há um preço a pagar pela sua eficácia. Os efeitos colaterais são uma realidade e os pacientes devem ser convencidos de que estes tratamentos trarão benefícios. Pacientes com sintomas debilitantes ou com complicações da doença, freqüentemente apresentam melhora marcante na sua qualidade de vida e a manutenção do tratamento médico é aceito de forma fácil. Para aqueles com crises esporádicas de colite ulcerativa ou com doença de Crohn ileal, com pouca atividade inflamatória, é mais difícil ver vantagens em tomar várias pílulas diárias por décadas. Mesmo que a medicina baseada em evidências possa determinar todas as nossas decisões, os pacientes precisam de argumentos mais personalizados para serem convencidos do benefício do tratamento de longo prazo. A prevenção de ressecções intestinais, a cicatrização de fístulas e a boa qualidade de vida no trabalho e na família são os pontos de maior relevância para os pacientes.

• As pesquisas que estão sendo realizadas atualmente poderão trazer novas e eficazes drogas terapêuticas?

Na era atual de medicina baseada em evidência as pesquisas são necessárias para dar suporte à indicação de uma nova droga e mostrar que sua toxicidade tem perfil tolerável. Estudos controlados, randomizados, têm possibilitado aos médicos cuidar de portadores de DII com drogas poderosas, como o anticorpo anti-TNF, o Infliximabe. Este composto também tem mostrado eficácia no tratamento de alguns casos de colite ulcerativa refratária. Mesmo que o advento de agentes biológicos tenha revolucionado o tratamento da DII refratária, ensaios clínicos serão necessários no futuro, para desenvolver pequenas moléculas com boa eficácia e simples administração por via oral. O desenvolvimento de drogas é sempre uma aventura arriscada. A eficácia não é o único critério para o sucesso de um novo composto. A toxicidade inesperada pode interceptar sua liberação no arsenal terapêutico. O Natalizumabe (Tysabri), um inibidor seletivo de adesão molecular, pareceu ser eficaz na doença de Crohn, mas três casos de uma rara e potencialmente letal alteração cerebral frearam o seu prosseguimento.

• Como lidar com o estresse emocional e a depressão em pacientes de DII?

Na metade do último século, quando a percepção das DIIs como um problema clínico foram descobertas, estas doenças crônicas foram classificadas como desordens psiquiátricas. A evolução de nosso conhecimento sobre o sistema imune mostrou que um distúrbio imunológico de base tem envolvimento na patogênese, mas o estresse e distúrbios emocionais ainda são considerados responsáveis por numerosas crises de atividade da colite ulcerativa. Por outro lado, assim como em qualquer outra doença crônica, as DIIs por si só podem levar a distúrbios emocionais e mesmo à depressão secundária.

É missão do médico dar suporte ao paciente, oferecendo alguma solução para seus problemas individuais. A melhoria da qualidade de vida deve sempre ser o objetivo primordial do tratamento. Se houverem mudanças severas do humor e sinais de depressão evidentes, os pacientes devem ser encaminhados a um aconselhamento psiquiátrico para serem avaliados e ficar esclarecido se são exclusivamente relacionadas com o fato de conviverem com uma doença crônica. Grupos de auto-ajuda têm um papel importante ao oferecerem informação correta sobre a DII e sugerirem estratégias de melhor convívio para o estresse emocional. Isto se torna ainda mais importante para os adolescentes, que têm que lidar com sua doença no momento em que sua vida sofre as revolucionárias mudanças acarretadas pela puberdade.

• O transplante de células-tronco poderá ajudar os pacientes de DII?

Alguns pacientes com doença de Crohn e colite ulcerativa ainda não respondem a qualquer tratamento existente, mesmo os biológicos mais avançados. Portanto, as opções terapêuticas oferecidas para estes casos têm sido cada vez mais invasivas. Relatos recentes de ablação da medula óssea e transplante autólogo de medula óssea em pacientes com doença de Crohn, levantaram a discussão do quão longe devemos ir para tentar erradicar a doença. Partindo do princípio de que a base do mecanismo patogênico da DII parece ser a perda da tolerância à microflora residente, soa lógico olhar para uma população de células-tronco que possa maturar-se em células dendríticas, que não mais dispararíam o gatilho da resposta imune contra estas proteínas bacterianas. Entretanto, devemos perceber que o conhecimento que temos da população de células-tronco no intestino é muito preliminar e anos de pesquisa serão necessários para que esta terapêutica seja ofertada aos doentes refratários.

• Conseguiremos alcançar a cura da DIIs e teremos capacidade de prevenir estas doenças?

Enquanto não conhecermos o gatilho envolvido na perda da tolerância do sistema imune que resulta numa reação inflamatória descontrolada, não poderemos curar a doença de Crohn ou a colite ulcerativa. Entretanto, estamos descobrindo, gradualmente, os mecanismos básicos da origem da doença e isto poderá nos levar a promover a cura das DIIs. Se conseguirmos identificar porque o sistema imune perde sua tolerância às bactérias da flora intestinal residente, e se conseguirmos restabelecer esta tolerância permanentemente, as DIIs estarão, a meu ver, curadas. Quando tivermos estes conhecimentos estaremos aptos a prevenir a doença em indivíduos suscetíveis. No momento, todas as terapias médicas e cirúrgicas têm como objetivo final a indução de uma remissão de longo prazo com boa qualidade de vida. A única cura que podemos oferecer é a colectomia total com anastomose íleo-anal, em casos de colite ulcerativa. Entretanto, em razão de a anastomose com bolsa íleo-anal poder levar a certos inconvenientes a longo prazo, que podem interferir com a qualidade de vida em alguns pacientes, as alternativas de tratamento clínico sempre devem ser consideradas inicialmente desde que não haja risco de toxicidade severa para os pacientes.

• Qual o seu conselho para as pessoas que têm DII?

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são crônicas, recidivantes, com sintomas que podem debilitar, embora nem sempre estes sintomas sejam respeitados pelas outras pessoas. Os pacientes devem saber que todos os dias milhares de pesquisadores e profissionais da área da saúde estão batalhando para melhorar o seu cuidado. Desde o trabalho básico de sustentação no laboratório até o desenvolvimento clínico da droga e times de suporte ao paciente, nenhum esforço é poupado para encontrar soluções seguras e eficazes. Neste meio tempo, eu encorajaria cada paciente a manter uma atitude positiva frente a sua doença e a viver uma vida o mais normal possível. Fazendo isto, eles serão modelos para aqueles recém diagnosticados, que estão confusos por uma série de questões que afloram suas cabeças, a respeito do seu futuro. Finalmente, ter informações é a chave, e pacientes devem estar cientes de que os médicos estarão sempre ao seu lado para responder às suas questões. A boa relação médico-paciente tem provado ser um prenúncio de uma melhor evolução para os pacientes com doença inflamatória intestinal.

No tratamento da DII, é preciso pôr as diferenças à MESA

Economia,[1] Praticidade e Tolerabilidade[2]

MESACOL®
MESALAZINA

FAZ A DIFERENÇA NO TRATAMENTO DA DII

Para maiores informações sobre Mesacol®, fale com o seu representante ALTANA Pharma.

Mesacol® Mesalazina. **Uso adulto.** Apresentações e composição: **Comprimidos**: Embalagens com 30 comprimidos revestidos, contendo 400 mg de mesalazina; embalagens com 30 comprimidos revestidos contendo 800 mg de mesalazina. 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 mesalazina; embalagens com 10 supositórios contendo 500 mg de mesalazina Cada supositório contém mistura de glicerídeo 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 sulfinpirazona 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, tais como 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 800~2400 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, alcançando 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, na dependência da resposta individual, 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 eventos 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**. Registro MS - 1.0639.0200

1) Rev. Kairos - nº 195. Fev/2005. Base ICMS 18%. 2) Riley SA et al. Comparison of delayed-release 5-aminosalicylic acid (mesalazine) and sulfasalazine as maintenance treatment for patients with ulcerative colitis. Gastroenterology. 1988;94(6):1383-9. Fevereiro/2005

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

Dilatação endoscópica por balão é eficaz em pacientes com estenose

Na Divisão de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição da Universidade da Flórida, nos Estados Unidos, foi realizado um estudo comparativo de dilatação endoscópica por balão, com ou sem injeção de cortisona, em pacientes com Crohn que tinham estenose. No total, foram avaliados 17 pacientes – 10 mulheres e 7 homens. Alguns deles receberam injeções locais de cortisona de depósito diretamente nas estenoses de vários lugares, desde o estômago e intestino até o reto, enquanto outros não receberam aplicação alguma. Os resultados foram muito bons: com este novo tratamento, a reincidência de estenose, que normalmente ocorre em 75% das vezes, aconteceu em somente 25% dos casos. "Nós fazemos este tratamento com injeção de cortisona há muito tempo com excelentes resultados", diz o Dr. Arnaldo Ganc, gastroenterologista do Hospital Israelita Albert Einstein. O médico, no entanto, faz algumas críticas sobre o estudo realizado na Universidade da Flórida. "Não foi um trabalho planejado no que se refere aos pacientes, mas sim retrospectivo, em que não sabemos se o médico escolheu os piores casos de pacientes com estenose", diz ele. "Além disso, o estudo teve um tempo curto de observação (só 4 anos) e reuniu poucos pacientes", explica o Dr. Ganc.

Injeções locais de Infliximabe para tratar fístulas perianais

Na Universidade de Bologna, na Itália, foi realizado um estudo envolvendo 15 pacientes com Crohn, que apresentavam um quadro severo de fístulas perianais e receberam injeções locais de 15 a 21 mg de Infliximabe (Remicade). A iniciativa teve ótimos resultados: 10 pacientes tiveram as fístulas cicatrizadas após 3 das 12 aplicações que estavam programadas. O presidente da ABCD, o gastroenterologista Dr. Flavio Steinwurz, também já indicou, há três anos, este tipo de tratamento para quatro de seus pacientes com Crohn: enquanto dois deles se deram muito bem, os outros dois continuaram com o problema. "Foi aplicada uma injeção de 10 a 20 mg de Infliximabe ao redor da fístula e, embora a aplicação seja rápida (por não mais do que cinco minutos), trata-se de um procedimento que dói bastante porque é numa região bastante sensível", diz o Dr. Steinwurz. Ele descobriu este tratamento quando participou de um congresso nos Estados Unidos, há quatro anos, e viu um médico relatar o caso de um paciente que cicatrizou a sua ferida no braço com o Remicade. "O paciente tinha pioderma gangrenoso (uma inflamação séria na pele) no braço e estava fazendo uma aplicação convencional deste medicamento no consultório. A seringa saiu da veia, o medicamento infiltrou a região do braço e acabou cicatrizando a ferida", conta o Dr. Steinwurz. "Aquele médico usou o Remicade como uma medicação tópica (aquela que se aplica em alguma parte do corpo) em mais oito pacientes e teve sucesso. Por isso eu achei que valeria a pena experimentar", diz ele.

O que é novidade lá fora nem sempre é novo aqui

Foi-se o tempo em que quem tinha um problema de saúde, e pudesse pagar, recorria aos países do primeiro mundo, sobretudo os Estados Unidos, em busca de tratamento porque lá estava concentrado tudo o que havia de mais moderno na medicina – profissionais especializados, equipamentos e técnicas de procedimento. Os pacientes de colite ulcerativa podem ficar sossegados porque no Brasil, além de bons médicos, temos terapias de tratamento idênticas às que são indicadas no exterior. O que ocorre é que talvez os médicos brasileiros não façam tanto barulho na imprensa especializada. Pelo menos é o que parece porque duas notícias foram publicadas no começo do ano na imprensa americana como se trouxessem alguma novidade. Uma delas, na edição de fevereiro do jornal de Gastroenterologia, fala de um estudo mostrando que a endoscopia não é tão recomendada para controlar a atividade da colite ulcerativa, segundo os pesquisadores do Sistema de Saúde da Universidade de Michigan. "O estudo sugere que a endoscopia não é um componente determinante para apontar o desenvolvimento desta doença e que há outras alternativas, mais baratas e não invasivas, para avaliar a sua atividade", disse o Dr. Peter Higgins, conferencista da Universidade. No meio médico brasileiro, este resultado não causou surpresa.

"A endoscopia não é carta fora do baralho para diagnosticar a atividade da colite ulcerativa, mas ela tem que ser indicada com mais moderação", diz o Dr. Aytan Sipahi, gastroenterologista do Hospital das Clínicas, em São Paulo. "Há outros procedimentos que podem contribuir para esta avaliação."

A mesma reação teve a coloproctologista Dra. Magaly Gemio Teixeira, também do HC, com relação à uma notícia sobre a técnica de cirurgia de laparoscopia que foi realizada, com bons resultados, numa clínica da Flórida, em pacientes de colite ulcerativa que precisaram passar por uma intervenção cirúrgica. "Há muito tempo este procedimento é usado nos casos de pacientes que precisam retirar o intestino grosso. O que muda é a via de acesso que, na laparoscopia é feita em vídeo", explica a Dra. Magaly. A médica diz que este procedimento em vídeo encarece bem o tratamento e que, portanto, depende dos recursos financeiros do paciente. Os cateteres usados, por exemplo, são importados e descartáveis depois do uso. "Em geral, a laparoscopia é indicada para os pacientes que nunca passaram por uma cirurgia e precisam resolver seu problema no intestino", diz a médica que, para esses casos, costuma fazer um acesso combinado, ou seja, via vídeo e via incisão. Em tempo: esta cirurgia pode ter até oito horas de duração.

Como é crescer com o Crohn

Conheça a história de Thereza, que tem Crohn desde bebê

Thereza Priscila: feliz, longe dos preconceitos

Ela é tão doce, divertida e expansiva que nem parece uma jovem de 12 anos de idade. Em geral, nessa fase os adolescentes não costumam falar muito com adultos, menos ainda com adultos estranhos. Com Thereza Priscila, que mora na cidadezinha de Crato, no interior do Ceará, e que no dia 1º de novembro fará 13 anos, não é assim. Simpática e educada, ela conta com tanta serenidade a sua história como paciente de Crohn, que é difícil acreditar que é verdade. Mas o que mais surpreende é que ela teria todos os motivos para ser uma jovenzinha revoltada e agressiva, dessas que não quer papo com ninguém. Ela pode até parecer infantil demais para uma garota da sua idade, pois não tem namorado nem se interessa por computador, MSN ou hotmail. Mas diante do que já passou, essas coisas não fazem mesmo nenhuma diferença. O leitor já vai compreender por que.

Thereza nasceu prematura, no 8º mês de gestação. Seus pais, em vez de se assustarem, ficaram felizes, pois não viam a hora de estar com a filha nos braços. É que dois anos antes eles haviam perdido o primeiro filho, com apenas dois meses de vida. O susto mesmo veio depois do nascimento, quando ela estava com quase cinco meses de vida. "Ela perdia muito sangue pelas fezes e tinha muitas cólicas", conta sua mãe, Antonia Rejane. "Quando ela estava com um ano e nove meses, eu a levei a um gastro em São Paulo, que fez uma colonoscopia e diagnosticou doença de Crohn, já muito avançada". Se Rejane não entendeu muito bem o que o médico quis dizer sobre este diagnóstico, o qual sequer conhecia ou tinha ouvido falar, ela tampouco pensou que coisas muito ruins pudessem acontecer à filha. O Crohn de Thereza é extremamente agressivo. Tão agressivo que não é comum. O Crohn de Thereza não é - é melhor repetir: não é -, nem de longe, exemplo desta patologia. A doença exigiu (e continua exigindo) da sua mãe e dela própria muita paciência e coragem.

Para não entrar nos detalhes deste triste caso, vamos ao resumo da história: Thereza só conseguiu andar aos três anos de idade, porque foi uma criança muito fraquinha. Fez 11 cirurgias (a última há cinco anos), tirou parte do intestino grosso e foi colostomizada com apenas dois anos de idade, o que a obrigou a crescer e conviver com uma bolsinha a tiracolo para colher as fezes. Há quatro anos Thereza vem a São Paulo de dois em dois meses para tomar Remicade. "As enfermeiras do hospital me conhecem e têm muita amizade por mim", diz a menina, que se sente completamente à vontade nessas ocasiões. "Já estou acostumada com a picada da agulha, isso não me incomoda mais."

O que a jovem mais gosta é de estar com seus muitos primos. São 50 ao todo, de 14 a 20 anos de idade. Todos moram em Crato, para onde Thereza se mudou com uma babá, em dezembro do ano passado, e onde freqüenta as aulas no mesmo colégio que eles (ela está na 3ª série do Ensino Médio). Suas outras diversões são brincar de videogame e passear no shopping center. "Quando a minha filha está feliz, fazendo o que gosta, a doença fica em equilíbrio", explica a mãe, que se divide entre a sua casa em Crato e a de Fortaleza, onde mora o pai da garota.

Aparentemente, Thereza demonstra não ter constrangimento algum por fazer cocô de um jeito diferente das outras pessoas. "É uma menina que tem muitas amigas, se troca na frente delas, usa biquíni e até já fez natação", diz sua mãe. "Ela só não pergunta nada sobre a bolsa que usa para evacuar", completa Rejane, que procurou criar a filha longe dos preconceitos e vergonhas que os seus problemas de saúde poderiam gerar e que ela própria experimentou na sua vida. "Eu tenho uma certa deformação nos pés e quando era criança minha mãe me deixava trancada no quarto para não expor o meu problema", conta Rejane, 40 anos, ex-bancária que largou tudo para cuidar da filha. "Eu fiz justamente o contrário com a minha filha porque acho que é melhor expor o problema para aprender a lidar com ele", explica. Não é uma lição de vida?

> "Quando a minha filha está feliz, fazendo o que gosta, a doença fica em equilíbrio"

apoiopub

BENEFIBER
A FIBRA INVISÍVEL QUE REGULA A FUNÇÃO INTESTINAL

VIVA BENE
VIVA COM BENEFIBER

Benefiber é fibra solúvel, sem cheiro, sem cor e sem gosto e pode ser adicionado a qualquer tipo de alimento.

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@novartis.com

NOVARTIS
MEDICAL NUTRITION

Receitas para tempos de paz

Eis um cardápio fácil e saboroso para você aproveitar as fases de calmaria das crises

Comer um belo filé a parmegiana ou se alimentar à base de fibras e soja? Nem uma coisa, nem outra. Quando os pacientes de Crohn ou colite ulcerativa estão com a doença dormindo, ou seja, fora de atividade, sua alimentação também pode ter pratos mais elaborados e gostosos. "Nesta fase os pacientes se sentem mais seguros e podem comer uma comida mais caprichada", diz a nutricionista Luciana Coppini, do Ganep – Grupo de Apoio de Nutrição Enteral e Parenteral, que preparou sete receitas exclusivamente para os leitores da **ABCD em Foco**. "Às vezes, é preciso fazer algumas substituições, como o queijo gorgonzola pelo queijo cottage, o leite normal pelo sem lactose e evitar o excesso de temperos. Mas a comida pode ser bem mais gostosa", diz Luciana.

Vamos às receitas:

Filés de frango assado com alecrim

Ingredientes

- Filés de frango sem pele
- Limão
- 1 colher de sopa de alecrim
- 2 dentes de alho
- 3 cenouras
- ½ kg de batatas pequenas
- 4 cebolas médias
- Sal a gosto

Modo de fazer

Coloque os filés de frango em um refratário grande. Acrescente o limão, alho, sal e salpique com alecrim. Deixe tomar gosto por 30 minutos. Cubra o refratário com papel alumínio e leve-o ao forno por aproximadamente 40 minutos. Enquanto isso, raspe as cenouras e corte-as em palitos, descasque as batatas e as cebolas, espalhe tudo na assadeira e deixe dourar por 40 minutos, regando com azeite.

Bolo salgado de mandioca

Ingredientes

- ½ kg de mandioca
- 1 colher de sopa de margarina
- 3 gemas
- 1 xícara de leite desnatado fervendo (e sem lactose)
- Sal a gosto
- Queijo cottage

Modo de fazer

Cozinhe a mandioca e passe no espremedor. Junte a colher de sopa de margarina, as gemas, o leite desnatado fervendo e o sal. Misture bem e acrescente as claras em neve. Unte uma forma e coloque parte da massa. Recheie com queijo cottage. Cubra com o resto da massa, pincele com a gema de ovo e polvilhe com queijo ralado. Leve ao forno para assar.

Nhoque de mandioquinha

Ingredientes

- 500 g de mandioquinha, descascada e picada
- 2 copos de leite desnatado (e sem lactose)
- 1 colher de sopa de margarina
- 1 colher de chá de ricota peneirada
- 1 xícara de chá de farinha de trigo
- 1 xícara de chá de farinha de aveia
- Sal a gosto

Modo de fazer

Coloque as mandioquinhas numa panela com o leite e a manteiga. Cozinhe em fogo baixo por 15 minutos ou até que elas estejam macias. Retire, bata no liquidificador e volte para a panela. Deixe esfriar por 30 minutos. Junte a ricota ao creme de mandioquinha e misture. Acrescente o sal, a farinha de trigo e a farinha de aveia e vá misturando até formar uma massa macia. Numa superfície lisa e enfarinhada, coloque a massa e faça cordões, com muito cuidado. Corte os nhoques e cozinhe-os aos poucos, numa panela grande com um pouco de sal, até que subam. Coloque num refratário e misture um molho de tomate feito em casa.

Batatas gratinadas

Ingredientes

- 1 kg de batata
- 1 colher (sopa) de margarina
- 1 dente de alho amassado
- 1 cebola grande picada
- 1 lata de creme de leite light
- Sal a gosto
- Ricota ralada
- Orégano e cebolinha verde picada

Modo de fazer

Cozinhe as batatas com casca, de preferência no vapor. Descasque-as e corte em fatias grossas. Reserve. Na margarina, frite o alho e a cebola. Passe para uma tigela e acrescente a ricota, o sal e o creme de leite *light*. Misture levemente. Arrume num pirex untado uma camada de batatas e polvilhe com a cebolinha verde. Espalhe metade do creme preparado. Arrume a outra camada com o restante de batatas e o creme. Salpique um pouco de queijo ralado. Leve ao forno pré-aquecido para gratinar.

Almôndega

Ingredientes

- ½ kg de carne moída (magra)
- 2 claras
- 3 colheres de sopa de farelo de aveia
- Cebolinha e salsinha
- Sal a gosto

Modo de fazer

Junte à carne todos os ingredientes. Misture bem e faça bolinhas. Leve ao forno para assar.

Salada de soja

Ingredientes

- 200 grs de soja cozida sem casca

Modo de fazer

Misture azeitonas verdes cortadas em rodelas, salsinha, cebola amassada, sal, limão e azeite.

Salada de sete cereais

Ingredientes

- 300 grs de sete cereais (mistura pronta)

Modo de fazer

Cozinhe esta mistura e acrescente sal, cheiro-verde, ricota ralada, uva-passa, azeite e limão.

Acabam de chegar na ABCD as pulseiras *GOT GUTS* da campanha mundial de divulgação da Doença de Crohn e Colite Ulcerativa. Reserve a sua, a quantia é limitada!

Um guarda-chuva maior

A ABCD cresce sem parar e abre a sétima filial

A ABCD continua crescendo e o seu leque de serviços está se expandindo cada vez mais pelo Brasil. No ano passado, quando a Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn completou 5 anos de fundação, além de sede própria em São Paulo ela contava com cinco filiais: em Curitiba (PR), a primeira delas; em Porto Alegre (RS); Belo Horizonte (MG); Florianópolis (SC); e Rio de Janeiro (RJ). Mais duas filiais estão agora em fase final de instalação e já iniciando o atendimento aos pacientes de DII: uma na cidade de Maringá, também no Paraná, e a outra em São José dos Campos, no interior do Estado de São Paulo. "Há dois anos queríamos trazer a ABCD para esta região do Paraná, que é bastante carente de informações sobre as doenças inflamatórias intestinais, e agora isso foi possível", comemora a Dra. Aline Satie Oba Kuniyoshi, gastroenterologista clínica que está à frente da filial de Maringá. "Anteriormente, os pacientes de colite e Crohn dessa região tinham que buscar atendimento na filial da ABCD de Curitiba, que fica a 500 Km daqui", diz ela. Na nova filial já acontecem reuniões bimestrais das quais participam 50 pacientes de DII, junto com médicos, psicólogos e nutricionistas. Isso demonstra que havia mesmo necessidade de se abrir uma filial exclusiva para a região.

Está igualmente animado o Dr. Paulo Maurício Chagas Bruno, cirurgião do aparelho digestivo, titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e médico responsável pela recente filial da ABCD em São José dos Campos. "Na clínica onde está sendo instalada a Associação já estão cadastrados 80 pacientes com a doença de Crohn", diz o Dr. Bruno. "Eu mesmo lido com DII há mais de 20 anos e, através da mídia local da região, faço um trabalho de divulgação dessas doenças para os pacientes e o público em geral." O médico afirma que lança mão de alguns sites da Internet para ajudá-lo a esclarecer o assunto - o da ABCD é um deles.

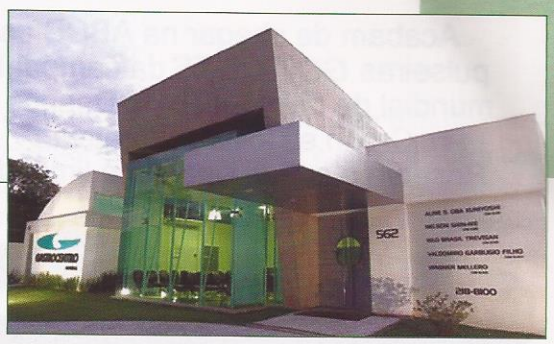
Nestes dois novos endereços da ABCD, além de os pacientes poderem contar com os serviços que a Associação presta a seus associados, eles também podem fazer os exames recomendados para obter o diagnóstico da doença inflamatória intestinal mais rápido, pois as clínicas onde as filiais estão instaladas são muitíssimo bem equipadas.

Dra. Aline Oba, da filial de Maringá: comemoração pela chegada da ABCD na região

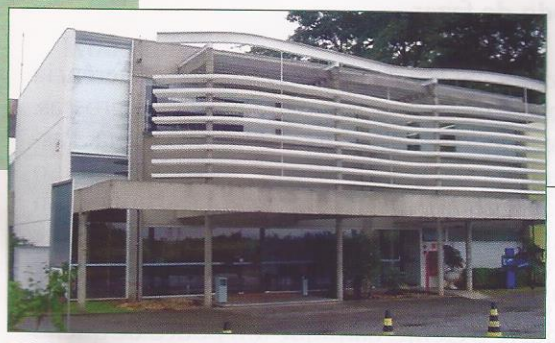
ABCD MARINGÁ, PR
Av. Nóbrega, 562
(44) 3218-8108

ABCD SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP
Av. Lineu de Moura, 995
(12) 3924-4900

Dr. Paulo Bruno, responsável pela filial de São José dos Campos: mais de 20 anos de experiência em DII



Clínica de Gastroenterologia é o novo endereço da filial da ABCD em Maringá



Clínica onde está a ABCD em São José dos Campos: além de tecnologia, cadastro de 80 pacientes com Crohn

Diarréia não tem hora nem lugar.

Imosec®

cloridrato de loperamida

A DIARRÉIA ACABA. A TRANQÜILIDADE VOLTA.[1,2]

- Eficaz para o tratamento dos sintomas da diarréia aguda inespecífica e não infecciosa[3]

Posologia[3]:
2 comprimidos como dose inicial, não ultrapassando 8 comprimidos nas 24 horas.

Apresentações[3]:
Caixas com 12 comprimidos, 1 blister com 12 comprimidos cada.
Caixas com 200 comprimidos, 50 blisters com 4 comprimidos cada.

Referências Bibliográficas: • 1. Ericsson et. al. Safety and Efficacy of Loperamide. The American Journal of Medicine, June 20,1990, V88 (suppl 6A) **76336 • 2.** Cornett J.Wm.D. et. al. A double blind comparative evaluation of loperamide versus diphenoxylate with atropine in acute diarrhea. Current Therapeutic Research, V21, N 5, 1977. **11279 • 3.** Bula do produto.

Contra-indicação principal: não indicado na diarréia aguda ou persistente da criança e na diarréia aguda acompanhada de sangue nas fezes e febre.
Bula Resumida: Imosec® (Cloridrato de loperamida) Forma Farmacêutica e Apresentações: Embalagens com 12 e 200 comprimidos. **Uso adulto. Indicações e Posologia:** Diarréia aguda inespecífica, sem caráter infeccioso: a dose inicial sugerida de 2 comprimidos, seguidos de 1 comprimido após cada subseqüente evacuação líquida, até uma dose diária máxima de 8 comprimidos (16mg), ou a critério médico; diarréias crônicas espoliativas, associadas a doenças inflamatórias como Doença de Crohn e retocolite ulcerativa: a dose inicial é de 2 comprimidos. Esta dose deve ser ajustada, até que 1 a 2 evacuações sólidas ao dia sejam obtidas, o que é conseguido, em geral com uma dose diária média que varia entre 1 a 6 comprimidos. **Contra-indicações:** Diarréia aguda ou persistente da criança; em pacientes nos quais é imperioso evitar-se a interrupção do fluxo fecal; hipersensibilidade ao Cloridrato de loperamida; não deve ser utilizado como tratamento de primeira escolha na diarréia aguda acompanhada de sangue nas fezes e de febre. Gravidez e Lactação. **Precauções e Advertências:** Não deve, em momento algum, excluir a hidratação oral ou parenteral. Na diarréia aguda, caso não se obtenha melhora dentro de 48 horas, deve-se suspender a administração de Imosec® e procurar atendimento e orientação médica. Quando a função hepática estiver alterada, a administração de Imosec® deve ser muito bem acompanhada. **Interações Medicamentosas:** Exceto com medicamentos que apresentem propriedades farmacológicas semelhantes, não foram observadas outras interações medicamentosas. **Reações Adversas mais freqüentes:** Reações de hipersensibilidade como "rash" cutâneo e urticária, e casos extremamente raros de choque anafilático e erupção bolhosa, incluindo necrólise epidérmica tóxica. Na maioria destes casos, os pacientes estavam usando outros medicamentos os quais podem ter causado ou contribuído para os eventos. Constipação e/ou distensão abdominal, em alguns casos associados com íleo, principalmente nos casos nos quais a posologia recomendada não foi respeitada. **Venda sob prescrição médica. Janssen-Cilag Farmacêutica. MS-1.1236.0015.** Informações adicionais para prescrição: vide bula completa. INFOC 0800.7013017 - www.janssencilag.com.br Cód.: R-516900/01. Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.

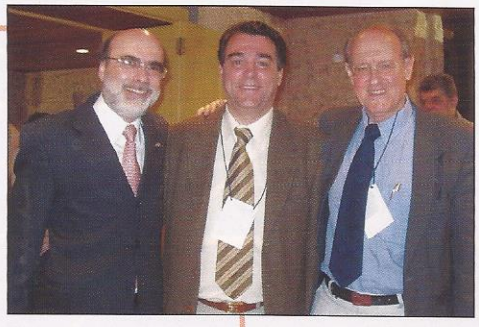
© J-C Malo/2005 ® Marca Registrada

JANSSEN-CILAG
FARMACÊUTICA

INFOC
JANSSEN-CILAG
FARMACÊUTICA
0800.7013017
www.portalmed.com.br

ABCD em Festa

No Gastroproct, o belíssimo evento que aconteceu no Rio de Janeiro em junho, o presidente da Sociedade de Gastroenterologia do RJ, Dr. Luiz João Abrahão, ao lado dos organizadores: a Dra. Rose Copelman Kligerman e seu pai, o Dr. Helio Copelman, professor titular de Gastroenterologia do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas.



No Gastroproct também estiveram presentes o Dr. Flavio Steinwurz, presidente da ABCD, o Dr. Artur Adolfo Parada, presidente eleito da SOBED - Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, e o Dr. Edson Jurado da Silva, Fellow of American College of Gastroenterology.

Encontro na Associação Paulista de Medicina, a APM, em São Paulo, em junho: reunião de médicos e pacientes para falar de Retocolite Ulcerativa Inespecífica e Doença de Crohn.

Grupo de médicos na apresentação da dança do ventre no encontro da APM: momento de descontração, que contou com a presença da Dra. Magaly Gemio (de blusa vermelha), do Hospital das Clínicas.

Acabam de chegar na ABCD as pulseiras *GOT GUTS* da campanha mundial de divulgação da Doença de Crohn e Colite Ulcerativa. Reserve a sua, a quantia é limitada!

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
(31) 3282-5700

São Paulo Patologia Clínica
(31) 3224-7112

Laboratório Dr. Geraldo Lustosa Ltda
Análises clínicas, anatomia patológica e citologia
(31) 2104-1234
3241-5284
3293-9367

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

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

Florianópolis (SC)
Imagem Centro de Diagnóstico Médico Ltda
Ressonância, Tomografia, Ultra-sonografia, Angiografia.
(48)229-7777

Laboratório Médico Santa Luzia
Análises Clínicas
0800-480002

Instituto de Medicina do Sistema Digestivo Ilha de Santa Catarina
Vídeo Endoscopia Digestiva Alta, Vídeo Colonoscopia, Retossigmoidoscopia Flexível
(48) 224-8808

Maceió (AL)
Laboratório Sabin de Patologia Clínica de Alagoas
Análises Clínicas
(82) 3223-6858

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

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

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

Laboratório Lamina
(21) 2538-3939

Laboratório Richet
(21) 3325-2008
2535-6669

Salvador (BA)
Laboratório Dirceu Ferreira
Análises clínicas
(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
(11) 5574-6794

CEDIG - Centro de Diagnóstico e Tratamento em Gastroenterologia Ltda
Consultas Gastro-Procto, Endoscopia, Colonoscopia e Retossigmoidoscopia
(11) 5571-8921

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

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

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

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

CURA
Diagnóstico por imagem, ultrassonografia, ressonância, RX, tomografia
(11) 3056-4707

Instituto de Cirurgia do Aparelho Digestivo Profª Dra. Ângelita Habr Gama
Colonoscopia
(11) 3887-1757

Laboratório Fleury
Análises clínicas e todos os tipos de exames
(11) 3179-0822

Laboratório Rawet
Anatomia patológica
(11) 3826-8461

Prof. Dr. Arnaldo Ganc
Endoscopia
(11) 3887-5400

Prof. Dr. Paulo Roberto Arruda Alves
Colonoscopia
(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.

Expediente

Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn
Al. 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 Kazminik – 1ª secretária: Maria Amalia Bernardi – 1º tesoureiro: Sérgio Luiz Savone – 2º secretário: Paulo César Giacomelli – 2º tesoureiro: Maria Izabel L. de Vasconcelos - Jornalista responsável: Maria Amalia Bernardi - MTB 19182
Produção Gráfica: Rudolf Serviços Gráficos
Impressão: Ipsis Gráfica e Editora

Laboratórios Ferring

Produto disponível nos Postos de Atendimento das Secretarias de Estado da Saúde de todo o Brasil

informam:

Para obter Pentasa® comprimidos e supositórios fornecidos gratuitamente pelo Ministério da Saúde, os pacientes devem se dirigir aos postos de atendimento da Secretaria de Saúde do seu Estado, levando os seguintes documentos:

- **Formulário de dispensação do SUS de sua região, preenchido e assinado pelo médico responsável**
- **Receita médica original e cópias de acordo com a Secretaria de Saúde de seu Estado**
- **CPF, RG e comprovante de residência que contenha o número do CEP**
- **Exames recentes que comprovam a enfermidade**
- **Informações referentes aos documentos específicos exigidos em cada Secretaria de Estado podem ser obtidas através da**

CENTRAL DE ATENDIMENTO FERRING

0800 772 46 56

Laboratórios Ferring Ltda.
Praça São Marcos, 624 - 1° Andar - CEP 05455-050
Fone: (11) 3024-7500 - São Paulo - SP
e-mail: adm@ferring.com.br - *www.ferring.com.br*

www.pentasa.com.br

FERRING
PHARMACEUTICALS

PUBLICIS SALLES NORTON

Nutrição altamente especializada para pessoas com Doença Inflamatória Intestinal.

Modulen IBD garante uma nutrição completa e balanceada. Sua fórmula contém TGFß2 – um polipeptídeo com propriedade antiinflamatória e de reparação tissular – e baixa quantidade de ômega 6. Isento de lactose, Modulen IBD é fácil de preparar e possui um excelente sabor baunilha. Proporcione a seu paciente com Doença de Crohn um tratamento com ação coadjuvante e de fácil adesão, com ótima recuperação nutricional.

Atendimento ao consumidor
e profissional de saúde:
0800 –7702461

Nestlé Nutrition