ESTUDO NORTE-AMERICANO CONSTATA QUE EXISTE RISCO NA EXPOSIÇÃO EXCESSIVA À RADIAÇÃO IONIZANTE

ABCD em FOCO

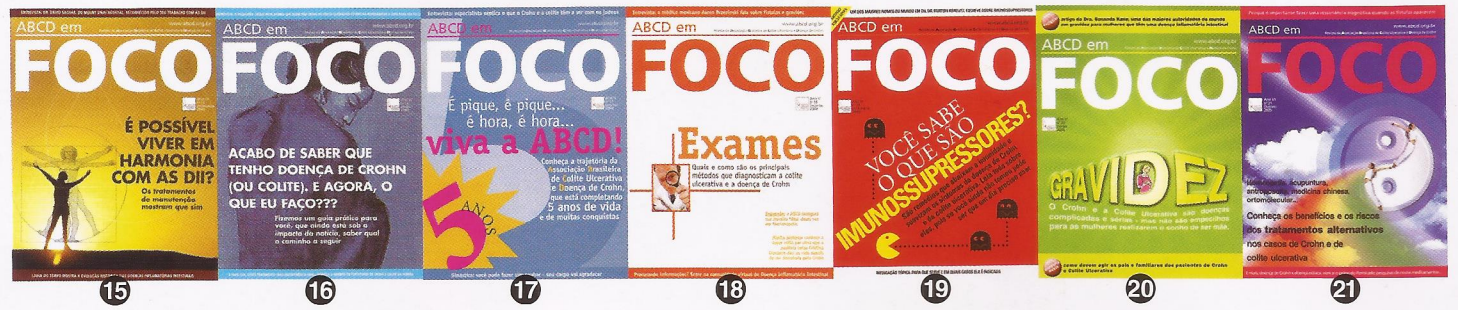
www.abcd.org.br

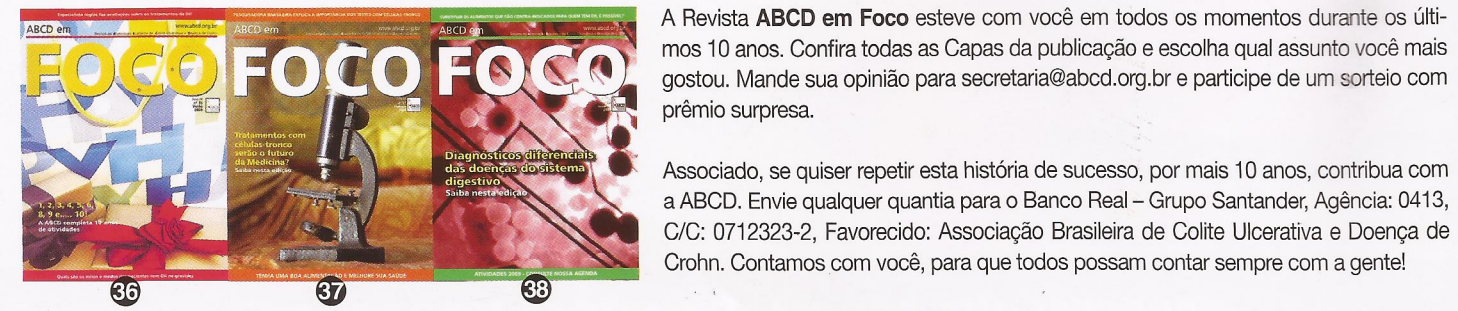
Revista da **A**ssociação **B**rasileira de **C**olite Ulcerativa e **D**oença de Crohn

Ano X
nº 39
Primavera
2009

# Sintomas extra-intestinais na Dermatologia e Reumatologia Conheça-os nesta edição

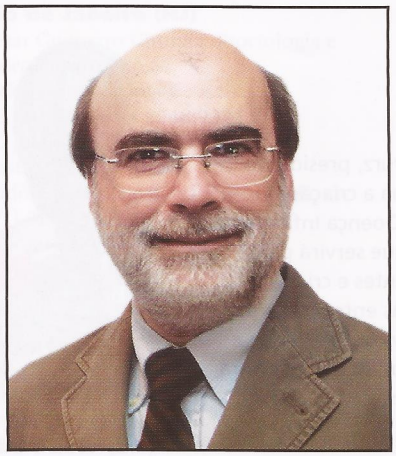
PROFESSORA RENOMADA NOS EUA ABORDA GRAVIDEZ EM PORTADORAS DE DIIs






A Revista **ABCD em Foco** esteve com você em todos os momentos durante os últimos 10 anos. Confira todas as Capas da publicação e escolha qual assunto você mais gostou. Mande sua opinião para secretaria@abcd.org.br e participe de um sorteio com prêmio surpresa.

Associado, se quiser repetir esta história de sucesso, por mais 10 anos, contribua com a ABCD. Envie qualquer quantia para o Banco Real – Grupo Santander, Agência: 0413, C/C: 0712323-2, Favorecido: Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. Contamos com você, para que todos possam contar sempre com a gente!



Entramos na Primavera com ares realmente novos. Imaginem vocês que o Brasil será a sede da Copa do Mundo de 2014 e a cidade do Rio de Janeiro a sede das Olimpíadas de 2016... Sensacional!!!

A caminhada da ABCD também foi incrível. Reuniu um grupo grande de pessoas no Parque do Ibirapuera, em São Paulo, num lindo dia de domingo.

Em novembro, tivemos em São Paulo o V Simpósio Internacional Multidisciplinar de Atualização em Doença Inflamatória Intestinal, que já é tradicionalmente realizado a cada dois anos e que nesta edição trouxe os Profs. David Rubin, de Chicago-EUA, e Simon Travis, de Oxford-Reino Unido. Outro momento de atualização para os nossos especialistas.

Quero em primeira mão trazer uma notícia muito importante e que pode representar um marco histórico para a comunidade de Crohn e Colite Ulcerativa. As maiores entidades mundiais relacionadas com DII se reuniram e decidiram criar o Dia Mundial da DII (WORLD IBD DAY) que será em 19 de maio, começando no ano de 2010. Muitas novidades estarão em breve disponíveis na Internet, como a divulgação de material conjunto das entidades, em uma página que está sendo criada e que será abastecida pelas instituições que fazem parte desta aliança internacional. A colaboração e participação de todos será imprescindível.

Nossa revista, como sempre, está cheia de matérias, com assuntos interessantes. Não deixem de ler a entrevista com a Dra. Uma Mahadevan-Velayos, médica e pesquisadora clínica da Universidade da Califórnia, em São Francisco (EUA), autoridade em DIIs durante a gravidez. Sempre a fazemos com muita dedicação de nossa equipe. Suas sugestões e críticas são importantes para que fique cada vez melhor.

*Desejo a todos uma boa leitura.*

*Dr. Flavio Steinwurz*
*Presidente ABCD*

*"Não há satisfação maior do que aquela que sentimos quando proporcionamos alegria aos outros."*

Masaharu Taniguchi

# Sumário

## Editorial

Dr. Flavio Steinwurz, presidente da ABCD, informa a criação do Dia Mundial da Doença Inflamatória Intestinal que servirá para alertar aos pacientes e criar atividades conjuntas entre todas as entidades envolvidas, claro que a ABCD representando o Brasil trará muitas novidades.....Pág.3

## Matéria de Capa

As doenças inflamatórias intestinais causam diversos sintomas em diferentes partes do corpo, os chamados extra-intestinais. Assim, teremos artigos de grandes especialistas da área de Reumatologia e Dermatologia que vão explicar em detalhes quais são eles, como identificá-los e tratá-los ..... Pág.14

## Facilidades para Você

Convênios exclusivos para os associados da ABCD .....Pág.5

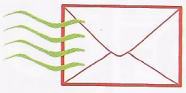
## Regionais ABCD

Todos os escritórios da Associação prontos para lhe atender.....Pág.6

## Entrevista

Nesta edição, a Profa. Dra. Uma Mahadevan-Velayos, da Universidade da Califórnia, nos EUA, faz recomendações para todas aquelas que pensam em engravidar e como atravessar esse período sem deixar que a doença inflamatória intestinal interfira tanto..... Pág.20

## Carta dos Leitores



Espaço reservado para aqueles que quiserem opinar, sugerir, criticar ou elogiar sobre qualquer conteúdo da publicação e nossas atividades.....Pág.7

## ABCD em Festa

Encontro de Portadores e Familiares em DII e Caminhadas para o Crohn e Colite em São Paulo e Guarulhos foram muito prestigiados. Confira as fotos destas atividades que uniram pacientes e médicos da ABCD.....Pág.22

## De Olho no Íleo

Saiba como a Medicina Alternativa e Complementar pode auxiliar no tratamento das DIIs; em que populações específicas são encontrados mais portadores da doença; e por que os exames com radiação ionizantes devem ser ponderados nos pacientes jovens ..... Pág.10

## Comunidade Virtual

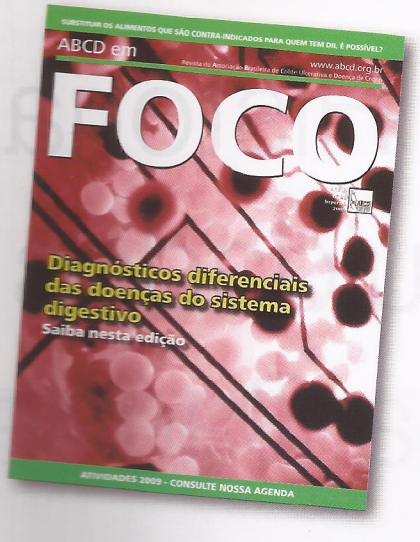
Site faz nova enquete sobre os sintomas que os pacientes de DIIs apresentam com mais frequencia. Veja se você concorda com o resultado.....Pág.11

## News

Evento em Blumenau realizado pela Regional da ABCD tratou de assuntos ligados às áreas de clínica, cirurgia, pediatria, radiologia e reumatologia; você conhece o PIANO? Saiba o que ele pode fazer pelas gerações futuras; veja o motivo pelo qual o Encontro e Caminhada dos Portadores de DIIs foi um sucesso .....Pág.12

## Minha História

Depoimento escrito pela leitora Renata Louchard, portadora da Doença de Crohn, que conta sua trajetória de combate à doença utilizando terapia, bom humor e otimismo. Aprenda com ela como melhorar a sua vida .....Pág. 26




"Caro Flavio, Bom dia! Como vai, tudo bem! Gostaria de parabenizá-lo pelo sucesso da Revista ABCD em FOCO e aproveitar para solicitar, se possível, o envio de mais 10 exemplares da unidade Ano X, nº 38, Inverno 2009, para que possa repassar para alguns pacientes. Desde já agradeço.

Um grande abraço,"

*Luís Carlos Adas de Oliveira*
*E-mail enviado no dia 31 de agosto de 2009*

---

"Li a matéria sobre a DII na gestação e achei que ficou muito bom. Apenas ocorreu um pequeno detalhe equivocado no meu nome, onde o meu último sobrenome aparece como Domingues e é na verdade Rodrigues. Acredito que não há nenhum problema em fazer uma errata na edição da revista seguinte... Um abraço, Dr. Leonardo Rodrigues."

---

São Paulo, 24 de agosto de 2009.

Estou escrevendo esta carta com a intenção de demonstrar minha gratidão a um rapaz muito simpático que se chama Thiago Stabile. Pois ele como minha filha Flávia são portadores de doença de Crohn.

A minha luta e a da minha filha começou em outubro de 2008 quando iniciaram os primeiros sintomas e só obtivemos o diagnóstico da doença em abril de 2009; e a partir daí comecei a procurar ajuda para poder amenizar o sofrimento dela. Foi quando conheci a ABCD e através da mesma encontrei a nutricionista Dra. Maria Izabel a qual indicou para a Flávia o Modulen. O Modulen para minha filha foi muito bom, pois deu a ela uma energia a mais para enfrentar a doença; porém tudo tem um custo e eu vinha lutando para comprar o mesmo.

Foi aí que o Thiago através da ABCD entrou em nossas vidas, pois ele fez uma doação de nada mais nada menos que 24 latas de Modulen para minha menina. Isso para mim foi uma benção.

Então a você Thiago vai o meu profundo agradecimento e desejo que seja muito feliz.

E a você Thiago e a todos que passam por todos os problemas que a vida traz deixo esta pequena mensagem que li outro dia.

"Agradeça sempre. Agradeça pelos sucessos e aplausos, mas também pelas experiências de insucesso e pelas dificuldades. Quando faz isso, você avança um degrau, dá um pulo para um estado superior. Aceitar os obstáculos e procurar crescer com eles lhe dá forças e recursos novos, e faz você gostar mais de si mesmo. Seja qual for o momento por que estiver passando, guarde bons pensamentos sobre a vida, sobre Deus e os seus semelhantes. Como sementes de felicidade, as ideias frutificarão. Toda vez que você agradece, a vida registra um ponto a seu favor."

*Um grande abraço.*
*Patrícia e Flávia*

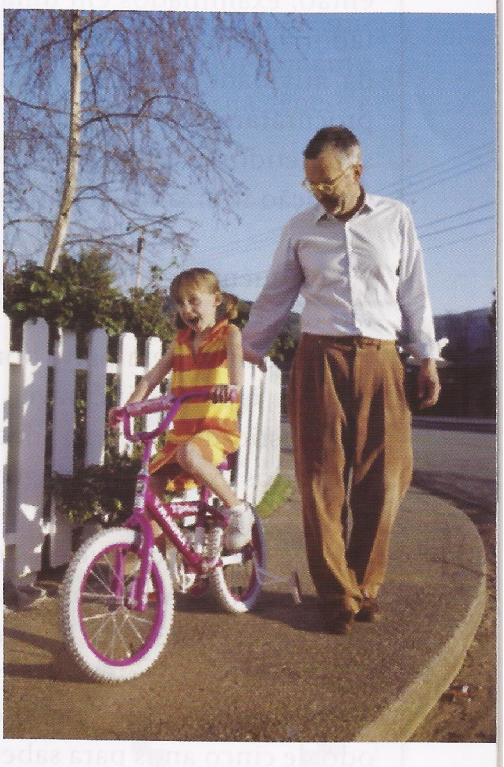
Revista
ABCD em Foco

A/C Renata Donaduzzi - Editora
Alameda Lorena, 1304 - conj. 802
CEP: 01424-001 - São Paulo - SP
E-mail: secretaria@abcd.org.br

# Uma História de Cuidados com a Saúde

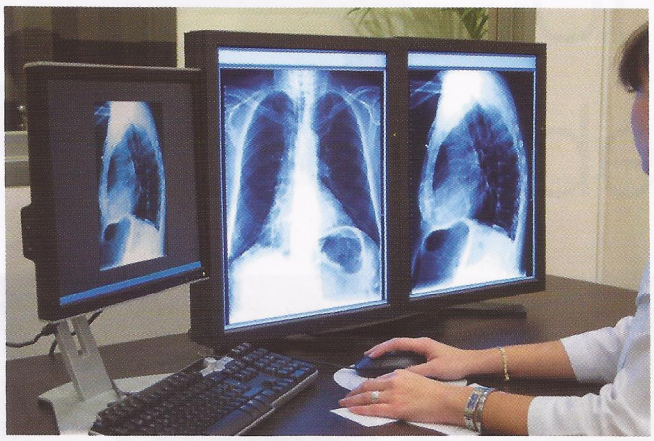
Transformar ciência em cuidado, de forma apaixonada e dedicada. Esta é a essência do trabalho que a Abbott realiza há mais de um século. Seus produtos acompanham as pessoas desde o nascimento até a maturidade, com a missão de renovar a esperança na vida.

ABBOTT CENTER - Central de Relacionamento com o Cliente
0800-7031050
e-mail: abbottcenter@abbott.com
www.abbottbrasil.com.br



Abbott
A Promise for Life

## Pacientes com DII são expostos a excessos potencialmente graves de radiação ionizante (Resumo 650)



Pacientes com doença inflamatória intestinal (DII), doença de Crohn (DC) e colite ulcerativa (UC) fazem frequentes exames radiológicos e podem estar em risco de exposição à radiação excessiva. Estas condições gastrintestinais, frequentemente afetam os jovens, que são, então, examinados em uma tomografia computadorizada para avaliação de complicações ou da atividade de sua doença. Os investigadores procuraram descobrir quantos pacientes foram submetidos a procedimentos radiológicos e à radiação ionizante quanto estavam expostos.

Frequência e idade são fatores-chave na questão de saber se a exposição à radiação excessiva é problemática em parte porque o Crohn é uma doença crônica, incurável. O paciente que é diagnosticado em uma idade jovem pode receber vários exames de imagem, e os doentes mais jovens quando expostos primeiro à radiação, maior será o risco que eles estão tendo de dano ao seu DNA. Investigadores identificaram cerca de 500 pacientes com Doença de Crohn e Colite Ulcerativa para estudar o número e o tipo de exames radiológicos tomados durante um período de cinco anos para saber quantas varreduras ou Raios-X os pacientes haviam sido expostos em um esforço para medir as taxas de exposição à radiação. Eles descobriram que pacientes com Doença de Crohn foram expostos à radiação tantas vezes quanto os pacientes com Colite Ulcerativa. A Dra. Karen Kroeker investigadora da pesquisa, membro da gastroenterologia da Universidade de Alberta, disse que isto pode ser por causa da Doença de Crohn, pois muitas vezes leva a complicações, como obstrução intestinal e/ou fístula que exigem exames radiológicos para o seu diagnóstico.

Dra. Kroeker constatou que a maioria das radiações - cerca de 66% para 75% - foi gerada a partir de tomografia computadorizada, a conclusão do que ela diz é atribuível ao fato de que os exames com tomografia computadorizada tornaram-se disponíveis na maioria dos hospitais ao longo dos últimos 20 anos e são excelentes ferramentas para diagnosticar as complicações associadas com a DII. Quase cada hospital tem uma TC, que é benéfica, pois fornece informações muito boas, disse a Dra. Kroeker. Mas a TC invariavelmente produz mais radiação do que um simples Raios-X ou ressonância magnética. No entanto, acrescenta a Dra. Kroeker que os Raios-X e ressonância magnética geralmente são menos valiosos do que a TC no diagnóstico de associar a complicações com DII. "Sabemos que a tomografia computadorizada é um excelente teste de diagnóstico, porém ela tem o potencial risco de exposição à radiação ionizante. Os médicos precisam testar, explorar e aprender sobre novas e melhores formas de diagnóstico, tais como ultra-intestinais, que poderia eventualmente substituir a TC, "disse a Dra. Kroeker. "Além disso, muitas vezes os médicos precisam estar cientes de que muitos de seus pacientes foram expostos a fim de que eles pudessem determinar o risco adicional de TC."

A Dra. Kroeker apresentou esses dados no dia 2 de junho, no McCormick Place, durante a DDW 2009.

Medicina Alternativa e Complementar pode tratar a Doença de Crohn e colite, mas estas são curadas com terapias médicas convencionais. Algumas pessoas que vivem com essas doenças muitas vezes olham para a medicina complementar e alternativa (CAM) para integrar as terapias convencionais e ajudar a aliviar os sintomas. Esse tipo de abordagem abrange a medicina voltada para a mente e o corpo, práticas esportivas, medicina energética e natural, incluindo vitaminas, probióticos, óleos de peixe, e aloe vera.

### Doença Inflamatória Intestinal em ascensão nas populações específicas

DDW 2009 AASLD AGA ASGE SSAT

Pesquisadores em Chicago (EUA) estão fazendo grandes avanços na compreensão da evolução e tratamento da doença inflamatória do intestino, uma doença inflamatória crônica do trato digestivo que afeta mais de meio milhão de americanos, segundo vários estudos, sendo apresentado na Digestive Disease Week 2009 (DDW ®). DDW é o maior encontro internacional de médicos e pesquisadores nas áreas de gastroenterologia, hepatologia, endoscopia e da cirurgia gastrintestinal.

Doença inflamatória intestinal (DII) é um termo que se refere tanto à colite ulcerativa quanto à doença de Crohn. A colite ulcerativa é uma doença do cólon em que a inflamação do revestimento do intestino grosso ocorre. A doença de Crohn provoca inflamação da mucosa e da parede do intestino e/ou intestino grosso. Quando inflamado, o revestimento da parede intestinal fica vermelho e inchado, torna-se ulcerada e provoca sangramentos.

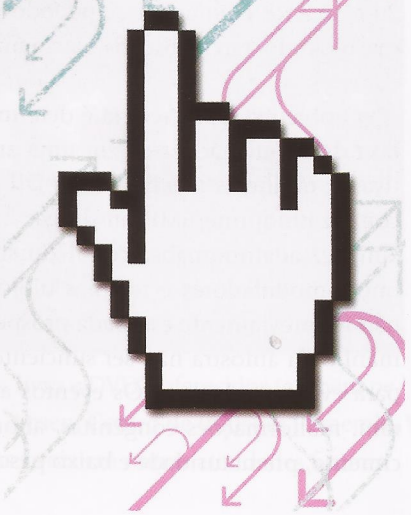
"Ainda há muito que não sabemos sobre a história natural e curso da doença inflamatória do intestino", disse a Dra. Sunanda V. Kane, AGAF, da Mayo Clinic, em Rochester. "Trabalho na epidemiologia destas condições sugere um aumento na incidência, tornando o estudo de sua gênese e o tratamento muito mais importante."

## Comunidade Virtual

## No seu dia-a-dia você tem:

| | |
|---|---|
| Constipação | 35.53% (108) |
| Diarreia | 46.38% (141) |
| Meu trânsito intestinal costuma ser regular | 18.09% (55) |

**Total de votos: 304**



# PIANO – Programa de Registro de Pacientes Grávidas com DIIs

Crohn's & Colitis Foundation of America e Clinical Alliance apresentam os resultados de um programa relacionado a pacientes grávidas em tratamento de doença inflamatória intestinal

No dia 24 de junho de 2009 durante a conferência Digestive Disease Week em Chicago, nos EUA, encontro internacional de gastroenterologistas, foram apresentados os dados preliminares sobre um programa nacional cujo tema era: gravidez em pacientes com doença de Crohn e colite ulcerativa, conhecidas como doenças inflamatórias intestinais (DIIs). O estudo intitulado PIANO – devido às siglas formarem esta palavra somente em inglês – (Gravidez na Doença Inflamatória Intestinal e Neonatal) foi iniciado em agosto de 2007 e registrou mais de quatro centenas de pacientes nos Estados Unidos. A apresentação, da pesquisadora principal, Dra. Uma Mahadevan-Velayos, da Universidade da Califórnia, em São Francisco, forneceu informações sobre a segurança relativa dos tratamentos predominantes para doenças inflamatórias intestinais, no contexto da gravidez e resultados neonatais.

A lógica por trás do registro, uma prioridade para a Crohn's & Colitis Foundation of America e sua Clinical Alliance, uma rede nacional de centros médicos empenhados em melhorar a assistência aos pacientes de DII através da investigação clínica eficaz, foi explicada pela Dra. Mahadevan-Velayos: "Quando diagnosticamos a doença de Crohn ou colite ulcerativa, há sempre três perguntas primárias para o paciente: efeito sobre a vida, a necessidade de medicamentos, e capacidade de ter filhos com segurança. Este estudo promovido pela CCFA que faz o registro da gravidez foi desenhado para nos permitir responder à terceira questão. No momento atual, as nossas respostas são baseadas em dados limitados e temos que dizer às ansiosas mães que sua gravidez é "provavelmente" segura, mas não temos informações suficientes. "Como a idade média de diagnóstico de DII é entre 20 e 30 anos e durante este período podem nascer mais crianças, o estudo tem relevância para a maioria das pacientes.

O objetivo da secretaria é determinar se existe uma maior taxa de eventos adversos em uma amostra nacional prospectiva de mulheres nos EUA com DII que estão sendo tratadas com azathioprine/6MP ou drogas anti-TNF biológicas (infliximabe, adalimumabe, certolizumabe). A segurança destes imunomoduladores e terapias biológicas durante a gravidez não foi previamente estudada prospectivamente devido ao tamanho da amostra não ser suficiente para determinar o risco para eventos adversos. Os eventos adversos considerados foram: malformações congênitas, abortos espontâneos de nascimento, prematuridade e baixo peso ao nascer. Trinta filiadas da CCFA e da Clinical Alliance identificaram e acompanharam uma coorte prospectiva de gestantes com DII. Os dados foram coletados a cada trimestre da gravidez e no parto a cada quatro meses no primeiro ano de vida da criança. A história dos medicamentos utilizados, o curso da atividade em DII e complicações da gravidez foram capturados nos dados. Resultados da gravidez, curso da doença e complicações maternas e marcos de desenvolvimento dos recém-nascidos foram gravados por um ano desde o nascimento.

Em maio de 2009, o Registro calculou que 404 mulheres foram elegíveis, destas 237 gestações se concluíram. Os pesquisadores analisaram três grupos de pacientes, sem imunossupressores ou biológicos durante a gravidez, uma exposta a azathioprine/6-mercaptopurine, e exposta a um anti-TNF agentes biológicos. A incidência de complicações foi expressa em percentagem e comparadas com as estatísticas nacionais e regionais. A análise interina não revelou risco aumentado de eventos adversos, incluindo anomalias congênitas, entre os pacientes expostos à imunomoduladores ou drogas biológicas.

Dr. R. Balfour Sartor, diretor médico do CCFA e orientador, comentou: "A população de grandes estudos tem mostrado que mulheres com DII têm maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascimento e complicações da gravidez e parto. No entanto, há mulheres que não usam esses medicamentos ou não têm dados suficientes sobre eles para responder à questão de segurança a posteriori. A CCFA está empenhada em continuar este programa, para que os médicos possam aprender mais sobre o que esperar durante a gravidez e o seu desenvolvimento em pacientes pediátricos que dependem de medicamentos para controlar essas doenças graves. "

A Clinical Alliance tem sido produtiva para o estudo e publicação de uma série de temas em DII: a compreensão da história natural da Colite Ulcerativa grave, a variação e o tempo de evolução da qualidade dos cuidados, os pareceres do médico sobre como melhorar o cuidado e a co-ocorrência de DII com a saúde sob outras questões. Atualmente, há um grupo olhando para pacientes pediátricos e sua história natural por etnia. Futuros estudos incidirão sobre a determinação do papel da atividade da doença sobre as complicações da gravidez e do recém-nascido, expansão da data de desfecho das crianças até 4 anos de idade, além de verificar o atraso no desenvolvimento, e aumentar o tamanho da amostra para poder ser suficiente como pesquisa e detectar riscos menores de eventos adversos.

*Fonte: www.ccfa.org.*

## II Encontro Sul-brasileiro de DII

Foto: Divulgação

Nos dias 12 e 13 de junho de 2009 aconteceu em Blumenau (SC), o II Encontro Sul-brasileiro de DII. Acompanhando o sucesso do evento ocorrido em 2008 em Curitiba (PR), o evento apoiado pela ABCD - Regional de Blumenau foi prestigiado por médicos e nutricionistas dos três estados da região Sul.

Segundo o Dr. Juliano Coelho Ludvig, diretor da Regional em Blumenau: "Acreditamos que o evento atingiu seu objetivo de solidificar o congresso, que tem caráter anual, e itinerário, sendo o próximo a ser realizado no Rio Grande do Sul em 2010."

Este Encontro enfatizou os temas nas áreas de clínica, cirurgia, pediatria, radiologia e reumatologia relacionadas com a Doença de Crohn e Retocolite.

## ABCD promove palestras de interesse para portadores de Crohn e Colite

Foto: Jefferson Pancieri

O V Encontro dos Portadores e Familiares de Doenças Inflamatórias Intestinais aconteceu no dia 12 de setembro de 2009, na Associação Paulista de Medicina (APM) em São Paulo (SP). Sob a coordenação dos Drs. Flavio Steinwurz e Maria Izabel Lamounier de Vasconcelos, a reunião começou às 09h00 com a palestra Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn (ABCD) proferida pelo Dr. Steinwurz e seguiu com a Dra. Andréa Vieira que falou sobre Doença de Crohn/Retocolite Ulcerativa.

Depois o Dr. Arnaldo José Ganc explicou para o público a respeito dos Exames – Quando, para que e como são feitos?, após houve um momento para tirar as dúvidas. Um intervalo para o café e seguiu-se a palestra da Dra. Denise Steinwurz sobre os Aspectos Emocionais e Psicológicos, do Dr. Freddy Dimantas com o tema Aspectos Gerais da homeopatia e como pode colaborar no tratamento da DII e por último a Dra. Lamounier Vasconcelos abordou a questão Nutrição.

Ao final todos puderam novamente fazer suas perguntas para retirar qualquer dúvida sobre os assuntos propostos e participar do sorteio de brindes.

## Caminhada no Ibirapuera reúne mais de 100 pessoas

No dia 13 de setembro de 2009, domingo, a ABCD promoveu a IV Caminhada para o Crohn e Colite, no Parque do Ibirapuera, em São Paulo (SP) que contou com o apoio da Prefeitura de São Paulo, dos governos brasileiro e inglês, além da empresa Abbott e da WFC (Walk for Crohns). A programação consistiu na concentração dos participantes no Portão 10, na abertura do evento, depois todos fizeram o aquecimento com exercícios de alongamento. Às 09h30 começou a Caminhada pelo parque com término uma hora depois, momento para se refrescar e dar uma hidratada no corpo.

Foto: Jefferson Pancieri

Antes do encerramento, os presentes participaram do sorteio de brindes como squezzes, estrelinhas anti-stress, cestas de produtos, mochilas, cremes, perfumes, livro e DVD's oferecidos também pelas mesmas empresas apoiadoras do V Encontro de Portadores. Sendo elas: Abbott, Abrapreci, Apsen, Centro de Infusões Pacaembu (CIP), Nestlé, Trade Pharma, e Vitaderm. A ABCD agradece o apoio e espera contar com todas vocês em outras atividades futuras.

# Manifestações extra-intestinais das DIIs

Sintomas não são frequentes, mas acometem alguns pacientes e eles podem ter acontecido com você. Se não ocorreram ainda, fique atento. Acompanhe os dois artigos elaborados pelos Drs. Mario Grinblat, dermatologista e José Goldenberg, reumatologista.

## Sinais e sintomas dermatológicos nas doenças inflamatórias intestinais

### Alterações cutâneas em pacientes com sangramento gastrointestinal

**Mal formações congênitas de vasos sanguíneos**
- Teleangectasia hemorrágica hereditária
- "Blue rubber bleb nevi"

**Afecções hereditárias do tecido conectivo**
- Síndrome de Ehlers - Danlos
- Pseudoxantoma elástico
- Sarcoma de Kaposi
- Vasculite
- Polipose
- Colite ulcerativa e doença de Crohn
- Tumores gastrointestinais
- Drogas

- Sangramento Intestinal

A característica da Teleangectasia hemorrágica hereditária é epistaxe familiar com presença de teleangectasias nas superfícies mucosas e presença de mal formações arterio-venosas em múltiplos órgãos. Hemorragias do intestino e estômago ocorrem em 40% dos pacientes, com média de idade de 55 anos. Há casos esporádicos e outros familiares de "Blue rubber bleb nevus", estes últimos por herança autossômica dominante. As mal formações venosas se projetam para a luz do intestino, principalmente o delgado. Sangram facilmente, causando anemia crônica. Raramente pode haver hemorragia aguda.

- Na síndrome de Ehlers-Danlos há possibilidade de ruptura do intestino, principalmente do cólon sigmóide. Também podem ocorrer hérnias e divertículos.

- 13% dos pacientes de pseudoxantoma elástico têm sangramento intestinal, principalmente gástrico, podendo ser a primeira manifestação da doença.

- O intestino delgado pode ser atingido pelo sarcoma de Kaposi, podendo sangrar.

- Pode haver também sangramento por ingestão de medicamentos (corticóides, metotrexate).

• Dor Abdominal

## Lesões cutâneas com dor abdominal

Herpes zoster
Angioedema
Porfiria
Doença de Fabry
**Vasculite**
- Púrpura de Henoch-Schönlein
- Doenças vasculares (colágeno)
- Papulose atrofica maligna

**Poliposes**
- Síndrome de Gardner
- Síndrome de Peutz-Jeghers
- Síndrome de Cronkite-Canada
- Neurofibromatose
- Colite ulcerativa

**Doença inflamatória do intestino: colite ulcerativa e doença de Crohn**
Pancreatite
Tumores gastrointestinais
- Metástases
- Dermatomiosite
- Acantose nigricante
- Hipertricose

- Envolvimento de raízes vertebrais T6-L1 em Herpes zoster pode causar dor abdominal antes do aparecimento de lesões cutâneas.

- Surtos agudos de urticária ou angioedema podem causar dor abdominal. Há edema de mucosa intestinal, espessamento da mesma, derrame de fluido peritoneal visto em ultrassonografia, evitando cirurgias desnecessárias.

- Na Porfiria variegata há envolvimento cutâneo com surtos de dores abdominais. Gravidez, ingestão de estrógenos e griseofulvina podem precipitar ataques agudos. O diagnostico é feito pela detecção de uroporfirina urinária e protoporfirina fecal, além de imunofluorescência.

- Um terço dos pacientes de mastocitose tem dores abdominais, diarreia, ulceras pépticas e sagramento intestinal.

- Vasculite

- A púrpura de Henoch-Schönlein é comum em pernas e nádegas e pode ocorrer associada a edema de articulações; 76% dos pacientes têm envolvimento gástrico com cólicas abdominais, náuseas, vômitos, diarreia e até pancreatite. Pode ocorrer envolvimento renal. Lesões eritematosas vistas em endoscopia gastrointestinal alta podem ulcerar. Estas últimas melhoram com corticóides.

- Na Papulose maligna atrófica que apresenta lesões típicas na pele podem ocorrer também sintomas gastrointestinais.

- A doença de Crohn é um processo granolomatoso não específico que ocorre em ambos os sexos, predominando entre 20 e 40 anos. Como existem evidências de alterações do complemento, parece haver substrato imune para o processo. Há uma base genética comum entre colite ulcerativa, doença de Crohn e a espondilite anquilosante. Todas estas em várias fases podem cursar com manifestações cutâneas. Alterações inflamatórias perianais, em nádegas e abdome se caracterizam por úlceras, fistulas ou placas vegetantes. A doença de Crohn é uma entidade não infecciosa, inflamatória, que acomete o intestino, região perineal e região genital. Ocorrem fístulas que vão do intestino às áreas de pele circunjacentes e drenam material sero-purulento; são as manifestações clínicas mais frequentes. Ulcerações cutâneas que não se estendem ao intestino também estão presentes. São lineares, lembrando lacerações, mais comuns em dobras cutâneas. Edema firme em base eritematosa também é encontrado. Diagnósticos podem ser comprovados por biópsia e identificação da moléstia intestinal. A doença deve ser diferenciada da hidroadenite supurativa (H.S). O tratamento sistêmico é o mesmo da moléstia intestinal. Corticóides tópicos e intralesionais podem ser usados juntamente com cuidados locais para ajudar na cicatrização das ulcerações. Pode haver coexistência de H.S. e Crohn, principalmente em períneo, com possibilidade de um curso mais grave, às vezes fulminante. Um quadro de Crohn pode ser indistinguível de H.S. perianal. Em casos de associação de Crohn com H.S. costuma ser de alta eficácia o tratamento com infliximabe, que é eficaz ao provocar remissão dos sintomas e controlar os surtos da afecção em pacientes com H.S. e colite ulcerativa.

Um terço dos pacientes com a ileíte de Crohn tem estas manifestações cutâneas. Pode haver também edema e eritema do escroto e dos grandes lábios. Placas eritematosas podem ulcerar, formando úlceras de bordas subminadas, com fistulas localizadas mais frequentemente em abdome, tórax, membros superiores e face; 5 à 20% dos pacientes com Crohn apresentam nódulos gengivais, lesões aftóides, ulcerações lineares, queilite angular, queilite granulomatosa, hiperplasia gengival, edema oral difuso e pioestomatite vegetante. Podem ocorrer também manifestações cutâneas reativas: periarterite nordosa, eritema nodoso, eritema polimorfo, vasculite nodular, eritema palmar, epidermólise bolhosa adquirida, patergia, etc...

Ao exame histopatológico nota-se infiltrado inflamatório granulomatoso com turbérculos epitelióides sem necrose de caseificação, com células gigantes de Langhans, idênticos aos encontrados em lesões intestinais.

O diagnóstico é clínico e histológico, correlacionando-se as lesões cutâneas à moléstia intestinal. O diagnóstico diferencial, deve ser feito com tuberculose, sarcoidose, micoses profundas, donovanose, hidroadenite supurativa, micobacterioses atípicas, esquistossomose genital, pioderma gangrenoso, linfogranuloma venéreo, linfedema crônico, granulomas de corpo estranho e tumores.

O tratamento é o da doença de base, podendo ser clínico com corticosteróides, anticorpos monoclonais quiméricos Ig6 anti TNFalfa ou cirúrgico.

- Na colite ulcerativa e na doença de Crohn existem dores abdominais, sangramento gastrointestinal e diarreia. A colite ulcerativa predispõe a câncer de cólon. As complicações das duas doenças são similares.

- 50% dos pacientes com pioderma gangrenoso (P.G.) apresentam doença inflamatória do intestino; 12% de pacientes com colite ulcerativa e 2% dos pacientes com Crohn vão desenvolver esta condição. A severidade e a extensão das lesões de P.G. são ligadas à severidade da doença intestinal. O tratamento do Crohn provoca cicatrização das lesões de P.G.. Pode haver associação com eritema nodoso.

- Na doença de Crohn são comuns nódulos granulomatosos orais que podem coalescer. Esta é uma das causas da queilite granulomatosa que pode preceder a doença intestinal por muitos anos. Ocorrem granulomas no peritônio, na colostomia, ileostomia, em associação com cicatrizes, fístulas. Podem ocorrer em locais não contíguos ao intestino (mais raramente), como tronco e membros. São as lesões conhecidas como "metástases cutâneas da doença de Crohn". Podem aparecer também lesões aftosas uceradas.

- Em pacientes submetidos à cirurgia gástrica ("Bypass") c redução com anastomose jejuno-ileal e jejuno-colica pa tratar obesidade mórbida, se observam secura da pele, qu da de cabelo, febre recorrente, atralgias, lesões cutâneas c vasculite e inflamatórias.

- Na doença de Cronkite-Canada há alopecia e alteraçõ ungueais. Polipos inflamatórios são vistos em estômago intestino. Dores abdominais, diarreia com perda de potá sio podem ser encontradas.

- Na síndrome de Peutz-Jeghers, que é autossômica dom nante existem máculas pigmentadas em boca, lábios e d dos. Hoje estas lesões são removidas com uso de laser c rubi ou Nd-Yag. Histologicamente é um pólipo tipo h martoma, principalmente em intestino delgado. Sangr mento é raro, e 2% dos pacientes desenvolvem câncer c estômago, duodeno e colo.

- Em casos de pancreatite crônica, podem aparecer nódulo subcutâneos de necrose gordurosa que podem ucerar.

- Polipose: pólipos verdadeiros existem principalmente em c lon e reto. Podem ser hamartomatosos ou inflamatórios. C primeiros são tumores não neoplásicos compostos de tecido normalmente presentes nestes órgãos. As síndromes polip sas hamartomatosas (Peutz-Jeghers, Cronkite-Canada) d vem ser distinguidas das poliposes adenomatosas (Gardner Podem coexistir pólipos hamartomatosos e adenomas e est podem se desenvolver dentro dos anteriores, contribuind para a ocorrência frequente de adenocarcinomas.

- A síndrome de Gardner é autossômica e dominante. Cara teriza-se pela presença de cistos cutâneos e pólipos aden matosos pré-malignos, particularmente no cólon e reto. Pe dem se desenvolver carcinomas duodenais e hepáticos. A lesões cutâneas muitas vezes precedem as lesões gastrointe tinais e incluem cistos epidermoides solitários ou múltiplo fibromas, lipomas, pilomatrixomas e lesões oculares.

Dr. Mario Grinblat
*Médico dermatologista do Hospital Israelita Albert Einstein*
*Coordenador da área de laser em Dermatologia*
*Membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia e da Sociedade Brasileira de Laser*

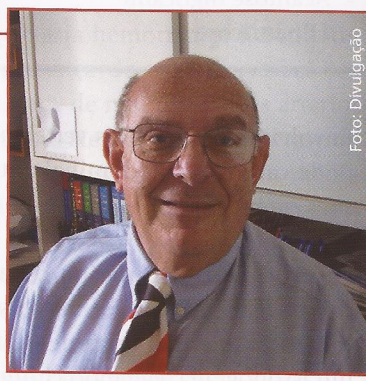


Foto: Divulgação

# Védica

extrato seco

## *Boswellia serrata* Roxb.

### Ação anti-inflamatória específica nas DIIs[1,2,3]

- **Indicações:**
  Doenças Inflamatórias Intestinais, particularmente Colite Ulcerativa e Doença de Crohn.

- **Apresentação:**
  Caixa com 60 comprimidos

- **Posologia:**
  1 comprimido 3 vezes ao dia, por pelo menos 6 semanas.

**VÉDICA** – *Boswellia serrata* Roxb. ex Colebr - Burseraceae. **Extrato seco 350 mg. FORMA FARMACÊUTICA, VIA DE ADMINISTRAÇÃO E APRESENTAÇÕES: USO ORAL.** Comprimidos revestidos de 350 mg. Caixas com 60 comprimidos. **USO ADULTO. COMPOSIÇÃO:** Cada comprimido revestido contém: 350 mg. Extrato seco de *Boswellia serrata* 350 mg. Excipientes* qsp 1 cpr. *Excipientes: Celulose microcristalina, polivinilpirrolidona, croscarmelose sódica, estearato de magnésio, hidroxipropilmetilcelulose, polietilenoglicol, óxido de ferro amarelo e dióxido de titânio. **Correspondência em marcador:** 350 mg do extrato seco de *Boswellia serrata* correspondem a 3 mg de AKBA (Ácido 3 acetil-11-ceto-B-bosvélico). **Indicações:** O medicamento VÉDICA, extrato seco de *Boswellia serrata*, está indicado no tratamento de doenças inflamatórias intestinais, particularmente da colite ulcerativa e doença de Crohn. **Indicações Complementares:** Secundariamente o produto VÉDICA (extrato seco de *Boswellia serrata*) também pode ser recomendado no tratamento de osteoartrite e artrite reumatóide. **Contra-indicações:** O produto VÉDICA (extrato seco de *Boswellia serrata*) é contra-indicado nos casos de hipersensibilidade a *Boswellia serrata* ou aos componentes da formulação do produto. **Posologia:** O produto VÉDICA é apresentado na forma de comprimidos revestidos de 350mg. VÉDICA deve ser ingerido depois das refeições, preferencialmente com algum alimento gorduroso, e a via de administração proposta é a via oral, com o auxílio de quantidade suficiente de líquido. **Adultos:** A posologia recomendada de extrato seco de *Boswellia serrata* 350 mg é de um comprimido três vezes ao dia, por pelo menos seis semanas. **Advertências:** Em pacientes com gastrite ou doença de refluxo gastroesofágico pré-existente o uso de extratos de *Boswellia serrata* deve ser cuidadoso, pois refluxo e dor epigástrica têm sido associados com o uso do produto. **Gravidez:** A goma-resina de *Boswellia serrata* tem sido reportada em literaturas tradicionais como tendo atividade emenagoga, podendo interferir na gestação. Assim, deve-se evitar o uso durante a gravidez e lactação sem acompanhamento e consentimento do médico responsável. **Amamentação:** Não existem informações disponíveis sobre a utilização deste produto por pacientes grávidas ou que estejam amamentando. Segundo estudos, o óleo essencial especificamente não deve ser administrado durante a gravidez nem na lactação. **Interações medicamentosas:** Por apresentar o mesmo mecanismo de ação, VÉDICA pode potencializar a ação de outros inibidores de leucotrienos, como produtos à base da espécie antiinflamatória *Harpagophytum procumbens* ou dos fármacos zafirlukast e montelukast, que são utilizados no tratamento da asma. Podem também ocorrer interações medicamentosas de potencialização de efeitos entre o medicamento VÉDICA (*Boswellia serrata*) e agentes antineoplásicos, agentes redutores de lipídeos, medicamentos solúveis em gordura e de redução de efeitos entre VÉDICA (*Boswellia serrata*) e agentes antiinflamatórios não-esteroidais – inibidores de COX-2. **Interações com alimentos:** Verificou-se um aumento na meia-vida dos ácidos boswélicos nos pacientes tratados conjuntamente com dieta gordurosa. Esse aumento expressivo está associado à presença dos ácidos biliares, que devem promover o aumento da solubilidade e absorção dos ativos. Em pacientes em jejum os níveis foram bem menores, mesmo tornando indetectáveis dois dos triterpenos utilizados como marcadores do estudo. **Reações Adversas:** As manifestações obtidas dos estudos clínicos realizados com extratos da goma-resina, incluem efeitos gastrointestinais (ocorrência de queimação retroesternal, náuseas, flatulência abdominal, dor epigástrica, anorexia e dermatite - 6 de 34 pacientes que consumiram o produto) e efeitos sobre a pele (dermatite verificada em 3 de 42 pacientes com osteoartrite e 1 em 20 pacientes com artrite reumatóide, que receberam um medicamento misto com Boswellia e outros ingredientes). Ocorrência de dermatite foi relatada em 4 de 62 pacientes (6%) em dois estudos clínicos empregando uma combinação de *Boswellia serrata, Curcuma longa, Withania somnifera* e complexo de zinco. Embora o efeito da *Boswellia* isoladamente não seja claro, esta ocorrência pode ser real para esta droga. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Reg. MS nº 1.0118.0600. **APSEN FARMACÊUTICA S/A.**

**Contra-indicações:** O produto VÉDICA (*Boswellia serrata*) é contra-indicado nos casos de hipersensibilidade a *Boswellia serrata* ou aos componentes da formulação do produto. **Interações medicamentosas:** Por apresentar o mesmo mecanismo de ação, VÉDICA (*Boswellia serrata*) pode potencializar a ação de outros inibidores de leucotrienos, como produtos à base da espécie antiinflamatória *Harpagophytum procumbens*.


**Referências Bibliográficas:** 1. Gupta I, Parihar A, Malhotra P, et al. Effects of Gum Resin of *Boswellia serrata* in patients with cronic colitis Planta Med 2001. 67:391-5. 2. *Boswellia serrata* Alternative Medicine Review 1998 3(4): 306-7. 3. Kiela PR, Midura AJ, Kuscuoglo N, et al. Effects of *Boswellia serrata* in mouse models of chemically induced colitis AM J Physiol Gastrointest Liver Physiol 2005 288: G798-808.


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

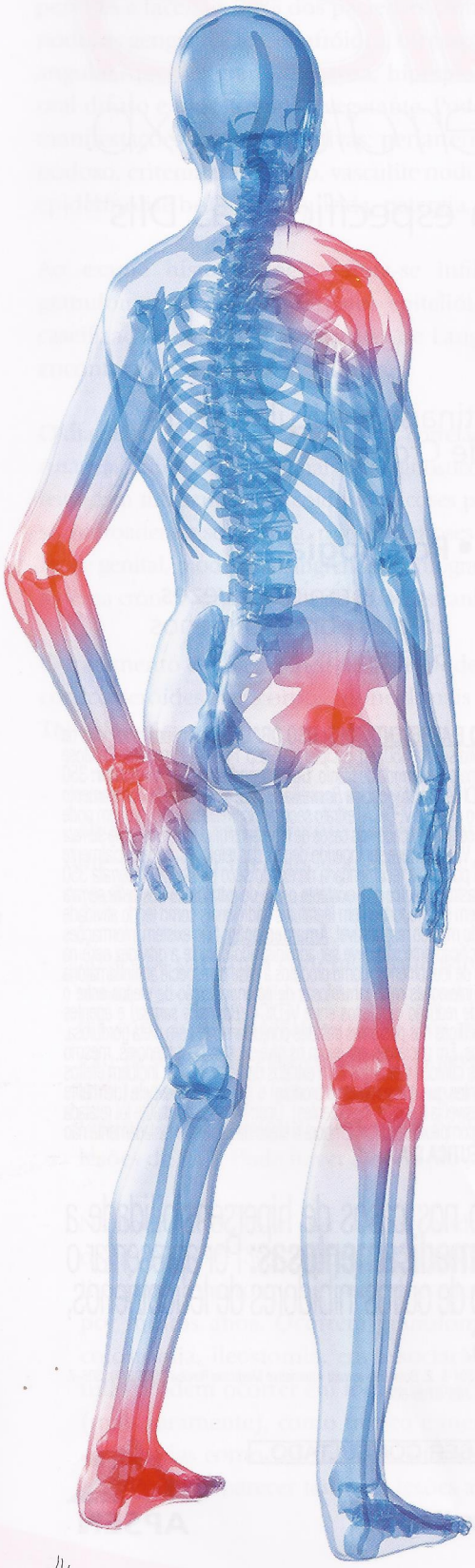
A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

**Material destinado exclusivamente à Classe Médica**

APSEN

wtpublicidade.com.br

# Manifestações articulares associadas com doenças inflamatórias intestinais



## Considerações gerais

A artrite é uma manifestação extra-intestinal presente em várias doenças, incluindo a doença inflamatória intestinal (DII), doença celíaca (enteropatia glúten induzida), pós-cirurgia de by-pass intestinal, colite pseudomembranosa, infecções bacterianas do intestino, entre outras.

A manifestação osteoarticular acomete de 10 a 22 % dos pacientes com doença inflamatória intestinal. Ela ocorre frequentemente quando o intestino grosso é afetado e naqueles pacientes com complicações decorrente da doença como abscessos, hemorragia maciça, doença perianal, polipose pseudomembranosa, estomatite, eritema nodoso e uveíte, entre outros. Pacientes com a doença de Crohn tem maior prevalência em desenvolver artropatia do que aqueles com Retocolite Ulcerativa. Estas afecções têm igual incidência entre os sexos, acometendo crianças e adultos.

## Retocolite Ulcerativa e Doença de Crohn

A Retocolite Ulcerativa e a doença de Crohn são as doenças inflamatórias intestinais que apresentam maior associação com a artrite e a espondilite, e estão incluídas na família das espondiloartropatias, em razão de apresentarem manifestações comuns a outros membros dessa família como a espondilite anquilosante, artrite reativa, artrite psoriasica, entre outras.

## Manifestações clínicas

As articulações periféricas sacroilíacas e a coluna vertebral são acometidas, isoladas ou em combinação.

A artrite periférica (tipo I) tem incidência em 5% dos casos com DII, tende a ser aguda e, pauciarticular (afeta quatro ou menos articulações), regra geral de início precoce, podendo preceder em vários anos a manifestação da doença intestinal ou se reagudizar acompanhando a mesma. A doença tem evolução auto-limitada, e tem remissão em um período de 6 meses em 90% dos casos. Esta forma de artrite não costuma ser erosiva com deformidades a não ser nas coxofemorais em alguns casos. O joelho é a articulação mais acometida. Entretanto cotovelos, tornozelos ou punhos, entre outras podem ser afetadas.

A artrite periférica (tipo II) tem incidência em 3 a 4% dos casos com DII. Ela tem comprometimento poliarticular (5 ou mais articulações), sendo a articulação metacarpofalangeana das mãos particularmente envolvida. Outras articulações são também acometidas com menor frequência como joelhos, tornozelos, cotovelos, ombros, punhos, interfalangeanas proximais das mãos e metatarsofalangeanas dos pés. Metade dos pacientes com esta forma de artrite periférica tem doença migratória. Ela pode ser crônica com sinovite em atividade que pode persistir por vários meses ou apresentar períodos de remissão por vários anos com surtos de reagudização.

O envolvimento articular pode ocorrer mesmo na ausência de atividade inflamatória da doença intestinal.

Na espondilite, o acometimento da coluna vertebral tem prevalência de 10 a 26% dos pacientes com DII. O sexo masculino é mais acometido. Os pacientes relatam rigidez prolongada na coluna vertebral e região superior das nádegas, no período da manhã ou após o repouso. A dor e a rigidez melhoram com exercícios ou quando o portador se levantar. As manifestações sintomáticas vertebrais podem não estar associadas à atividade inflamatória da doença intestinal. O exame físico pode revelar flexão e lateralização limitada da coluna vertebral e redução da expansibilidade do tórax. A espondilite pode ser uma manifestação isolada ou estar associada à artropatia periférica.

A sacroileíte tem entre os seus sintomas dor uni ou bilateral em regiões das nádegas podendo se irradiar para as regiões posteriores ou mediais das coxas até os joelhos. Entretanto, ela pode estar presente e ser assintomática. Esta situação é detectada pela radiografia simples, de 4 a 14% dos casos. Estudos utilizando a tomografia computadorizada detectaram sacroileíte em 45% de pacientes com dor lombar. Utilizando o mapeamento ósseo com de tecnetium em 52%. A Ressonância Magnética é o método de diagnóstico mais precoce.

A presença de sacroileíte não indica um risco mais elevado para o desenvolvimento de espondilite na coluna vertebral.

## Exames Subsidiários

**Laboratório**: as provas de atividade inflamatória inespecíficas como o hemograma, velocidade de hemossedimentação e a proteína C reativa se encontram alteradas refletem a atividade da doença intestinal, portanto, de pouca valia na avaliação da artrite ou da espondilite. O fator reumatóide e o fator antinuclear ausentes na maioria dos casos.

O antígeno de histocompatibilidade HLA-B27, presente em 50 a 75% dos pacientes com comprometimento axial (coluna vertebral e sacroilícas). Também relatado em alguns casos com artrite periférica tipo I. Esta associação apenas reforça o diagnóstico.

O líquido sinovial apresenta padrão inflamatório com 5000 a 12.000 leucócitos por microlitro, com predomínio de células polimorfonucleares. A biópsia da membrana sinovial é inespecífica.

**Estudo de Imagem**: o exame radiográfico da coluna vertebral pode mostrar imagens típicas de espondilite anquilosante e sacroileíte. O estudo das articulações periféricas demonstra edema de partes moles, osteoporose juxtaarticular, periostite, e presença de líquido sinovial, geralmente sem erosões ou destruição. Com frequência pacientes assintomáticos com DII têm exames de imagem anormais. Estudos das articulações sacrilíacas em 65 pacientes com DII assintomáticos mostraram ao RX simples imagens sugestivas em 18% dos casos e em 32% pela tomografia computadorizada (CT). A ressonância magnética (RM) é o método mais precoce para a detecção das alterações nas articulações sacroilícas e da coluna vertebral. O mapeamento ósseo com tecnetium também pode ser útil. Logo as imagens geralmente são similares a espondilite anquilosante primária embora com maior frequência de sacroileíte assimétrica e anquilose das articulações zigoapofisárias.

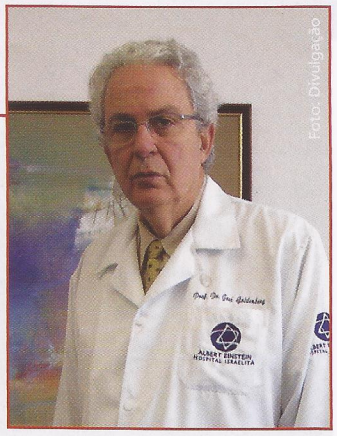
**Diagnóstico**: O diagnóstico é clínico e não existe nenhum exame específico patognomônico que confirme o acometimento osteoarticular. Existe suspeita clínica da artrite por DII, quando a mesma estiver presente ou já diagnosticada. Caso contrário deverá sempre ser realizado um diagnóstico diferencial e o diagnóstico de exclusão. Em dúvida fica o diagnóstico de artropatia soro negativa indiferenciada.

**Tratamento**: As terapias das artrites enteropáticas (DII) seguem os mesmos princípios das espondiloartropatias em geral. Os anti-inflamatórios não hormonais são inicialmente utilizados, com cautela, pois podem exacerbar a doença intestinal e possuem efeitos colaterais que podem mimetizar um novo surto agudo da doença. A decisão de sua utilização deve ser sempre em conjunto com o gastroenterologista.

Quando não ocorrer o efeito desejado utilizamos a sulfasalazina efetiva na artrite periférica. Na falta de eficácia o methotrexato também na forma de artrite periférica.

São também utilizados em alguns casos infiltração intraarticular com corticosteróides.

Terapias biológicas com anti-TNF alfa tem modificado o prognóstico dessa afecção e utilizados com cautela sob rígido controle médico em casos específicos, efetiva na artrite periférica e axial.




*Prof. Dr. Jose Goldenberg*
*Professor livre docente de Reumatologia pela Unifesp*
*Membro da Academia Brasileira de Reumatologia*
*Médico do Hospital Israelita Albert Einstein*

A edição de Primavera traz para os leitores uma questão que aflige muitas mulheres: gravidez em portadoras de doenças de Crohn e colite ulcerativa. Quem nos ajudou foi a Dra. Uma Mahadevan-Velayos, Professora Assistente de Clínica Médica e Diretora do Centro de Pesquisa Clínica para Colite e Doença de Crohn da Universidade da Califórnia, em São Francisco (EUA). Acompanhe em seguida um pouco mais sobre ó que as futuras grávidas devem fazer e como manter a sua gestação sem riscos.

1. A taxa de fertilidade é diferente em pacientes com doença inflamatória intestinal e colite ulcerativa?

R: Mulheres com doença inflamatória intestinal têm as taxas de fertilidade iguais àquelas que realizam cirurgia na pelve. Por exemplo, mulheres com colite ulcerativa têm a mesma taxa de fecundidade da população em geral antes e após o diagnóstico da doença. No entanto, uma vez que tenha feito uma coleostomia com bolsa ileoanal, sua fertilidade (capacidade de conceber) atinge de 50-80%.

Foto: Divulgação

2. Pacientes com doença de Crohn ou colite ulcerativa podem tomar medicamentos durante a gravidez?

R: Os pacientes com DII devem discutir a sua medicação com seu gastroenterologista antes de tentar a concepção. Metotrexato e talidomida é contra-indicado durante a gravidez e deve ser interrompido 3-6 meses antes mesmo de tentar a concepção. O 5-ASA agentes são de baixo risco e podem ser continuados durante a gravidez e a lactação. Sulfassalazina folato deve ser reduzido assim que as mulheres aumentarem a ingestão de ácido fólico para 2 mg diários. Os esteróides têm baixo risco de fenda palatina, quando utilizados no primeiro trimestre, devendo aumentar o risco de diabetes gestacional. No entanto, em geral, são de baixo risco e podem ser usados se forem absolutamente necessários. Os riscos da Azathioprine/6-mercaptopurine são mais controversos, mas se ele é a única droga a ser utilizada para manter a remissão durante a gravidez, opte pelo uso contínuo e é considerado risco baixo e compatível com a amamentação. O anti-TNF infliximabe, adalimumabe e certolizumabe são consideradas drogas de baixo risco na gravidez e compatíveis com a amamentação. Infliximabe e adalimumabe são anticorpos IgG1 que podem atravessar a placenta facilmente no terceiro trimestre, assim o bebê pode nascer com altos níveis de drogas. Por este motivo, é recomendável dar a última dose às 30ª-32ª semanas de gestação e imediatamente após o parto. Certolizumabe é um fragmento com baixas taxas de transferência e, portanto, pode ser a dose na programação durante toda a gravidez.

3. Alguns cuidados especiais devem ser tomados com relação ao parto e no pós-parto?

R: As mulheres com DII podem ter aumento de complicações do parto e nascimento (além de maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e aborto) e, portanto, todas devem seguir como pacientes obstétricas de alto risco. As mulheres com DII podem fazer parto normal, se aprovado pelo obstetra. Contra-indicações da doença perianal são ativas no momento da entrega ou em uma bolsa ileoanal. Além disso, crianças expostas ao infliximabe e adalimumabe durante a gravidez não devem tomar a vacina de vírus vivos durante os primeiros 6 meses de vida (nos EUA apenas do rotavírus, mas alguns países usam vírus vivos para poliomielite). Todas as outras vacinas inativas são dadas dentro do cronograma.

4. É perigoso engravidar e existe risco elevado na gravidez em pacientes com DII?

R: Não há nenhum risco significativo de gestação, para a paciente com DII. O risco de flare é o mesmo que se não for gravidez (33% em 1 ano), a menos que a mulher pare sua medicação, caso em que o risco é maior. Todas as mulheres com DII devem ser acompanhadas como pacientes de alto risco obstétrico dado o aumento do risco de parto, aborto prematuro, baixo peso ao nascer, complicações de parto e parto.

5. A mulher com DII que tem dificuldade em engravidar pode submeter-se a fertilização in vitro?

R: Sim.

6. Algumas recomendações adicionais devem ser feitas com relação às vitaminas durante a gravidez?

R: Todas as mulheres devem começar tomando as vitaminas pré-natais antes de tentar a concepção. As mulheres com DII em tratamento com sulfassalazina devem tomar 2 mg de ácido fólico por dia em vez de um. Tudo o mais é o mesmo.

Foto: Jefferson Pancieri

Momento de aquecimento dos participantes antes da IV Caminhada para o Crohn e Colite, que foi realizada no dia 13 de setembro, no Parque do Ibirapuera, em São Paulo (SP)

Foto: Jefferson Pancieri

Foto oficial da Caminhada para o Crohn e Colite contou com a presença do presidente da ABCD, Dr. Flavio Steinwurz, médicos e pacientes da associação, além de seus familiares e amigos

Foto: Divulgação

Mais de 60 pessoas fizeram a Caminhada para o Crohn e Colite em Guarulhos (SP), que foi realizada pela nossa regional

Foto: Divulgação

Foto oficial da Caminhada de Guarulhos também reuniu os associados médicos e seus pacientes

Foto: Rocha RS

Público presente ao Simpósio lotou o auditório do Centro de Convenções do Mercure Grand Hotel São Paulo

Foto: Rocha RS

Módulo Tratamento Clínico. Da esq. p/ dir.: Drs. Eduardo Lopes Pontes, Wilson Roberto Catapani, Orlando Ambrogini, Andréa Vieira, Adérson Damião, David Rubin (EUA) e Simon Travis (Reino Unido)

Foto: Rocha RS

Da esquerda para direira: Drs. Flavio Steinwurz, Paulo Roberto Arruda Alves, Arnaldo José Ganc e Artur Adolfo Parada

Foto: Divulgação

Dra. Andréa Vieira falou sobre Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa durante o V Encontro dos Portadores e Familiares de Doenças Inflamatórias Intestinais, que aconteceu no dia 12 de setembro, no Auditório da Associação Paulista de Medicina, em São Paulo (SP)

Foto: Divulgação

Vista parcial da plateia. Cerca de 90 pessoas aproveitaram as importantes palestras proferidas pelos médicos convidados por ocasião do V Encontro: Drs. Flavio Steinwurz, Andréa Vieira, Arnaldo Ganc, Denise Steinwurz, Freddy Dimantas e Maria Izabel L. de Vasconcelos

Ogilvy Healthworld

Abril/2007

Existe um caminho importante para o tratamento da Doença Inflamatória Intestinal: informação.

Acesse o site www.dii.com.br. Entre. Você não está sozinho.

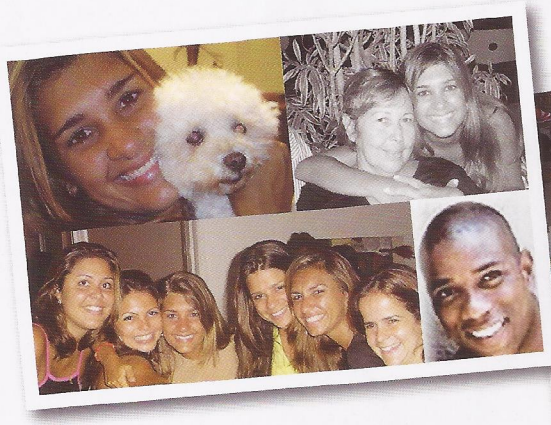
Dores abdominais, cólicas e diarréia, às vezes acompanhadas de sangue, podem ser sintomas da DII – Doença Inflamatória Intestinal. Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa são as mais conhecidas, e ambas têm a mesma causa: inflamação no revestimento e de toda a parede do intestino. Se você é uma das milhares de pessoas que apresentam os sintomas, não importa a freqüência, entre no site www.dii.com.br e informe-se. Com o tratamento médico e o acompanhamento adequado é possível manter a DII sob controle, minimizar seus impactos e descobrir um novo caminho para uma vida normal.

dii

EM CASO DE DÚVIDAS LIGUE GRATUITAMENTE
SAC 0800-7710345
www.altanapharma.com.br

ALTANA Pharma Ltda., membro do grupo Nycomed. Rua do Estilo Barroco, 721, CEP 04709-011, São Paulo, SP. Mais informações poderão ser obtidas diretamente com o nosso departamento médico ou por meio de nossos representantes.

NYCOMED



Oie para todos!!!

Há três anos resolvi contar minha história no Fórum, desde como tudo começou até minha excelente recuperação. Escrevi completamente descrente de que outras pessoas fossem me procurar para compartilhar, conversar, enfim, dividir seus momentos.

Errei feeeeio...

Nunca pensei que pudesse receber tantos e-mails de pessoas que quisessem compartilhar suas lutas e também suas vitórias. Durante esse tempo acho que recebi mais de 50 e-mails e, por isso, resolvi escrever minha opinião sobre os testemunhos que recebi.

Em primeiro lugar, conclui que estar bem não quer dizer que devamos abandonar nossos médicos, nossos exames, eventuais medicamentos e o principal: sempre expurgar as coisas que não nos fazem bem. Fiz alguns anos de análise/terapia e posso dizer que isso foi um divisor de águas na minha vida. Dividir e encontrar, dentro de nós, os fatores que nos angustiam foi um fator primordial para que me sentisse 100% melhor.

Em setembro/2009 fiz meus exames de rotina, como sangue, colonoscopia, endoscopia e estou muuuito bem, meu médico me disse, muito feliz, que meus resultados são tão bons que, hoje, tenho pouquíssimos resquícios que um dia tive um quadro clínico tão sério. Embora isso não tenha fórmula, posso afirmar, na verdade reafirmar que nossa cabeça é a grande chave por nossa recuperação.

Recebo alguns depoimentos de pessoas deprimidas, sem esperança, e embora não os julgue, acho que a forma de encarar a patologia deva ser diferente. Quando pensamos que somos "destinados ao sofrimento" que não temos cura, ficamos piores, mergulhamos numa "deprê" complicada de sair... é preciso entender que doenças, como diz meu pai, não dão em "postes" e sim em pessoas. Viemos ao mundo para conviver com as dificuldades e aprender a superá-las.

Algumas mães me escrevem desesperadas, contudo, por mais que tenhamos em nossas casas pessoas que amamos passando por grande sofrimento, definitivamente, não podemos entregar os pontos. Devemos estar atentos aos sintomas e sinais, mas eles não podem servir para nos colocar para baixo e sim para acreditarmos que uma fase de melhora virá.

Precisamos olhar para os lados e ver quantas e quantas pessoas saudáveis vivem abaixo do nível da miséria, pessoas que não tem como sobreviver, crianças que dormem nas ruas, doentes sem medicamentos, pessoas com patologias que matam em poucos meses, balas perdidas, tragédias familiares, enfim, tantas e tantas outras coisas no mundo que atingem o ser humano e os deixam sem saída, sem esperança, sem fé.... Precisamos entender que somos portadores de uma doença que é objeto de estudos avançados por profissionais competentes, que hoje temos órgãos públicos que dão nossos medicamentos e que amanhã estaremos amparados por uma nova tecnologia mais eficaz.

Enfim, o diagnóstico não é um sinal para que você fique triste e sim um sinal que você será tratado. Quando sabemos o caminho, chegamos ao destino esperado, não é???

Ainda não há forma de prevenção da Doença de Crohn, e nem cura, mas a vida continua. O momento de viver é agora. A vida é um presente. Receba este presente todos os dias com muito carinho, e se hoje o que você esperava não veio, não desista, pois a qualquer momento, seu sonho chega, como o meu chegou...

Fiquem em paz.

Beijos,

*Renata Louchard*
*renatalouchard@gmail.com*

A ABCD agradece o permanente apoio dos seus sócios corporativos e aceita doações para continuar realizando suas atividades em prol dos pacientes com DII.

## Diamante

Abbott
A Promise for Life

## Platina

Schering-Plough

publicis brasil

Nestlé Nutrition

Melhorando a qualidade de vida

*A vida do paciente com Doença de Crohn pode ter mais qualidade.*

Desenvolvido para pacientes com Doença de Crohn, Modulen IBD é uma nutrição completa e saborosa, proporcionando um tratamento de fácil adesão.

- Rico em TGF-β, polímero com propriedades antiinflamatórias e que contribui para a reparação da mucosa intestinal.
- Baixa osmolalidade, garantindo excelente tolerância gastrintestinal.
- Isento de glúten e lactose.
- Favorece um adequado estado nutricional.
- Fácil de preparar.

Para mais informações acesse o site www.nestle.com.br/healthcarenutrition ou consulte o Serviço de Informação ao Profissional de Saúde 0800-7702461.

Central de Vendas & Relacionamento
0800 - 7702255