Impresso Especial
9912221358/2008-DR/RJ
Assex
CORREIO

JORNAL da ASSEX

ASSEX IEDE

Órgão oficial da Associação dos Ex-Alunos do IEDE - abril 2009 – ANO 16
Distribuição dirigida à classe médica
www.assex.org .br

Foto: Arquivo ASSEX

Por um Jornal mais forte. O ano de 2009 começa com grandes inovações no Jornal da ASSEX. Além do aumento no número de páginas, tivemos a união de nosso jornal com o Jornal do IEDE, permitindo uma maior divulgação das informações de nosso Instituto. Teremos agora também uma participação ativa do Curso de Pós-Graduação em Endocrinologia da PUC-RJ, com a divulgação das diversas atividades desenvolvidas. Um jornal maior, mais forte, e com muito mais informação para nossos leitores.

Foto: Dirk Schmid/Fotolia

• **Encontro do IEDE já tem data e local definidos: de 11 a 13 de dezembro em Búzios**
Pags. 6

• **Nova Diretoria da ASSEX. Dra. Amanda Athayde assume a Presidência da ASSEX e começa os trabalhos a todo o vapor**
Pags. 13

• **"A SBEM que queremos". Dr. Ricardo M.R. Meirelles assume a Presidência da SBEM e fala sobre as novas mudanças**
Pag. 3

EDITORIAL

ASSEX, IEDE e PUC-RJ – UNIDOS POR UM JORNAL MAIS FORTE

Os jornais da ASSEX e do IEDE nasceram com dois anos de diferença, respectivamente em 1993 e 1995. Ao longo dos anos ficou claro que havia uma superposição dos assuntos abordados por ambos, de modo que, a partir de agora, passarão a constituir um único órgão informativo, distribuído para todos aqueles que já os recebiam.

Outra novidade é que, o Curso de Pós-Graduação em Endocrinologia do Centro de Ciências Biológicas e de Medicina da PUC-Rio, que tanto contribui para a formação dos especialistas, também vai participar do corpo editorial.

O objetivo do jornal será estreitar os vínculos do IEDE, não só com seus ex-alunos, como com toda a comunidade endocrinológica brasileira, divulgando as atividades científicas e sociais do Instituto e também daqueles que aqui fizeram sua especialização. Não serão esquecidos os temas de atualização nem as rotinas clínicas utilizadas no IEDE.

Esperamos que todos gostem da leitura e, se não gostarem, que nos digam por que, para que possamos aprimorar cada vez mais a comunicação.

Ricardo M.R. Meirelles – Diretor do IEDE
Amanda Athayde – Presidente da ASSEX
Luiz César Póvoa – Professor Titular da PUC-RJ

AGENDA

JULHO

EndoSul 2009
Data: 2 a 5 de julho
Local: Bento Gonçalves, RS

AGOSTO

XIII Congresso Brasileiro de Obesidade e Síndrome Metabólica
Data: 13 a 15 de agosto
Local: Salvador, Bahia
Informações: www.abeso.org.br

Congresso Paraibando de Endrocrinologia e Metabologia, IV Encontro Campinense de Endocrinologia e Mebatologia
Data: 13 a 15 de agosto
Local: Campina Grande, PB
Informações: E-mail: amcgpb@ig.com.br / Tel.: (83) 3321-2706

CBAEM 2009 - III Congresso Brasileiro da Atualização em Endocrinologia e Metabologia
Data: 27 a 29 de agosto
Local: Hangar Centro de Convenções, Belém, Pará
Telefone: (11) 3044-1528 / 3849-0099

35th Annual Meeting of the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes
Data: 2 a 5 de setembro
Local: Lubliana, Eslovênia
Informações: www.ispad2009.com

ETA 2009 - Annual Meeting of the European Thyroid Association
Data: 5 a 9 de setembro
Local: Lisboa, Portugal\pSite: http://www.eta09.com
Email: geral@ideiasaoquadrado.com

4° EndRio 2009
Data: 11 a 12 de setembro
Local: Hotel Windsor Barra, Rio de Janeiro
Site: http://www.sbemrj.org.br
Email: contato@sbemrj.org.br

LWPS/ESPE 8th Join Meeting
Data: 9 a 12 de setembro
Local: New York, EUA
Informações: www.lwpes-espe2009.org/

DEZEMBRO

XXXVIII Encontro Anual do IEDE
Data: 11 a 13 de dezembro
Local: Búzios, Rio de Janeiro
Informações: www.assex.org.br
Telefone: (21) 2224-8587

EXPEDIENTE

ASSEX – Associação dos Ex-alunos do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – Rua Moncorvo Filho, 90, Centro, Rio de Janeiro, RJ, Cep 20211-340, tel. (021) 2224-8587, e-mail: contato@assex.org.br, site www.assex.org.br

Presidente de Hora: *Dr. Luiz Cesar Póvoa;* **Diretor Presidente:** *Dra. Amanda Valeria Luna de Athayde;* **Diretor Vice-Presidente:** *Dr. Rodrigo de Oliveira Moreira;* **Diretor 1º Tesoureiro:** *Dra. Rosane Kupfer;* **Diretor 2º Tesoureiro:** *Dr. Roberto Pereira Assumpção;* **Diretor 1º Secretária:** *Dra. Cristiane Marie de Assis Rangel;* **Diretor 2º Secretária:** *Dra. Flávia Regina Barbosa;* **Diretora Social:** *Dra. Márcia Magalhães Marinho* e **Diretor de Eventos Científicos:** *Dr. Alexander Koglin Benchimol*

JORNAL DA ASSEX – Coselho editorial: *Dra. Amanda Athayde; Dr. Ricardo Meirelles; Dr. Luiz Cesar Póvoa e Dr. Walmir Coutinho;* **Editor** *Dr. Rodrigo Moreira;* **Jornalistas Responsáveis:** *Elizabeth Pereira dos Santos* – MTRJ 12714; e *Cristina Dissat* – MTRJ 17518; **Redação:** *Flavia Garcia, Sandra Malafaia, Sandra Narita, Cíntia Salomão Castro e André Dissat*; **Projeto Gráfico:** *Celso Pupo*; **Publicidade:** *ASSEX*; **Tiragem:** 3 mil exemplares. **Fotolito e Impressão:** Primyl. **Distribuição dirigida à classe médica**

INFORMED – Rua do Catete, 311, sala 614, Rio de Janeiro, RJ, Cep 22.220-901, telefax: (21) 2205-2430/2205-0707, e-mail: informed@informedjornalismo.com.br.

POSSE NA SBEM

DR. RICARDO MEIRELLES ASSUME E APONTA NOVOS CAMINHOS

Por Beth Santos

"Esta será mais uma oportunidade que tenho de contribuir para o crescimento da nossa Sociedade". A frase é uma entre as muitas que se destacam do discurso de posse do novo Presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), Dr. Ricardo Meirelles. A cerimônia de posse da nova Diretoria aconteceu no último dia 7 de março, no Rio de Janeiro, seguida de jantar.

Na solenidade, o novo Presidente da SBEM deu posse a sua equipe, "representativa de diversas regiões do Brasil": Dr. Airton Golbert (RS), vice-presidente; Dr. Josivan Gomes de Lima (RN), secretário executivo; Dr. Eduardo Pimentel Dias (MG), secretário adjunto; Dr. Ronaldo Sinay Neves (RJ), tesoureiro geral; Dra. Adriana Costa e Forti (CE), tesoureira adjunta. Esta diretoria é a primeira na história da Sociedade a ser eleita pelo voto direto.

Fotos: Calso Pupo

Acima: Dr. Ricardo durante seu discurso na posse. Ao lado: Dr. Ruy Lyra e a nova diretoria da SBEM (Biênio 2009-2010)

Experiência Acumulada

Na ocasião ele lembrou que é sócio da SBEM desde 1972 e que, a partir de 1981, exerceu diversos cargos e atividades na Sociedade: Presidente da Regional Rio de Janeiro; duas vezes vice-presidente da Diretoria Nacional; participação em comissões científicas de diversos congressos; criação, por sugestão sua, do Departamento de Endocrinologia Feminina e muito mais. O novo Presidente mostrou que se sente seguro para assumir o cargo, considerando a experiência acumulada nos 37 anos de SBEM e 19 anos como Diretor Geral do IEDE. "Estou preparado para a tarefa que me propus, tarefa esta muito facilitada pela cada vez mais bem estruturada organização da Sociedade".

Dr. Ricardo Meirelles fez também um breve histórico da mudança de perfil da SBEM a partir do ano 2000. "De uma sociedade eminentemente científica, passou a ser o órgão representativo dos endocrinologistas, defendendo seus interesses e ampliando consideravelmente seu campo de ação". Ele fez questão de comentar as conquistas das gestões dos Drs. Amélio Godoy Matos, Valéria Guimarães, Marisa Coral e Ruy Lyra.

Ampliar as Conquistas

Após lembrar da realização do ICE2008 e mencionar a parceria com a indústria farmacêutica que viabiliza "muitas das iniciativas desenvolvidas pela SBEM", o novo presidente comentou que as conquistas alcançadas devem ser mantidas e ampliadas. Mas propõe ir além: "Precisamos enveredar por novos caminhos. É necessário que a nossa voz seja ouvida pelos órgãos governamentais. Podemos e devemos contribuir para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, na área da Endocrinologia, especialmente no que se refere às duas maiores epidemias mundiais: a obesidade e o diabetes". Para isto, apontou diversos caminhos: a maior aproximação dos Governos Estaduais pelas Regionais e do Governo Federal pela Diretoria Nacional; a necessidade de lutar pela contratação de mais endocrinologistas na rede básica de saúde e de atender melhor e mais precocemente aos endocrinopatas etc.

Quase ao final, assumiu o compromisso de que "esta será uma gestão participativa". Citou a oficina de trabalho "A SBEM que queremos", realizada horas antes da posse: "Os relatórios apresentados servirão de subsídios para as ações que pretendemos desenvolver ao longo dos próximos dois anos". Ele afirmou, a propósito, que "a Sociedade se torna tanto mais forte quanto mais participativos forem seus membros". E parafraseou John Kennedy: "Não pergunte o que a SBEM pode fazer por você. Pergunte o que você pode fazer pela SBEM". ■

- **Reduz a resistência insulínica[8]**
- **Controla a glicemia[9]**
- **Melhora o perfil lipídico[10,11]**
- **Melhora a função endotelial[12]**
- **Diminui a resposta inflamatória pró-aterogênica[13]**

- Contra-indicado em pacientes com insuficiência cardíaca classe funcional III e IV (NYHA)[14]
- Pioglitazona pode interagir com anticoncepcional oral diminuindo a disponibilidade do etinilestradiol[14]

ACTOS® (Cloridrato de Pioglitazona). USO ADULTO. Frascos com 15 comprimidos. Cada comprimido contém Cloridrato de Pioglitazona 15 mg, 30 mg ou 45 mg. Excipientes q.s.p. (1 comprimido): Lactose monoidratada, hidroxipropilcelulose, carboximetilcelulose cálcica e estearato de magnésio. Indicações: antidiabético oral utilizado como coadjuvante de dieta e exercícios para melhorar o controle glicêmico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2: como monoterapia e também para uso em combinação com sulfoniluréia, metformina, ou insulina. **Contra-indicações:** hipersensibilidade a pioglitazona ou a qualquer um de seus excipientes. **Precauções e advertências:** Não deve ser utilizado em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1 ou para o tratamento de cetoacidose diabética. Em combinação com insulina ou agentes hipoglicemiantes orais há risco de hipoglicemia, podendo ser necessária a redução do agente concomitante. Pacientes que estejam em período anovulatório pré-menopausa podem ter reinício da ovulação. A pioglitazona pode causar decréscimos na hemoglobina (de 2 a 4%) e hematócrito. Estudos clínicos observaram o aparecimento de edema leve a moderado. Não está indicada em pacientes com insuficiência cardíaca classe III ou IV da NYHA. As elevações de TGP em pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona foram reversíveis e não foram relacionadas com a terapia com pioglitazona. Embora os dados clínicos disponíveis não mostrem nenhuma evidência de hepatotoxicidade ou elevações de TGP induzidas por pioglitazona, a mesma está estruturalmente relacionada com a troglitazona. Recomenda-se que pacientes tratados com cloridrato de pioglitazona sejam submetidos a monitorações periódicas de enzimas hepáticas. A terapia com cloridrato de pioglitazona não deve ser iniciada se o paciente exibir evidência clínica de doença hepática ativa ou níveis de TGP 2,5 vezes acima dos limites da normalidade. A pioglitazona não deve ser usada em pacientes que apresentaram icterícia durante o uso de troglitazona. Medidas de glicemia de jejum e hemoglobina glicosilada (HbA1c) devem ser realizadas periodicamente para monitorar o controle glicêmico e a resposta terapêutica, bem como enzimas hepáticas. Pioglitazona deverá ser usada durante a gravidez somente se os potenciais benefícios justificarem o risco potencial para o feto. Não deve ser administrada a mulheres durante o período de amamentação. O uso da pioglitazona não é recomendado para pacientes com menos de 18 anos de idade. Nenhuma diferença significante na eficácia e segurança foi observada entre pacientes idosos. **Interações medicamentosas:** Devem ser adotadas precauções adicionais relativas à contracepção em pacientes que estejam recebendo pioglitazona. Cetoconazol parece inibir significativamente o metabolismo da pioglitazona. **Reações adversas:** Eventos adversos relatados em estudos clínicos com frequência > 5%: infecção do trato respiratório superior, cefaléia, sinusite, mialgia, alterações dentárias,diabetes melitus agravado, faringite. Hipoglicemia leve a moderada foi relatada durante a terapia combinada com sulfoniluréia ou insulina. Em estudos de monoterapia, edema foi registrado em 4,8%. Na combinação com insulina, o edema ocorreu em 15,3% dos pacientes. Posologia e modo de usar: Uma vez ao dia, independentemente da alimentação. A monoterapia com ACTOS® em pacientes sem controle adequado de dieta e exercícios pode ser iniciada com 15 mg ou 30 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até 45 mg uma vez ao dia (dose máxima diária recomendada). Em pacientes que não respondem adequadamente à monoterapia, uma terapia combinada pode ser considerada. ACTOS® deverá ser iniciado na dose de 15 a 30 mg ao dia. Se o paciente apresentar hipoglicemia na associação com sulfoniluréia, a dose desta deverá ser diminuída. Nos pacientes que estejam recebendo ACTOS® e insulina, a dose de insulina pode ser diminuída em torno de 10 a 25% se o paciente apresentar hipoglicemia ou se as concentrações de glicose plasmática diminuírem para valores menores de 100 mg/dl. Não é recomendado o ajuste de doses em pacientes com insuficiência renal. Superdosagem: deve ser iniciado tratamento de suporte adequado, de acordo com os sinais e sintomas do paciente. REG. MS.: 1.0553.0238. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Fabricado por Takeda Chemical Industries, Ltd. - Osaka – Japão. Distribuído por: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. Informações adicionais: Diretoria Médica - Abbott Laboratórios do Brasil Ltda. Rua Michigan, 735 - Brooklin, São Paulo / SP - CEP: 04566-905. Abbott Center: 0800 7031050.

Referências: 1 - Hu, FB et al. Elevated Risk of Cardiovascular Disease Prior to Clinical Diagnosis of Type 2 Diabetes. Diabetes Care 2002, 25:1129-1134. **2 -** Haffner, SM et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. New Eng J Med 1998, 339(4):229-234. **3 -** Panzram, G. Mortality and survival in Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus. Diabetologia 1987, 30:123-131. **4 -**Dormandy JA, Charbonnel B, Eckland DJ, et al. Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events): a randomised controlled trial. Láncet 2005;366(9493):1279-89. **5 -**Erdmann E, Dormandy JA, Charbonnel B, Massi-Benedetti M, Moulès IK, Skene AM. The effect of pioglitazone on recurrent myocardial infarction in 2,445 patients with type 2 diabetes and previous myocardial infarction: results from the PROactive (PROactive 05) Study. Journal of the American College of Cardiology 2007;49(17):1772-80. **6 -** Wilcox R, Bousser MG, Betteridge DJ, et al. Effects of pioglitazone in patients with type 2 diabetes with or without previous stroke: results from PROactive (PROspective pioglitAzone Clinical Trial In macroVascular Events 04). Stroke; a journal of cerebral circulation 2007;38(3):865-73. **7-** Lincoff AM, Wolski K, Nicholls SJ, Nissen SE. Pioglitazone and risk of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized trials. Jama 2007;298(10):1180-8. **8 -** Pavo, I et al. Effect of pioglitazone compared with metformin on glycemic control and indicators of insulin sensitivity in recently diagnosed patients with type 2 diabetes. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2003, 88, (4):1637-45. **9 -** Aronoff S et al. Pioglitazone hydrochloride monotherapy improves glycemic control in the treatment of patients with type 2 diabetes: a 6-month randomized placebo-controlled dose-response study. The Pioglitazone 001 Study Group. Diabetes care 2000, 23 (11): 1605-11. **10 -** Derosa G, D'Angelo A, Ragonesi PD, et al. Metabolic effects of pioglitazone and rosiglitazone in patients with diabetes and metabolic syndrome treated with metformin. Internal medicine journal 2007;37(2):79-86. **11 -** Chiquette E, Ramirez G, Defronzo R. A meta-analysis comparing the effect of thiazolidinediones on cardiovascular risk factors. Archives of internal medicine 2004;164(19):2097-104. **12 -** Sourij H et al. Effects of pioglitazone on endothelial function, insulin sensitivity, and glucose control in subjects with coronary artery disease and new-onset type 2 diabetes. Diabetes care 2006, 29 (5):1039-45. **13 -** Pfützner, A et al. Pioglitazone: update on an oral antidiabetic drug with antiatherosclerotic effects Expert Opin. Pharmacother. 2007, 8(12): 1985-1998. **14 -** Actos. Bula do Produto. Abbott Laboratórios do Brasil.

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

Material destinado a profissionais de saúde prescritores. Reprodução proibida
Produzido em maio de 2009

Abbott
A Promise for Life

CONFRATERNIZAÇÃO

DECISÕES, UM POUCO DE CIÊNCIA E MUITA ANIMAÇÃO

Por Beth Santos

Uma reunião entre os membros da Diretoria da ASSEX, preparatória do Encontro Anual do IEDE 2009, deu início ao já tradicional evento de boas-vindas aos residentes e cursistas do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia, realizado no dia 5 de abril. Em seguida, foi realizada uma aula dirigida a todos os presentes e, fechando o domingo de atividades, teve início o sempre animado churrasco de confraternização.

O Próximo Encontro

Durante a reunião, os membros da Diretoria da ASSEX sugeriram diversos locais para a realização do XXXVIII Encontro, mas ficou resolvido que a decisão final seria baseada em enquete, já disponível no site da ASSEX (www.assex.org.br). Após algumas sugestões e debates, decidiu-se que o tema geral do evento será na área de Endocrinologia Feminina e Andrologia, conforme sugestão da presidente da ASSEX, Dra. Amanda Athayde.

Participaram também da reunião os Drs. Ricardo Meirelles, Diretor do IEDE; Luiz Cesar Póvoa, Presidente de Honra da ASSEX; Vera Leal, Chefe do Serviço de Endocrinologia; Carmem Assunção, Presidente do Centro de Estudos; Laura Soares e Amélio Godoy-Matos, Chefe do Serviço de Metabologia do IEDE.

Para recepcionar os residentes e cursistas do instituto, uma aula da Dra. Érika Paniago explicou aos presentes o PRISMA (Programa de Resistência à Insulina e Síndrome Metabólica Abbott). A empresa patrocinou a apresentação, que incluiu uma discussão sobre o tratamento do Diabetes Mellitus visto após os mais recentes estudos. Foi a primeira vez que um evento científico antecedeu o almoço de confraternização da ASSEX.

Muito Importante

Estreando num evento da ASSEX desde que assumiu a presidência da entidade, a Dra. Amanda Athayde comentava no início do almoço que foi uma das fundadoras da associação e participou da primeira diretoria. Por isto, para ela "é muito importante assumir a presidência da ASSEX", afirmou. Segundo informou, a atual diretoria pretende levar a associação "não só para os ex-alunos do IEDE que moram no Rio, mas para o Brasil todo. A idéia é ter delegados no país inteiro e, através do jornal e do site, estar em contato com todos". A Dra. Amanda informou ainda que em 2009 o Prêmio José Schermann será entregue pela primeira vez a uma mulher: a Dra. Doris Rosenthal.

O Churrasco

No alto da Estrada do Joá, desfrutando de vista panorâmica da Barra da Tijuca, o local escolhido para o almoço de confraternização dificilmente poderia ser melhor. A paisagem, a brisa suave, o silêncio e a proximidade da floresta logo de início encantaram os estreantes. Como de costume, formou-se uma grande mesa com os novos alunos, que rodeavam o vice-presidente da ASSEX, Dr. Rodrigo Moreira.

Embalados pela música ao vivo – violão e voz – que animava o almoço, um grupo de alunas, comandadas por Letícia Japiassu e Isabel Castro, dançavam e cantavam animadamente ("Eu perguntava do you wanna dance, e te abraçava.."). Pé de valsa notório, Dr. Amélio Godoy-Matos não resistiu e entrou na roda. Deu show. As Dras. Claudia Pieper e Laura Soares ficaram na platéia, enquanto a Dra. Rosane Kupfer dançava com o secretário da ASSEX, Roberto Dutra. Quem também deu show de dança, a seu jeito, foi Bernardo, de 1 ano e 4 meses, filho da aluna Karen. Enquanto isto, outras crianças aproveitavam piscina, mesa de totó e campo de futebol disponíveis.

Próximo à sobremesa, funcionários do Laboratório Abbott fizeram um grande sorteio de canecas térmicas, blocos de anotação, pastas de couro e livros de Endocrinologia. Já no final da tarde, a música "Travessia", cantada pelo violonista contratado, combinava com o fim do evento: "quando você foi embora, fez-se noite em meu viver... ■

Dra. Amanda dá as boas vindas aos novos alunos, que depois assitiram uma apresentação da Dra. Érika Paniago

A nova diretoria se reune com Chefes de Serviços do IEDE para começar os preparativos do XXXVIII Encontro do IEDE

Fotos: Celso Pupo

A animação das novas alunas e o delicioso churrasco marcaram a tônica do churrasco

EVENTO

COMEÇAM OS PREPARATIVOS PARA O XXXVIII ENCONTRO ANUAL DO IEDE

Da mesma forma aos anos anteriores, uma das primeiras medidas da nova diretoria foi começar a organização do Encontro Anual do IEDE. Este ano, entretanto, fizemos um pouco diferente. Como tivemos diversos pedidos e sugestões diferentes de locais, realizamos uma enquete no site da ASSEX (www.assex.org.br) para que fossem votadas as principais opções. Após uma disputa bem acirrada, foi decidido que o encontro deste ano irá voltar para a praia após um ano de Serra (vale lembrar que o último foi realizado em Itaipava). O Encontro deste ano será realizado em uma cidade que já nos recebeu 02 outras vezes: Búzios.

Embora tenhamos escolhido uma cidade já bem conhecida de nossos ex-alunos, o local de realização será diferente. Para o evento deste ano, escolhemos o Hotel Ferradura Resort, localizado na maravilhosa Praia da Ferradura. Um pouco menor que os hotéis anteriores, a estrutura do hotel fará com que o encontro desse ano permita uma confraternização ainda maior entre os ex-alunos e os alunos que estiverem indo ao encontro pela primeira vez. Para garantir vagas para todos, já reservamos também 02 pousadas localizadas na proximidade do hotel. As duas são extremamente aconchegantes e serão uma ótima opção para aqueles que quiserem economizar um pouco.

Também já iniciamos a preparação da grade científica do evento. Embora a maioria dos detalhes ainda esteja sendo definida, o tema central do Evento já foi decidido. Como esta diretoria tem em sua presidência uma das grandes referências em Endocrinologia Feminina e Andrologia, teremos neste ano um evento que tentará ligar os novos achados e controvérsias nestes assuntos com alguns aspectos bem atuais da endocrinologia, como o Diabetes mellitus, a obesidade e a Síndrome Metabólica.

Fiquem de olho na próxima edição e também em nosso "site", onde apresentaremos a programação inicial do Encontro e os detalhes para reserva e inscrição.

Reserve a data na sua agenda. Período de 11 a 13 de dezembro 2009, XXXVIII Encontro Anual do IEDE em Búzios. Nos veremos em Búzios.

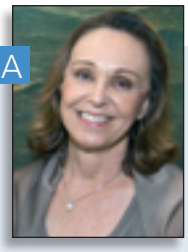
Diretoria ASSEX
Biênio 2009-2010

Fotos: Divulgação

Foto: Celso Pupo

SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA

por vera Leal



O IEDE, através do Serviço de Endocrinologia, foi incluído como um dos centros do estudo brasileiro de pacientes portadores de Multiendocrinopatias (Projeto BRASMEN), coordenado pelo Prof. Dr. Rui M. B. Maciel (Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina). Já pudemos contribuir com pacientes, e respectivos familiares, que tiveram seu diagnóstico molecular do Carcinoma Medular de Tiróide, correlacionando-o com os diferentes fenótipos da doença. Além disso, já está em andamento um Banco de Dados Online do BRASMEN que irá integrar de forma eletrônica todos os centros. A residente Andréa Cristina Mendes realizou seu trabalho de conclusão de residência com o tema, tendo oportunidade de contato direto com o grupo de São Paulo.

Continuamos abertos para inclusão de novos casos.

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA NO IEDE

Desde sua formação, o IEDE atende a crianças portadoras de doenças endócrinas nos seus diferentes Serviços. Em 2003, atendendo a um tendência dentro da Endocrinologia e da Pediatria, iniciamos um Setor de Endocrinologia Pediátrica. A Comissão Estadual de Residência Médica analisou o pedido de credenciamento do programa de R3 opcional na área de atuação em Endocrinologia Pediátrica no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) e aprovou 02 vagas para a área de Endocrinologia Pediátrica.

Em setembro de 2005 foi realizado, pela primeira vez, o módulo de Endocrinologia Pediátrica, como parte da grade teórica da Pós-Graduação e da Residência Médica do Instituto.

Assim a Endocrinologia Pediátrica no IEDE vem crescendo, contando com o intercâmbio positivo entre os profissionais que tanta contribuição sempre deram às crianças e jovens atendidos no IED, com os novos pediatras-endocrinologistas lotados no IEDE.

CURSO DE EXTENSÃO EM AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E OBESIDADE

O Curso de Extensão em Avaliação e Tratamento de Transtornos Alimentares e Obesidade abrirá uma turma com início previsto para o dia 25 de julho de 2009, no Instituto de Psiquiatria (IPUB) na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Objetivos do curso

Capacitar o profissional para a realização de avaliações diagnósticas adequadas e para atuar no tratamento, na prevenção e na pesquisa dos transtornos alimentares, da obesidade e das condições relacionadas ao amplo espectro das alterações do peso.

Temas confirmados

- Classificação e avaliação dos transtornos alimentares
- Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares
- Avaliação da obesidade e diagnósticos co-mórbidos
- Tratamento clínico da obesidade
- Tratamento farmacológico da obesidade
- Tratamento cirúrgico da obesidade: diretrizes nacionais e internacionais
- Tratamento nutricional dos transtornos alimentares e da obesidade
- Atividade física na obesidade e nos transtornos alimentares
- Tratamento psicoterápico dos transtornos alimentares e da obesidade
- Estratégias para prevenção dos transtornos alimentares e obesidade
- Transtornos alimentares e obesidade em crianças e adolescentes
- Eficácia das diferentes modalidades de tratamento dos transtornos alimentares e da obesidade:revisões sistemáticas, metanálises e consensos
- Diretrizes da Comissão Técnica de Grupos Especializados no Estudo e Tratamento dos Transtornos Alimentares: um movimento em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria

O curso é composto por aulas teóricas, discussão de casos clínicos, exercícios para treinamento em avaliação e tratamento, análise de vídeos clínicos e leitura de material bibliográfico.

Coordenadores

Mônica Duchesne, Silvia Freitas, Walmir Coutinho, José Carlos Appolinário

10 pontos no Certificado de Atualização Profissional

Aprovado pela Comissão Nacional de Acreditação

CERTIFICADO CONFERIDO PELO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UFRJ

Inscrições: 27 de abril a 10 de julho de 2009
Programa detalhado e outras informações: cursotaobesidade@ipub.ufrj.br
Secretaria Acadêmica: (21) 3873 5512 – Graça Oliveira

APOIO: Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE) e Pós-Graduação em Endocrinologia da PUC

VAGAS LIMITADAS

Lançamento

Registro: 1.0525.0031

METTA SR

cloridrato de metformina

A nova identidade da metformina de liberação prolongada

Meta de adesão:
Possui menor índice de abandono: 1,8% de liberação prolongada *vs.* 5,9% de liberação imediata[1,2]

Meta de tolerabilidade:
menos efeitos gastrintestinais[2,3]

Meta de acesso:
a metformina de liberação controlada mais econômica[5]

DOSE ÚNICA DIÁRIA[4]

Apresentação:
500 mg com 30 comprimidos

Após liberação total da metformina, a matriz do comprimido é liberada nas fezes.

Referências bibliográficas: 1- Davidson J. et al. "New prolonged-release metformin improves gastrointestinal tolerability." Br J. Diabetes Dis 2004; 4:273-7. **2-** Blonde L et al. "Gastrointestinal tolerability of extended-release metfromin tablets compared to immediate-release tablets: results of a retrospective cohort study." Curr. Med. Res. Opin. 2004; 20(4): 565-72. **3-** Fujioka K. et al. "Efficacy, dose-response relationship and safety of once-daily extended-release metformin (Glucophage XR) in type 2 diabetic patients with inadequate glycaemic control despite prior treatment with diet and exercise. " Diabetes Obes Metab 2005; 7(1):28-39. **4-** Bula do Produto. **5-** Revista ABC FARMA nº 211, Mar/2009.

METTA SR (cloridrato de metformina). **Registro MS 1.0525. 0031. USO ADULTO. Composição:** Cada comprimido contém 500 mg de cloridrato de metformina (equivalente a 390 mg de metformina base). Forma Farmacêutica e Apresentação: embalagens com 30 comprimidos de ação prolongada. Indicações: agente antidiabético, para o tratamento de: Diabetes do tipo 2, isoladamente ou complementando a ação de outros antidiabéticos (como as sulfoniluréias). Diabetes do tipo 1: como complemento da insulinoterapia em casos de diabetes instável ou insulino-resistente. Também indicado na Síndrome dos Ovários Policísticos (S. de Stein-Leventhal). **Contra-indicações:** Gravidez e lactação; insuficiência renal; ICC; IAM; patologias agudas com risco de alteração da função renal: desidratação, febre, estados infecciosos e/ou hipóxicos graves (choque, septicemia, infecção urinária, pneumopatia); descompensação cetoacidotica, pré-coma diabético; conhecida hipersensibilidade a qualquer um dos componentes dos produtos. **Precauções e advertências:** antes de iniciar o tratamento deve-se medir a creatinina sérica e, a seguir, monitorá-la regularmente. É necessária cautela se houver qualquer elevação da creatinina sérica. Deve-se interromper o tratamento com metformina 48 horas antes da realização de exames radiográficos com contrastes, só reiniciando-o 48 horas após a realização dos exames, de maneira a evitar ocorrência de acidose láctica, que pode ser fatal. A insuficiência renal aguda pode levar ao acúmulo de metformina. O aparecimento de cãibras musculares, alterações digestivas, dores abdominais e astenia intensa deve despertar a atenção do médico. O tratamento deve ser interrompido se houver elevação de lactato no sangue, acompanhada de aumento da creatinina sérica. Pediatria: este medicamento não é indicado para crianças abaixo de 17 anos. Pacientes idosos: deve ser usado com cautela, nos quais a dose inicial e de manutenção devem ser conservadoras. Quaisquer ajustes de posologia somente devem ser feitos após cuidadosa avaliação da função renal. Em geral, os pacientes idosos não devem receber a dose máxima do produto. **Interações medicamentosas:** Certos agentes hiperglicemiantes (corticosteróides, diuréticos tiazídicos, contraceptivos orais, fenotiazinas, agentes simpaticomiméticos β2, tetracosactida, danazol, estrógenos, hormônios tireoidanos, fenitoína, ácido nicotínico, bloqueadores de canais de cálcio e isoniazida) podem tornar necessário aumento da dose de metformina ou a sua combinação com sulfonilureias hipoglicemiantes ou terapia com insulina. Os IECAs podem reduzir a glicemia. Os diuréticos, especialmente os de alça, podem levar ao acúmulo de metformina e risco de acidose láctica. Pode ocorrer falência renal com acúmulo de metformina e risco de acidose láctica em decorrência da utilização intravascular de contrastes iodados. É necessário estar atento à potencialização de ação, quando administrada em associação com insulina ou sulfoniluréias. Outros medicamentos listados a seguir podem interagir com a metformina: furosemida, amilorida, tiazida, cimetidina, nifedipino, digoxina, morfina, procainamida, quinidina, quinino, ranitidina, triantereno, trimetropina, vancomicina, niacina, fenotiazina, clofibrato, inibidores da MAO, probenecida, propranolol, rifabutina, rifampicina, salicilatos, sulfonamidas. **Reações adversas:** hipoglicemia, diminuição da absorção de vitamina B12, distúrbios do paladar, cefaleia, náuseas, vômitos, diarreia, indisposição gástrica, gases, perda de peso e do apetite. Estas últimas reações ocorrem mais durante o início do tratamento e regridem espontaneamente na maioria das vezes. Anormalidades em testes da função hepática ou hepatite, que se resolvem com a descontinuação do tratamento. Reações na pele tipo eritema, prurido e urticária. Acidose láctica (muito rara). Alterações nos exames laboratoriais: pode haver resultado falsopositivo de cetonas na urina. Concentrações de lactato, colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos podem estar alteradas. **Posologia:** não deve ser excedida a dose diária máxima recomendada (2.550 mg/dia). Deve ser tomada diariamente, sem interrupção, exceto quando orientado pelo médico. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros sem serem mastigados, durante o jantar e junto com a comida. Os componentes inertes dos comprimidos podem ocasionalmente aparecer intactos nas fezes como uma massa hidratada parecida com o comprimido original. Caso haja esquecimento de administração de uma dose, deve-se tomar a dose seguinte no horário habitual. A dose terapêutica inicial é de 1 comprimido, uma vez ao dia, no jantar. Se necessário, a dose será aumentada de 1 comprimido, a cada 2 semanas, até chegar ao máximo de 4 comprimidos, equivalentes a 2 g de metformina (sempre no jantar). Em pacientes que já fazem uso de metformina simples, a dose inicial deve ser equivalente à dose diária total dos comprimidos simples. Se o controle glicêmico não for alcançado com a dose máxima diária uma vez ao dia, a mesma dose pode ser considerada, mas dividida ao longo do dia (2 comprimidos no café e 2 no jantar). Pacientes diabéticos Tipo 2: a metformina pode ser usada isoladamente ou em combinação com sulfonilureias hipoglicemiantes. Se a metformina for usada em substituição ao tratamento com outros hipoglicemiantes orais (exceto a clorpropamida), a troca pode ser feita imediatamente. Se o agente for a clorpropamida, na passagem para a metformina, durante 2 semanas, deve-se estar atento a possibilidade de reações hipoglicêmicas. Pacientes diabéticos Tipo 1: a metformina nunca substitui a insulina mas pode permitir redução nas doses de insulina e obtenção de uma melhor estabilização da glicemia. Se a dose de insulina for menor que 40 unidades/dia, a metformina deve ser administrada na dose usual de 2 comprimidos ao dia (1 pela manhã e 1 à noite), aumentando-se para 3 comprimidos ao dia, se necessário. A dose de insulina é, simultaneamente, reduzida de 2 a 4 unidades a cada dois dias. Se a dose de insulina for maior que 40 unidades/dia, é aconselhável hospitalizar o paciente para efetuar a combinação. Simultaneamente, a dose diária de insulina é reduzida, a partir do 1º dia, de 30 a 50%. Síndromes dos Ovários Policísticos: usualmente 1.000 a 1.500 mg/dia, em uma única tomada. Aconselha-se iniciar com dose de 500 mg/dia e aumentar gradualmente a dose (1 comprimido a cada semana) até atingir a posologia desejada. **(Fev 09). VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** "SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO".

Interação medicamentosa: corticosteroides
Contraindicação: insuficiência renal

SAT 0800-770-8818 Serviço de Atendimento Torrent

torrent online www.torrentonline.com.br

metabolismo torrent

IEDE RECEBE GAMA-CÂMARA

O IEDE recebeu, como doação do Instituto Nacional do Câncer, uma Gama-Câmara Siemens, que permitirá a realização de exames de Medicina Nuclear mais sofisticados, incluindo utilização de outros isótopos, além do iodo 131 utilizado atualmente. A Gama-Câmara SPECT nos permitirá ampliar o serviço e realizar todos os tipos de exames, aumentando e melhorando o atendimento dos pacientes. O público-alvo abrange, não só os pacientes matriculado no IEDE, como os referenciados pela rede pública de todo o Estado.

O Serviço de Medicina Nuclear do IEDE possui toda estrutura física e de pessoal, com duas médicas com título de especialista em Medicina Nuclear, uma com mestrado e outra doutoranda, uma Física, com título de Supervisora de Radioproteção pela CNEN, e dois técnicos capacitados para trabalhar em Medicina Nuclear geral. Temos autorização da CNEN para compra de todos os radiotraçadores utilizados na prática clínica e um quarto terapêutico com radioproteção, para administração de doses ablativas de iodo radioativo, recurso raro, mesmo na rede particular de saúde. ■

EVENTO DE EDUCAÇÃO MÉDICA COM PARTICIPAÇÃO DO IEDE

Em 27 de Junho de 2009, no Hotel Flórida, será realizada pelo Departamento de Endocrinologia Pediátrica da SBEM a Jornada Teórico Prática em Endocrinologia Pediátrica e Crescimento: Baixa Estatura.

Será debatido o diagnóstico, tratamento e um aspecto interessante: serão formados grupos com os participantes para debate de casos clínicos. Neste momento extremamente prático, pretende-se um treinamento de doses de GH e as diferentes formas de aplicação do mesmo.

Vale lembrar que a inscrição é sem ônus, teremos almoço incluso e o estacionamento é gratuito. CNA: 3 pontos, para endocrinologistas, pediatras e radiologistas. Inscreva-se pelo telefone da SBEM: 2579-0312

Não podemos perder! ■

TÍTULO DO CAAEP 2009

Parabéns as endocrinologistas, pós-graduandas e residentes do IEDE que, além de seu Título de Especialista em Endocrinologia e Metabologia (TEEM), foram também aprovadas na prova do CAAEP (Certificado de Atuação na Área de Endocrinologia Pediátrica).

- Ana Lúcia Marinho Vinagre
- Roberta Portugal Henriques
- Tatiana Batista Gonçalves

Foto: Celso Pupo

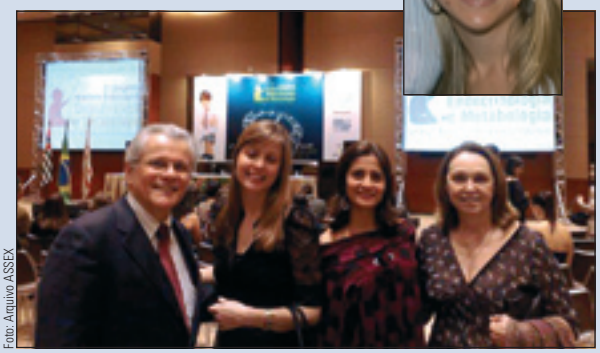


Foto: Arquivo ASSEX

Acima, Dra. Ana Lúcia Marinho Vinagre. Ao lado, Dr. Ricardo Meirelles e Dra. Vera Leal com as Dras. Roberta Portugal Henriques e Tatiana Batista Gonçalvez, aprovadas no CAAEP

ACONTECIVÊNCIAS

ENDOCARDIO

Capitaneando as atividades científicas na interface Endocrinologia e Cardiologia Dr. Amélio Godoy-Matos obteve glórias no primeiro evento que realizou nesta área.

O EndoCardio reuniu nomes expressivos de ambas especialidades , aconteceu no Othon Palace em abril e foi um sucesso.

Todos aguardam o próximo ano.

DOUTORADO

Dra. Carmem Assumpção participa de congresso na Noruega onde apresenta resultados parciais de sua tese de doutorado.

Estuda mecanismos relacionados a agregação plaquetária na Clinex/UERJ.

ENDORECIFE

Aconteceu em junho com programação de excelente nível, reunindo a nata da endocrinologia do Brasil.

Entre os nomes que representaram o Rio, e o IEDE, Dr. Luiz Cesar Póvoa, proferiu palestra sobre atualização em Diabetes, o Dr. Rodrigo Moreira sobre Dislipidemia no diabetes, a Dra. Amanda Athayde sobre terapia Androgênica na mulher e o Dr. Ricardo Meirelles sobre reposição Androgênica no homem.

PUBLICAÇÃO 1

Parabéns para a aluna da turma de 2008, Carolina Wust.

Teve sua monografia: "Avaliação do perfil psicopatologico em pacientes obesos com TCAP" aceita para publicação em periódico internacional.

PUBLICAÇÃO 2

No mesmo patamar de qualidade segue a ex aluna Joana Dantas, que atualmente se dedica ao mestrado em Diabetes na mesma linha de pesquisa que desenvolveu sua monografia.

Teve publicação recente nos Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia (ABE&M).

Parabéns! ■

O Sérgio Franco possui as soluções de que você precisa.

Conheça as ferramentas e facilidades para você e o seu consultório.

Portal do Médico

Um guia completo de informações e ferramentas para gerenciar o seu consultório e agilizar a sua rotina, com toda facilidade.

Acesse: www.portaldomedico.com.br.

DeskDoc – Seu paciente em tempo real

Foi criado para facilitar o acompanhamento dos exames de seus pacientes. Um pequeno programa (*widget*) que se transforma em um canal de informação sobre os pedidos de exames requeridos e os resultados. Baixe o programa no Portal do Médico ou no site do Sérgio Franco.

Pioneirismo também na mobilidade

O Sérgio Franco é o primeiro laboratório brasileiro a lançar uma página exclusiva para iPhone. Lá, você e seus pacientes encontram as informações necessárias sobre o andamento e resultados de exames.

Central de Relacionamento Médico

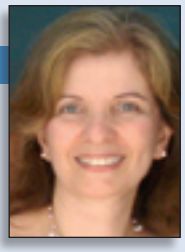
Canal de comunicação no qual médicos de cada área da medicina diagnóstica ficam à disposição da classe médica para acompanhar a realização de exames, conversar sobre resultados e ouvir sugestões.

DESDE 1940 SérgioFranco Medicina Diagnóstica

www.sergiofranco.com.br • Central de Relacionamento Médico: (21) **2672-7001**

CENTRO DE ESTUDOS

Por Carmen Regina Leal de Assumpção - Presidente Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Jayme Rodrigues-CEA



MISSÃO DO C.E.A

"O Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Jayme Rodrigues é um órgão do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, cuja finalidade é promover, estimular, planejar, coordenar, e acompanhar as atividades de cunho técnico-científico e cultural e de sua integração com a comunidade de profissionais e de usuários criando um fórum de reflexão e contribuindo para a melhoria das ações em saúde." O Prof. Jayme Rodrigues recebeu esta homenagem do CEA , por ser um dos pioneiros na criação do IEDE.

Componentes do CEA

- Presidente: *Dra. Carmen Regina Leal de Assumpção*;
- Coordenadora de Educação Continuada: *Enfermeira Márcia Cristina João Furtado*;
- Coordenador de Formação e Pós-Graduação: *Dr. José Maurício de Almeida Braga*;
- Coordenadora Administrativa: Bibliotecária *Beatriz de Saldanha da Gama Garrido*

O CEA é responsável pela Residência Médica do IEDE que remonta aos anos 70 e já formou centenas de endocrinologistas que hoje trabalham em quase todos os Estados brasileiros. Também somos responsáveis pelos Estagiáriarios bolsitas da Secretaria de Saúde:

O CEA realiza e organiza vários eventos nas dependências do IEDE e extramuros, participando de Campanhas Educativas, programação e eventos culturais (Salão de Fotografia e Salão de Artesanato), como na Central do Brasil, na Escola Estadual Julia Kubitscheck e Fiocruz. Com a função de educar, prevenir e conscientizar o objetivo na Escola Estadual Julia Kubitscheck é que os alunos, principalmente por pertencerem a uma escola de formação de professores, atentem e multipliquem suas informações através de palestras, oficinas culinárias com preparo de lanches e a supervisão da nutrição, apresentação de filmes e debates com os especialistas.

O Projeto Escola Saudável da SBEM-Nacional foi criado em 2004 e implantado nesta escola no período de 07 a 11 de abril de 2008 com a colaboração da Dra Maria Alice Bordallo.

O objetivo do projeto foi avaliar crianças do ensino fundamental (1ª a 4ª série) com a finalidade de estimular uma boa qualidade de vida, tentando evitar os erros alimentares e a inatividade física, que contribuem para o excesso de peso e uma vida menos saudável. Além disso há o atendimento ao aluno em ambulatório pela Dra Carmen Regina Leal de Assumpção

Algumas datas já fazem parte do calendário do CEA como DIA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO - 16 DE OUTUBRO- relacionado aos hábitos alimentares e doenças que podem ser evitadas com uma boa alimentação.

SESSÕES CIENTÍFICAS

As Sessões Científicas com discussões são de padrão internacional, tratam de casos clínicos do próprio hospital ou da clínica privada e são regidas sob os princípios éticos. Ocorrem também palestras ministradas por convidados e filmes educativos.

Você que foi ex-aluno, venha discutir seu caso nas Sessões que são realizadas às 5ª feiras a partir das 10 horas, no Auditório Dona Anna.

CASO CLÍNICO

QP= cansaço

Paciente relata astenia persistente nos últimos anos. Diagnóstico de hipertireoidismo aos 07 anos.Iniciou tratamento de forma irregular com Propiltiouracil com ajuste progressivo da dose. Em 1988 além do bócio difuso, foi encontrado em exame físico um nódulo com cerca de 2cm. Nesse mesmo ano foi iniciada a associação de PTU e Levotiroxina, permaneceu em uso até 95. Devido ao aumento do volume da tireóide e do tamanho do nódulo, foi submetida a tireoidectomia subtotal ampla em 05/07/1995 e mantida a reposição de LT4.

Em resumo a paciente apresentava uma patologia tiroidiana associada à Doença Celíaca,seguindo um pequeno resumo abaixo .

DOENÇA CELÍACA

Doença Celíaca é uma condição auto-imune. Ocorre em indivíduos geneticamente suscetíveis.

Positividade de HLA DQ2 e/ou DQ8 é necessário mas não suficiente.

Manifestações Gastrointestinais: Idade mais comum de apresentação: 6-24 meses;

Diarréia crônica; distensão abdominal; anorexia; parada de crescimento ou perda de peso; dor abdominal; vômito; constipação; irritabilidade; e, mais raramente, crise celíaca.

Manifestações extra intestinais: mais comum em crianças maiores e adultos;

dermatite herpetiforme; hipoplasia do esmalte dos dentes permanentes; osteopenia / osteoporose; baixa estatura; puberdade tardia; anemia ferropriva resistente a Fe oral; hepatite; Artrite; epilepsia com calcificações occipitais.

Manifestações Assintomáticas Silenciosa: sintomas mínimo; mínimas alterações da mucosa; sorologia positiva; identificados por "screening" de indivíduos assintomáticos de grupos de risco:Parentes de 1º grau, pacientes com síndrome de Down, pacientes com Diabetes tipo I e outras doenças auto-imunes, etc.

Manifestações assintomáticas latente: sem sintomas; mucosa normal; pode apresentar sorologia positiva. Identificados ao longo do tempo por screening em grupos de risco.

Estes indivíduos, quando submetidos a certas circunstâncias, irão desenvolver alterações de mucosa .

Diagnóstico é pela história clínica, EDA com histopatológico e sorologia (anti-gliadina, anti-transglutaminase, anti-endomísio).

A retirada do gatilho ambiental (glúten) leva a resolução completa da doença (Junqueira, 2006).

Notícias do CEA:

Dia internacional da Mulher: foi comemorado com palestra sobre o tabagismo através do programa anti-tabagismo do município do RJ, ministrada pela fonoaudióloga Fabiana Renner e palestra sobre "Cuidados com a pele", ministrada pelo dermatologista do IEDE, Dr Jorge Ricardo Machado

Dia Mundial da Saúde: O convite foi feito pela Sra Fátima Ferreira QualiVida – SRH Dirac – Fiocruz.O CEA participou ativamente da feira de saúde com a presença dos funcionários do IEDE(veja foto) e com palestra sobre Obesidade e Diabetes, ministrada pela Dra Carmen Regina L de Assumpção.

CEA: Tel.: (21) 2299-9285 - ramal: 1193
Email: cea@saude.rj.gov.br ■

Levoid®

levotiroxina sódica

Estabilidade para o bem-estar.

- Adequado às condições de temperatura e umidade do Brasil.[1]
- 100% de dissolução em 10 minutos.[2]
- Levotiroxina micronizada: garantia de dose homogênea.[3-5]

Material técnico-científico exclusivo à classe médica.

Referências Bibliográficas: 1) ANVISA:Resolução RE nº 398, de 12 de novembro de 2004. **2)** Dados constantes no Registro do Produto. **3)** Rogers TL; Johnston KP; Williams RO: Solution-based particle formation of pharmaceutical powders by supercritical or compressed fluid CO2 and cryogenic spray-freezing technologies. Drug Dev Ind Pharm;27(10):1003-15, 2001. **4)** Rasenack N; Müller BW: Micron-size drug particles: common and novel micronization techniques. Pharm Dev Technol;9(1):1-13, 2004. **5)** Chaumeil JC: Micronization: a method of improving the bioavailability of poorly soluble drugs. Methods Find Exp Clin Pharmacol;20(3):211-5, 1998.

CAC
Central de atendimento a clientes
0800 701 6900
cac@ache.com.br
8:00 h às 17:00 h (seg. a qui.)
8:00 h às 12:00 h (sex.)

ache

NOVA DIRETORIA DA ASSEX ASSUME O BIÊNIO 2009-2010

Foi realizada no último dia das atividades científicas do XXXVII Encontro Anual do IEDE a Assembléia Geral Ordinária da ASSEX. Um dos pontos mais importantes desta assembléia foi a eleição da Chapa de Diretoria que ficaria responsável pela ASSEX no Biênio 2009-2010. Tendo como presidente a Dra. Amanda Athayde, a nova chamada foi composta primariamente por integrantes da diretoria anterior, com o objetivo de manter o excelente trabalho que vinha sendo realizado.

A composição da nova Diretoria da ASSEX, ficou a seguinte: Presidente - Amanda Athayde; Vice-Presidente - Rodrigo O Moreira; Secretária - Cristiane M. Rangel; Secretária - Flávia Regina P. Barbosa; Tesoureira - Rosane Kupfer; Tesoureiro - Roberto Assumpção; Diretora Social - Márcia Marinho; Diretor de Eventos - Alexander K. Benchimol

Logo após assumir seu mandato, a Dra. Amanda já arregaçou as mangas e começou seu trabalho. Assim como a gestão anterior, a Presidente também realizou uma distribuição de funções, transferindo parte das responsabilidades aos diferentes integrantes da diretoria. Desta forma, além das funções específicas atribuídas pelo Estatuto, cada membro recebeu também uma função diferente: o Dr. Rodrigo Moreira atuará como Editor do Jornal da ASSEX, ficando também responsável por uma das Colunas Científicas do Jornal; a Dra. Cristiane Rangel e a Dra. Márcia Marinho iniciarão uma maior aproximação dos delegados regionais da ASSEX, visando aumentar o contato dos Ex-Alunos com o Instituto; a Dra. Flávia Regina e o Dr. Roberto Assumpção assumiram a responsabilidade pelo Site da ASSEX (fiquem de olho, pois teremos grandes novidades no nosso site); o Dr. Alexander Benchimol e a Dra. Rosane Kupfer ficarão responsáveis pelos cursos e colunas específicas no Jornal da ASSEX.

Além disso, uma das primeiras ações da Presidente foi aumentar o Jornal da ASSEX, incorporando a este, o Jornal do IEDE e uma página toda voltada para o Curso de Pós Graduação de Endocrinologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), com a divulgação de eventos e informações. Dentre as novidades, podemos destacar as novas colunas, sempre com novidades do Serviço de Endocrinologia (com a colaboração da Dra. Vera Leal), do nosso Centro de Estudos (com a Dra. Carmen Assumpção) e do Serviço de Diabetes (com a Dra. Rosane Kupfer).

Esperamos que vocês aprovem nossas mudanças e aguardamos ansiosamente seu contato pelo nosso site www.assex.org.br.

Sinceramente

Diretoria da ASSEX
(Biênio 2009-2010)

Dra. Amanda Athayde

Dr Rodrigo Moreira

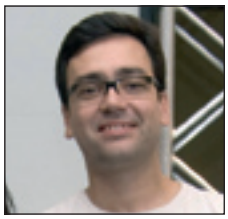
Fotos: Celso Pupo

Dra. Cristiane M. Rangel

Foto: Arquivo ASSEX

Dra. Flávia Regina P. Barbosa

Dra. Rosane Kupfer


Dr. Roberto Assumpção

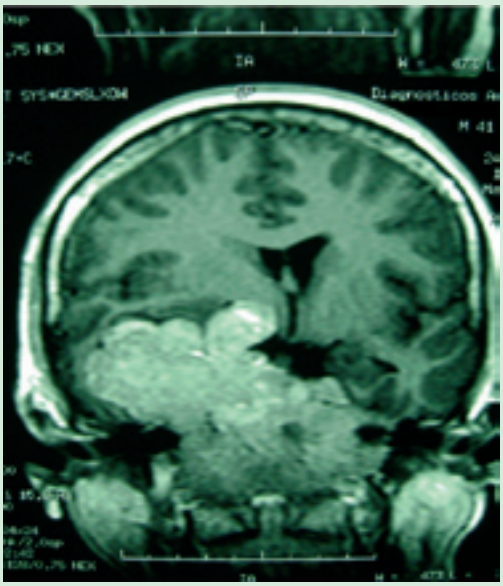
Dra. Marcia Marinho

Dr. Alexander K. Benchimol

DESAFIO DIAGNÓSTICO

Editor - Dr. Alexander Benchimol
Colaboração com o caso clínico - Dra. Aline Moraes

Paciente do sexo masculino, 41 anos, com história de cefaléia após traumatismo crânio-encefálico durante uma partida de futebol. Procurou à Emergência onde foi solicitado Ressonância Magnética de Crânio (foto). Havia relato prévio de disfunção erétil e diminuição da libido. Qual o diagnóstico?



A partir deste número, teremos um único jornal integrado contemplando o IEDE, PUC, ASSEX tendo em vista mais objetividade e integração. Nós da Coordenação do Curso da PUC, Edna, Rosa, Claudia, Walmir e Isabela com o apoio permanente do Ricardo, reafirmamos nosso objetivo de manter um contato informativo científico e administrativo com a comunidade do IEDE sempre de forma fraternal.

Luiz Cesar Póvoa

PUC News

- No dia 30 de abril, no Anfiteatro Donna Ana, houve excelente conferência com o Dr. Carlos Eduardo Couri sobre regeneração do DM1 com imunossupressão. O trabalho é excelente e está publicado no JAMA de 15 de abril de 2009.
- Inicia suas atividades em São Paulo a firma RECEPTA BIOFARMA empresa privada que juntamente com o INSTITUTO LUDWIG. Tem o objetivo de gerar anticorpos para a oncologia experimental. Este fato pontua a chegada ao Brasil de investimentos particulares associados a tecnologia médica.
- Dra. Carmem Assunção apresentará pôster no Congresso Internacional de Fisiologia, que acontece nos dias 7, 8, 9 e 10 de junho, em Dublin, Irlanda. O tema faz parte a sua pesquisa desenvolvido no doutorado, intitulado: "A Via L. Arginina - Óxido nítrico na anorexia nervosa" ■

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO DIABETES – A QUE PONTO CHEGAMOS?

A constatação de que o tratamento cirúrgico da obesidade grave promove uma rápida e sustentável melhora no controle do diabetes tipo 2 levou à proposição de que esta doença possa ter um tratamento cirúrgico, independentemente do grau de obesidade.

Novas técnicas têm sido propostas, em sua maioria voltadas a maximizar o efeito incretínico observado com o bypass gástrico em Y de Roux.

Algumas séries de casos têm sido apresentadas, com taxas variáveis de melhora e remissão do diabetes. Nenhuma das séries, entretanto, utilizou um grupo de controle clínico que permitisse uma adequada comparação de sua eficácia e segurança.

A possibilidade de utilização das cirurgias do diabetes tem sido debatida em diversos fóruns e já começa a gerar bastante discussão em nosso meio.

A visão predominante nesses debates tem sido de que estamos em um estágio inicial de estudo destas novas técnicas e indicações, que não permite ainda sua recomendação na prática médica, mas que estudos clínicos adequados devem ser encorajados para que se tenha no futuro Os dados necessários para sua adequada avaliação sob a ótica da medicina baseada em evidência.

Em minha visão pessoal, a etapa lógica a ser perseguida seria a extensão da indicação do procedimento considerado atualmente como padrão ouro, o bypass gástrico em Y de Roux. Já está bem consolidada sua indicação para diabéticos com IMC superior a 35 kg/m2. A pergunta seguinte deveria ser devemos estender esta indicação para a faixa de 30 a 35? Precisamos de dados de boa qualidade, derivados de estudos experimentais aprovados por comitês de ética em pesquisa. Da mesma forma que exigimos evidências científicas para fundamentar a utilização de qualquer medicamento na prática clínica, devemos também esperar que novos tratamento cirúrgicos estejam respaldados nos princípios da medicina baseada em evidência. Não podemos aceitar 2 pesos e 2 medidas.

Walmir Coutinho

Com o objetivo de contemplar a interface entre a endocrinologia, a dermatologia e a medicina estética, estamos organizando o primeiro Curso de Estética em Endocrinologia na Academia Nacional de Medicina sendo de âmbito nacional e ... no programa de ensino a distancia. A abertura será realizada pelo Dr. Ivo Pitanguy com a conferência "O belo ao longo da história", a programação científica preliminar encontra-se em anexo.

Este curso certamente é de interesse a todos que tem como objetivo alinhar de forma ética os cuidados estéticos dentro das evidências científicas mais atuais. ■

CURSO DE ESTÉTICA EM ENDOCRINOLOGIA

LOCAL: Academia Nacional de Medicina
DATA: 07 de novembro de 2009 - sábado
DURAÇÃO: 9 horas
INSCRIÇÕES: 200 vagas
PÚBLICO ALVO: médicos (endocrinologistas, dermatologistas, cirurgiões plásticos) e profissionais em atividades afins
OBJETIVOS – Contemplar a interface entre a Endocrinologia e a Medicina Estética, atividade esta multiprofissional que atualmente tem-se utilizado de abordagens clínicas, medicamentosas, além de procedimentos invasivos e equipamentos altamente sofisticados, muitos deles sem protocolo de uso podendo incorrer em abuso de sua utilização.
Os profissionais, alvos deste curso, são aqueles que têm em suas especialidades a necessidade de conhecimento médico que contemplem as áreas atualmente envolvidas nos cuidados estéticos e associados à qualidade de vida.

Atenciosamente,

Comissão Organizadora

HISTÓRIA DA ENDOCRINOLOGIA – LUIZ CESAR PÓVOA

O SÍMBOLO DA MEDICINA

Dois símbolos têm sido usados ultimamente em conexão com a medicina: o símbolo de Asclépio representado por um bastão tosco com uma serpente em volta: e o símbolo de Hermes, chamado *caduceu*, que consiste em um bastão mais bem trabalhado, com serpentes dispostas em espirais ascendentes, simétricas e opostas, e com duas asas em sua extremidade superior.

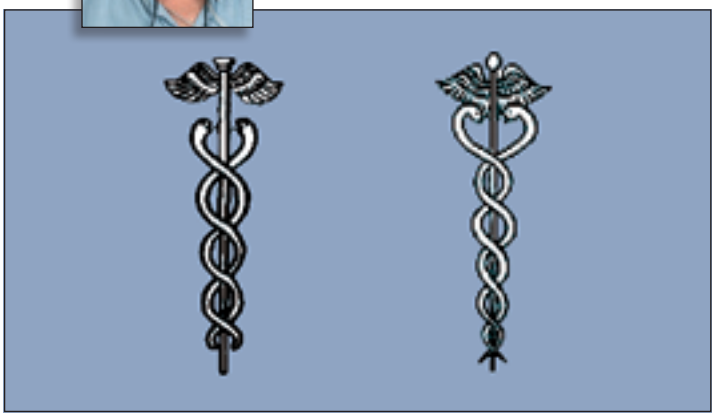
Ambos os símbolos tem sua origem na Mitologia Grega, o de Asclépio, deus da medicina, é o símbolo da tradição médica; o de Hermes, deus do comércio, dos viajantes e das estradas que foi introduzido tardiamente na simbologia médica (Fig. 1). Seu uso em lugar de bastão Asclépio pode ser considerado uma "heresia" (J.M.Rezende)

Há várias interpretações para o símbolo de Asclépio.

Em relação ao bastão:

1. Árvore da vida, com seu ciclo de morte e renascimento.
2. Símbolo de poder, com o cetro dos reis ou báculos dos bispos.
3. Símbolo da magia, como a vara de Moisés.
4. Apoio para as caminhadas, como o bordão ou o cajado dos pastores.

Símbolo de Asclépio



Símbolo de Hermes

Em relação à serpente:

1. Símbolo do bem e do mal e, portanto, da saúde e da doença.
2. Símbolo do poder de rejuvenescimento pela troca periódica da pele.
3. Ser etônieo (que vive no interior da Terra) que estabelece a comunicação do mundo subterrâneo e a vida na superfície da Terra, elo entre o mundo visível e invisível.

O símbolo de Hermes é apropriadamente utilizado em emblemas de associações comerciais, escolas de comércio e escritórios de contabilidade. Como símbolo médico é usado principalmente nos Estados Unidos por serviços médicos oficiais e pelas empresas que oferecem planos de saúde.

Consideramos oportuno iniciar uma campanha de esclarecimento, nas Faculdades de Medicina, junto aos estudantes do curso de graduação, no sentido de alertá-los sobre o único e verdadeiro símbolo da medicina: o bastão de Asclépio com uma só serpente.

Transcrito de Semiologia Médica – 6ª edição
Celmo Celeno Porto e Cols ■

CURSO DE ENDOCRINOLOGIA ESTETICA - Programa

09:00-09:15 ABERTURA *Dr. Luiz Cesar Póvoa, Dr. Ricardo Meirelles, Dr. Walmir Coutinho*

09:15-10:00 CONFERÊNCIA – *Pres. Luiz Cesar Póvoa*
O BELO AO LONGO DA HISTORIA - *Prof. Ivo Pitanguy*

1. Pele e Influência dos Hormônios - *Pres. Ricardo Meirelles*
10:00-10:20 1.1. ACNE E HIPERANDROGENISMO CUTÂNEO - *Prof. David Azulay*
10:20-10:40 1.2. DERMATOSES METABÓLICOS - *Dr. Jorge Ricardo*
10:40-11:00 Discussão

2. Faneros - *Pres. Walmir Coutinho*
11:00-11:20 2.1. HIRSUTISMO E HIPERTRICOSE – *Dra. Valeska Mansur*
11:20-11:40 2.2. ALOPÉCIA – *Dr. Márcia Ramos Silva*
11:40-12:00 Discussão

12:00-13:00 Almoço

3. Estetica Corporal – *Pres. Claudia Pieper*
13:00-13:20 3.1. ESTRATEGIAS PARA PERDA DE PESO, PESO IDEAL x PESO DOS SONHOS – *Dr. Walmir Coutinho*
13:20-13:40 3.2. MAGREZA NÃO DESEJADA: ESTRATÉGIA PARA GANHO DE PESO – *Nutricionista. Jaqueline*
13:40-14:00 Discussão

4. Distribuiçao de Gordura Corporal e Lipodistrofias e Celulite – *Pres. Isabela Bussade*
14:00-14:20 4.1. AVALIAÇAO DA COMPOSIÇÃO CORPORAL: MÉTODOS CLÍNICOS DE DENSITOMETRIA, TC E RM – *Dra. Cyntia Valério*
14:20-14:40 4.2. APARELHOS PARA GORDURA LOCALIZADA E LASER -USOS E ABUSOS – *Dr. Alexandre Filipo*
14:40-15:00 4.3. PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS INVASIVOS – *Dra. Paulina Kede*
Discussão

15:00-15:20 COFEE BREAK

5. Impacto Estético de Terapias Hormonais – Dra. Vera Leal
15:20-15:40 5.1. GH/HORMONIO TIREOIDEANO/GLICOCORTICOIDES – Dr. Amélio Godoy
15:40-16:00 5.2. DHEA / TESTOSTERONA : INDICAÇÃO E ABUSOS – Dr. Ricardo Meirelles
16:00-16:20 5.3. SÍNDROME DE OVÁRIOS POLICÍSTICOS, ANOVULATORIOS E TRHM: MUDANÇAS NA COMPOSIÇÃO CORPORAL, PESO E PELE. – *Dra. Amanda Athayde*
16:20-16:40 Discussão

6. Comportamento – *Dra. Edna Pottes*
16:40-17:00 6.1 SONO E RITMO CIRCADIANO: QUAL O PAPEL DO RELOGIO BIOLÓGICO? – *Dr. Roberto Assumpção*
17:00-17:20 6.2. ESTRESSE, CONSEQUENCIAS DERMATOLÓGICAS E METABÓLICAS – *Dra. Isabela Bussade*
17:20-17:40 6.3. ETICA NA ENDOCRINOLOGIA ESTETICA – Dr. Luis Cesar Povoa
17:40-18:00 Discussão e Encerramento

DIABETES ATUALIDADES

por Rosane Kupfer

MAIS UMA CLASSE DE MEDICAMENTOS ORAIS PARA O TRATAMENTO DO DIABETES TIPO2?

A absorção intestinal e a reabsorção renal de glicose são mediadas através dos transportadores de sódio-glicose. Os transportadores de glicose sódio dependentes, SGLT1 e SGLT2 são os principais transportadores de glicose no rim. O SLGT1 é expresso também no trato gastrointestinal, coração, músculo esquelético, fígado, pulmão e rim enquanto o SGLT2 é expresso praticamente apenas no rim. Mutações humanas no SGLT2 estão associadas com glicosúria renal familiar hereditária. Pacientes com DM2 tem um aumento da reabsorção tubular renal de glicose.

A Dapagliflozina é um inibidor do co-transportador renal de sódio-glicose (SGLT2), que está em fase final de investigação para uso no tratamento do Diabetes tipo 2.

Sua ação hipoglicemiante se dá através da inibição da reabsorção de glicose pelo rim, por inibir a ação do principal co-transportador renal de glicose (SGLT2), aumentando a excreção urinária de glicose.

A Dapagliflozina foi desenvolvida para ser altamente específica para este co-transportador, minimizando possíveis eventos adversos decorrentes da inibição de outros co-transportadores de glicose como o SGLT1 (intestino delgado), GLUT 1 e GLUT4 (tecidos periféricos).

Esta nova droga, quando em monoterapia, não parece causar hipoglicemia. Apesar do mecanismo renal de ação, não foram observadas alterações de volume urinário ou de função renal nos primeiros estudos em humanos. Esta porém ainda é uma questão que preocupa: a longo prazo, será que uma droga que aumenta a glicosúria renal não causará lesão tubular? Da mesma forma, não parece alterar o sódio sérico. Uma preocupação com o aumento da excreção de glicose na urina, é o aumento do risco de infecções do trato urinário e de micose vulvo vaginal. Nos estudos de fase 1 e 2, isto não foi observado. Aguarda-se a análise final dos estudos de fase 3.

Em relação ao controle glicêmico, espera-se uma ação moderada, com queda de A1c em torno de 0,7 a 1%, entretanto, acompanhado de uma leve redução do peso corporal.

Será que teremos esta nova classe de drogas inserida no arsenal de drogas para DM2? Para informação complementar sugiro a leitura do estudo que será publicado no Diabetes Care de julho/2009, que mostrará os resultados da associação de Dapagliflozina a metformina e insulina. ■

Thioctacid® HR
ácido tióctico

Contraindicação: Hipersensibilidade conhecida ao ácido tióctico ou a qualquer componente da fórmula.

Interação Medicamentosa: O efeito da cisplatina pode ser reduzido pela administração concomitante de Thioctacid® HR.

Thioctacid HR® ácido tióctico 600mg - Embalagem contendo 30 comprimidos revestidos. USO ORAL – ADULTO. Registro M.S. 1.0089.0330. **Indicações:** Tratamento dos sintomas da polineuropatia diabética periférica. **Contraindicações:** Hipersensibilidade conhecida ao ácido tióctico ou a qualquer dos componentes da fórmula. **Cuidados e Advertências:** O consumo regular de álcool representa um fator de risco significativo para a ocorrência e progressão de quadros clínicos neuropáticos, podendo prejudicar o sucesso do tratamento com Thiotacid® 600 HR. Assim, recomenda-se que pacientes com polineuropatia diabética abstenham-se de bebidas alcoólicas o máximo possível, mesmo durante os intervalos de tratamento. **Gravidez e lactação:** testes toxicológicos não indicaram influência sobre a fertilidade ou no desenvolvimento embrionário. Não foram evidenciados efeitos embriotóxicos. Não se sabe se o ácido tióctico passa para o leite materno. O tratamento com Thioctacid® 600 HR em pacientes grávidas ou amamentando deve ocorrer apenas após cuidadosa avaliação do critério risco/benefício. Gestantes e lactantes só devem fazer uso do produto se expressamente indicado pelo médico. Na ausência de dados clínicos disponíveis, não utilizar o produto em crianças e adolescentes. **Interações medicamentosas:** O efeito da cisplatina pode ser reduzido pela administração concomitante de Thioctacid® 600 HR. Como o ácido tióctico é um quelante de metais, não utilizar simultaneamente com compostos metálicos, como produtos à base de ferro ou magnésio e derivados do leite, em função do seu conteúdo de cálcio. Se a administração de Thioctacid® 600 HR ocorrer 30 minutos antes do café da manhã, produtos contendo ferro e magnésio podem ser utilizados no horário do almoço ou ao anoitecer. Como o efeito hipoglicemiante da insulina e de antidiabéticos orais pode ser intensificado, recomenda-se acompanhamento regular da glicemia, particularmente durante o início do tratamento. Em casos isolados, pode ser necessário reduzir a dose de insulina ou do antidiabético oral, de forma a evitar sintomas de hipoglicemia. **Reações adversas:** Muito raras (< 0,01%): sintomas gastrintestinais: náusea, vômitos, diarréia, dor abdominal. **Reações alérgicas:** erupção cutânea ("rash"), urticária, prurido. Alterações do paladar. Diminuição da glicemia decorrente de um aumento da utilização da glicose, com ocorrência de sintomas semelhantes aos de hipoglicemia (vertigem, sudorese excessiva, cefaléia e alterações visuais). **Posologia:** Em geral, um comprimido (600 mg) uma vez ao dia, em dose única, aproximadamente meia-hora antes da primeira refeição. O uso crônico por via oral do produto foi estudado pelo período de 2 anos. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Maiores informações: Serviço de Atendimento ao Consumidor pelo tel.: **0800-7277293** ou na Internet: **www.merck.com.br.** junho/09

A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

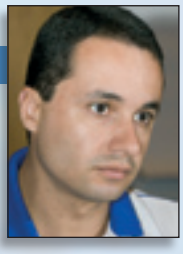
Merck S.A.
Estrada dos Bandeirantes, 1099 – 22710-571
Rio de Janeiro – RJ www.merck.com.br
SAC: 0800 727-7293

SAC 0800 727-7293

MERCK SERONO

ESPAÇO CIENTÍFICO

por Rodrigo O. Moreira



TERAPIA COM CÉLULAS TRONCO, DIABETES MELLITUS, DISLIPIDEMIAS, INSUFICIÊNCIA ADRENAL E HIPERPARATIREOIDISMO

Mais um ano começa, assim como mais uma diretoria da ASSEX. Seguindo o padrão das diretorias anteriores, e baseado no sucesso da coluna (agradeço imensamente os elogios), manteremos a coluna científica. Tentarei escolher sempre artigos de revistas disponíveis na Área Restrita do Site da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, de modo a que nossos leitores possam ter um acesso fácil a estes artigos.

"C-peptide levels and insulin independence following autologous nonmyeloablative hematopoietic stem cell transplantation in newly diagnosed type 1 diabetes mellitus"

Não existe melhor forma de começar nossa coluna (e nosso ano) comentando sobre um importante artigo publicado por um grupo brasileiro. Há aproximadamente 02 anos, parabenizamos o grupo do Dr. J. Voltarelli por seu artigo sobre o tratamento do Diabetes Mellitus tipo 1 recém-diagnosticado com transplante de Células tronco Autólogas. Agora, o Dr. Carlos Eduardo Couri (co-autor do trabalho anterior) mantém a linha de pesquisa e descreve o follow-up de 23 pacientes em acompanhamento por um período médio de 2 anos e meio (JAMA 2009; 301(15):1573-1579). Os autores demonstram que estes pacientes permanecem com níveis crescentes de peptídeo C e sem necessidade de insulina, confirmando os excelentes resultados apresentados no primeiro manuscrito. É importante frisar que os autores vem se tornando um dos grupos mais importantes do mundo no tratamento do DM tipo 1 com células tronco.

Ainda dentro deste assunto, vale a pena dar uma olhada na edição de maio da Endocrine Reviews (30[3]). A edição apresenta diversas revisões sobre terapia com células tronco nas mais diferentes patologias endócrinas, incluindo um artigo sobre aspectos éticos ("Ethical Issues in Stem Cell Research" de Bernard Lo) e um sobre tratamento do DM ("Stem Cells to Pancreatic [beta]-Cells: New Sources for Diabetes Cell Therapy" de Tingxia Guo). Um prato cheio para os interessados no assunto.

Volto um pouco agora para a edição do JAMA 301(15) onde foi publicado o estudo sobre transplante de Células Tronco comentado acima. Toda essa edição foi dedicada ao Diabetes Mellitus, com diversos estudos extremamente relevantes para o tema, além de comentários e editoriais sobre o tema. Dentre as mais importantes, podem ser encontrados discussões sobre a cura do Diabetes ("Can Diabetes Be Cured?: Potential Biological and Mechanical Approaches"), sobre o impacto da cirurgia bariátrica no DM ("Bariatric Surgery and Diabetes: Who Should Be Offered the Option of Remission?"), além de um editorial sobre progressos no Diabetes assinado por David Nathan ("Progress in Diabetes Research—What's Next"). Uma edição simplesmente imperdível.

"Lipids, lipid modifying agents and cardiovascular risk: a review of the evidence"

Como sou um apaixonado pelas dislipidemias, não poderia deixar de comentar o artigo publicado por David Preiss and Naveed Sattar (Clinical Endocrinology 70 , 815–828). Nesta revisão, os autores discutem toda a informação disponível até o momento sobre o tratamento da dislipidemia, além de apresentar alguns dados interessantes sobre alguns temas bem polêmicos, como o impacto da hipertrigliceridemia no risco cardiovascular, os estudos com HDL colesterol e com Ezetimibe.

Para terminar, ai vão boas dicas sobre revisões. Primeiro, foi publicada uma excelente revisão sobre fatores predisponentes para Insuficiência Adrenal por Stefan Bornstein ("Predisposing Factors for Adrenal Insufficiency" em NEJM 360:2328-2339). O autor apresenta diversas situações de interesse para o clínico, incluindo medicamentos que podem precipitar as crises e a insuficiência relacionada a doenças crônicas. Ainda dentro deste assunto (parece até que combinado), Wiebke Arlt publicou também uma revisão sobre abordagem do paciente do paciente com Insuficiência Adrenal ("APPROACH TO THE PATIENT: The Approach to the Adult with Newly Diagnosed Adrenal Insufficiency" em JCEM 94:1059-1067). A leitura dos dois artigos é uma boa maneira de se manter atualizado sobre uma das mais importantes emergências endócrinas.

Uma edição inteira que também merece ser citada é a edição de fevereiro do JCEM (Volume 94; Edição 2). Nesta edição, podem ser encontradas as recomendações para abordagem, diagnóstico e tratamento clínico e cirúrgico do hiperparatireoidismo primário. Simplesmente não temos como selecionar um único artigo. A edição inteira é uma aula sobre hiperparatireoidismo e deve ser lida tanto pra especialista como por aqueles que planejam realizar a prova do TEEM no final deste ano. ■

A **hiperglicemia pós-prandial** é um fator independente para o **aumento** do **risco cardiovascular**[1,2,3]

POSPRAND
repaglinida

Protege o paciente dos picos da hiperglicemia pós-prandial[3,5-8]

Ação rápida efetiva sobre a glicemia pós-prandial e a A1c[3,5-8]

- Bioequivalente ao produto de referência[9]
- Posologia cômoda: 1 refeição, 1 comprimido[10]
- A repaglinida com menor custo de tratamento: até **35% de economia**[11]

Posprand também é apresentado em embalagens de 30 comprimidos de 0.5, 1.0 e 2.0mg

POSPRAND®. Uso oral. Uso adulto. COMPOSIÇÃO E APRESENTAÇÃO: comprimidos de 0,5 mg (embalagem com 30), 1 mg ou 2 mg (embalagens com 30 e 60); excipientes: meglumina, poloxâmero 188, povidona, celulose microcristalina, água purificada, amido de milho (seco), fosfato dicálcico anidro, polacrilina, óxido férrico amarelo, óxido férrico vermelho, estearato de magnésio. **INDICAÇÕES:** diabetes tipo 2 não controlado por dieta, redução de peso ou exercícios; também em associação à metformina, em pacientes não controlados somente com a mesma; iniciar o tratamento como adjuvante à dieta e exercícios físicos, para diminuir a glicemia pós-refeições. **CONTRA-INDICAÇÕES:** hipersensibilidade à repaglinida ou aos excipientes; diabetes tipo 1, peptídeo C negativo; cetoacidose diabética, com ou sem coma; gravidez e lactação; crianças com menos de 12 anos; disfunções renais ou hepáticas graves; uso concomitante com medicamentos que interfiram na ação da repaglinida ou que dependam da CYP3A4. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** usar apenas se não ocorrer controle da glicemia com dieta, exercícios e redução de peso; pode ocorrer hipoglicemia, que tende a diminuir com o tempo; associação com metformina pode aumentar risco de hipoglicemia; pode haver perda do controle glicêmico na presença de estresse (febre, trauma, infecção, cirurgia) ou problemas hepáticos ou renais, podendo ser necessário descontinuação e uso de insulina; ter precaução ao dirigir, pelo risco de hipoglicemia; não recomendado para pacientes com disfunção hepática, menores de 18 e maiores de 75 anos. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** evitar o uso durante a gravidez ou lactação. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** inibidores da MAO, betabloqueadores, inibidores da ECA, salicilatos, antiinflamatórios não-esteróides, octreotídeo, álcool e esteróides anabólicos podem aumentar o efeito hipoglicemiante da repaglinida; contraceptivos orais, tiazidas, corticosteróides, danazol, hormônios tireoideanos e simpatomiméticos podem reduzir o efeito hipoglicemiante da repaglinida; betabloqueadores podem mascarar sintomas de hipoglicemia; é possível que cetoconazol, itraconazol, eritromicina, fluconazol e mibefradil aumentem os níveis plasmáticos de repaglinida; rifampicina ou fenitoína podem diminuir esses níveis; considerar potenciais interações no uso associado a outras drogas secretadas pela bile. **REAÇÕES ADVERSAS:** hipoglicemia leve e facilmente controlada com a ingestão de carboidratos; se forem graves, considerar administração intravenosa de glicose; distúrbios visuais transitórios, principalmente no início do tratamento; dor abdominal, diarréia, náuseas, vômitos, constipação; aumento leve e transitório das enzimas hepáticas; prurido, erupções cutâneas, urticária. **POSOLOGIA:** dose determinada de acordo com o paciente; recomenda-se início com 0,5 mg, titulando-se a cada 1 a 2 semanas, segundo resposta glicêmica; uso anterior de hipoglicemiante oral: recomenda-se dose inicial de 1 mg; recomenda-se manutenção com dose máxima de 4 mg, com as principais refeições (máximo de 16 mg/dia). **SUPERDOSES:** pode haver sintomas hipoglicêmicos (tontura, sudorese, tremor, cefaléia etc.), devendo ser corrigida a hipoglicemia (carboidratos orais); casos mais graves, com convulsão, perda da consciência ou coma devem ser tratados com glicose intravenosa. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Farmacêutica Responsável: Luciana Righetto - CRF/SP 32.968. MS 1.1013.0256.002-5/MS 1.1013.0256.009-2/MS 1.1013.0256.010-6/MS 1.1013.0256.016-5/MS 1.1013.0256.017-3. Fabricado e embalado por Glenmark Generics Ltd. Importado e distribuído por Glenmark Farmacêutica Ltda (Rua Alexandre Dumas, 1.711 São Paulo – SP; CNPJ 44.363.661/0001-57).

CÓDIGO AN REV

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: 1) The DECODE Study Group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetic Association diagnostic criteria. Lancet 1999; 354: 617–21. **2)** Frandsen KB, Tambascia MA. Repaglinide and Prandial Glucose Regulation: The Rational Approach to Therapy in Type 2 Diabetes? Arq Bras Endocrinol Metab 1999;43/5: 325-335. **3)** Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Tipo 2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007. **4)** Stratton, IM et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ 2000;321:405-12. **5)** Owens DR. Repaglinide – Prandial Glucose Regulator: A New Class of Oral Antidiabetic Drugs. Diabet Med 15 (Suppl. 4): S28–S36 (1998). **6)** Damsbo P et al. Flexible prandial glucose regulation with repaglinide in patients with Type 2 diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice 45 (1999) 31–39. **7)** Fuhlendorff J et al. Stimulation of Insulin Release by Repaglinide and Glibenclamide Involves Both Common and Distinct Processes. Diabetes 47:345–351, 1998. **8)** Landgraf R et al. Metabolic Control with Repaglinide and Rating Patterns of Patients with type 2 Diabetes Compared to Prior Therapy. Poster 335. **9)** Relatório de Estudo de Bioquivalência, PROTOCOLO No: GRC-BS-011-07 - Navi Mumbai - Índia - Data do relatório: 29 de maio de 2007, entre Posprand comprimidos 2 mg da Glenmark Pharmaceuticals Ltd. e comprimidos 2 mg, da NovoNordisk A/S Brasil, em condições de jejum. **10)** Bula do produto **11)** Revista ABCFARMA setembro/08 Preço Fábrica 18%

AO PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

SAC 0800 773 0130

Os valores estão em nosso DNA

Linha Endometabólica

glenmark

ISSO É O IEDE

Fotos: Celso Pupo

PAIXÃO PELA PROFISSÃO A MANTÉM NO INSTITUTO

Por Flavia Garcia

Ela formou-se na Universidade Federal Fluminense (UFF) e, desde o segundo ano de faculdade, sempre soube que se especializaria em endocrinologia. "Naquela época, me apaixonei pelos hormônios, mas achei importante fazer a clínica médica antes. Fiz e fui para a Faculdade de Medicina de Teresópolis", recorda a Dra. Vivian Ellinger - presidente da ASSEX nos anos de 2003 e 2004.

Na sua primeira tentativa para a pós-graduação no IEDE, a Dra. Vivian foi reprovada, mas não se desmotivou. Ela estudou mais e tentou novamente no ano seguinte, com sucesso. Começou a cursar a sua pós-graduação em 1976, porém continuou morando e trabalhando em Teresópolis.

Por ter que chegar pontualmente às 8h no IEDE, já que o Professor José Schermann não admitia atrasos, a Dra. Vivian descia da região serrana no primeiro ônibus, todos os dias, e acabava chegando antes do horário. A parte engraçada da história é que ela chegava toda agasalhada no Hospital Moncorvo Filho, para a sua pós-graduação. "Eu saía de casa por volta das 5h da manhã e, além disso, saía da serra, onde é bem mais frio do que no Rio de Janeiro. No início o pessoal da minha turma achava que eu era doente", lembra a especialista.

Lembranças

"Foi uma turma muito especial, que deu muitos frutos para a SBEM e para a endocrinologia. Várias pessoas ainda são bastante atuantes e reconhecidas na área como a Marisa Coral, de Santa Catarina, com quem mantenho uma amizade grande; o Ivan Ferraz e o Ronaldo Sinay Neves, aqui do Rio de Janeiro; a Tânia Furlaneto, do Rio Grande do Sul; e a Leila Araújo, da Bahia", afirma a Dra. Vivian. Ainda hoje, segundo ela, a turma busca se encontrar em todos os grandes congressos. "É o espírito do IEDE", comenta.

Dentre os professores da época, a Dra. Vivian destaca a Dra. Dóris Rosenthal, de quem lembra com muito carinho. "Apesar de extremamente rigorosa, ela sempre foi uma pessoa muito afetuosa e ótima professora".

"Na época do Jubileu de Prata, em 2002, conseguimos reunir quase a turma inteira. Juntei várias fotos dos dois anos que tivemos contato diário e fizemos uma grande confraternização em Angra, durante o Encontro da ASSEX", recorda.

Sua Vida Profissional

Depois de formada no IEDE, a Dra. Vivian continuou trabalhando em Teresópolis, mas procurava, sempre que possível, frequentar as sessões clínicas nas manhãs de quinta-feira, o que acontece até os dias de hoje, tanto pela atualização quanto para manter o vínculo com os amigos. "Só voltei a morar no Rio de Janeiro quando decidi me desligar da faculdade de Teresópolis, há uns 15 anos. Na época, o Ricardo Meirelles me recebeu de braços abertos no IEDE e conseguiu minha transferência pra cá", recorda.

Hoje no IEDE

Apesar de já estar aposentada, ela continua frequentando o IEDE pela paixão por sua profissão e pelo gosto em participar das sessões clínicas, às quintas-feiras.

Além disso, a Dra. Vivian tem, atualmente, um vínculo acadêmico muito grande com o Instituto. Ela está na coordenação científica dos trabalhos de residência e de pós-graduação em endocrinologia. ■

Helion Póvoa:
Tradição com inovação

O Helion Póvoa tem uma ampla gama de soluções e serviços em Medicina Diagnóstica com o respaldo de mais de **50 anos** de tradição nesse mercado.

E para que você, médico, tenha sempre a garantia da excelência técnica nos exames realizados conosco, oferecemos:

- **Assessoria médica**
- **Resultados de exames pela internet com laudo evolutivo**
- **Ampla rede de planos de saúde parceiros**
- **Unidades com profissionais habilitados e atualizados com os recursos tecnológicos da área.**

Responsável técnico: Dr. Claudio Pereira (CRM 52.50696-2 RJ)

Acesse o nosso site e confira uma série de informações e serviços voltados para sua área de interesse.

www.helionpovoa.com.br

Central de Atendimento

(21) 3003-0338

Laboratório
HELION PÓVOA
Medicina diagnóstica