



COBERTURA NO ECCO 2021: SIMPÓSIO - DIETA NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE CROHN - NOVAS EVIDÊNCIAS, NOVAS ESTRATÉGIAS



Dr. Wilson Catapani

Doutor em Medicina pela UNIFESP com pós doutorado pela Edinburgh University;

Governador do American College of Gastroenterology para o Brasil;

Membro titular do GEDIIB (Grupo de Estudos da Doença Inflamatória Intestinal do Brasil);

Vice presidente da Sociedade de Gastroenterologia de São Paulo.

A palestra foi moderada pelo Prof. Franck Carbonnel (França) e apresentada pelos Profs. Arie Levine e Nitsan Maharshak, ambos de Israel.

O prof. Carbonnel inicia dizendo que vários estudos apontam possível relação entre a dieta ocidental e a doença inflamatória intestinal (DII). Relata que a dieta enteral de exclusão vem sendo proposta e usada com sucesso no tratamento da Doença de Crohn (DC) pediátrica.

Da evidência à estratégia clínica com a dieta de exclusão da Doença de Crohn

Prof. Arie Levine

Introdução

O Prof. Arie Levine inicia sua palestra explicando que estratégia significa um planejamento para se atingir um objetivo sob condições de incerteza, e segue afirmando que as duas estratégias conhecidas no tratamento da DC são a abordagem step up acelerado e a abordagem top down. Explica que **os objetivos atuais do tratamento da DC são inicialmente obter a remissão clínica, seguida do controle da inflamação da mucosa e a manutenção desta remissão a longo prazo.** Busca-se atingir a cicatrização da mucosa, e prevenção de complicações e cirurgias.

O componente ambiental da doença de Crohn

Segue explicando que a DC é uma doença com componente ambiental em sua fisiopatologia, e a alimentação é um possível gatilho para a inflamação em uma significativa proporção de pacientes. Afirma que uma doença com componente ambiental só pode ser controlada se esta causa ambiental da doença for abordada.





O Prof. Levine apresenta as recomendações dietéticas da IOIBD para a doença de Crohn, que consistem em um **aumento do consumo de vegetais e frutas** e **redução do consumo de gorduras saturadas, emulsificantes, carragenina, adoçantes artificiais, maltodextrina e dióxido de titânio**. Segue explanando sobre o que há de novo em 2021 sobre esta dieta, afirmando que **emulsificantes causam problemas possivelmente por modificar a microbiota intestinal**, e que a fonte mais frequente destes compostos tem origem em **pães, biscoitos, chocolates**. Apresenta 3 novos estudos demonstrando que emulsificantes, gomas e carragenina podem ter efeito tóxico sobre a microbiota, enquanto que a lecitina de soja parece não ter nenhum efeito nocivo. **Afirma que nem todas as fibras são iguais, a inulina pode ser pro-inflamatória e as pectinas, anti-inflamatórias.**

O fenótipo da Doença de Crohn responsiva à dieta

Neste tópico, o Prof. Levine relata a existência de um fenótipo responsivo à dieta na DC. Estes pacientes são identificados em estudos de nutrição enteral exclusiva (NEE), onde a reintrodução da dieta habitual após um período em dieta enteral é seguida por rápido aumento na calprotectina fecal e perda de resposta ao tratamento, mostrando que a dieta habitual é um agente que piora a doença nestes pacientes que apresentam este fenótipo. Isto não é observado em estudos onde o paciente usa a dieta de exclusão da doença de Crohn (DEDC) associada à nutrição enteral parcial (NEP). Mostra dados não publicados evidenciando que a DEDC associada à nutrição enteral parcial corrige a disbiose intestinal.

A nutrição enteral exclusiva comparada à DEDC em crianças

Prossegue mostrando estudo que compara a NEE com a DEDC em crianças, o qual mostra uma resposta equivalente no início da utilização, porém uma **taxa de remissão na semana 12 significativamente maior para o DEDC**. Na semana 12, ocorre também uma **significante diminuição da calprotectina no grupo DEDC** em relação ao grupo NEE. Mostra a seguir dados do microbioma, registrando uma **diminuição em proteobacteria no grupo DEDC** e no grupo NEE, que se mantém até a semana 12 no grupo DEDC, enquanto que o mesmo efeito não é observado na NEE na semana 12, quando é reintroduzida a dieta.



Resultados do grupo DEDC na semana 12:

- ✓ Maior taxa de remissão;
- ✓ Diminuição da calprotectina e proteobacteria.

As fases da DEDC

FASE 1 (Semana 0 a 6)



FASE 2 (Semana 7 a 12)



FASE 3



No slide seguinte o Prof. Levine afirma que a DEDC é uma dieta a ser seguida a longo prazo, e consiste de 3 fases: a primeira com duração de 6 semanas, compreende a exclusão de todos os alimentos potencialmente deletérios, seguida por outra fase com duração de 6 meses onde são permitidos mais frutas, vegetais, carne e pão, seguida por outra fase com duração de até um ano, onde se reintroduz os alimentos proibidos, sobremesas e doces. Após estas fases, não há um regime dietético específico.

Segue mostrando como se pode identificar os pacientes que têm um fenótipo responsivo à dieta, explicando que um resposta rápida à DEDC ou à NEE permite reconhecer estas crianças. Uma resposta a estas dietas dentro de 3 semanas identifica estes pacientes, porque a resposta às dietas é bastante rápida. Segue explanando outros dados que mostram que este padrão de resposta rápida à DEDC também é visto em adultos. Afirma que a **DEDC promove todas as metas da terapia da DC, a saber remissão clínica, diminuição da inflamação, manutenção da remissão e cicatrização de mucosa**. No próximo slide, sugere que ao avaliar um paciente recém diagnosticado, além da presença de complicações, manifestações extra intestinais e gravidade da doença, seja incluída também uma avaliação da responsividade do paciente à DEDC.

A seguir, mostra alguns exemplos, apresenta situações onde a doença não complicada recém diagnosticada pode ser tratada e mantida em remissão com a DEDC (estratégia sem medicamentos), ou tratada com uma combinação de medicamentos + DEDC e mantida depois só com dieta (estratégia de redução de medicamentos) ou ainda ser tratada com medicamentos apenas e ao se perder a resposta a estes medicamentos é introduzida a DEDC.

A estratégia de introdução precoce da DEDC sem medicamentos

O Prof Levine detalha a primeira estratégia, alinhando o paciente elegível para ela: doença leve a moderada, sem manifestação articular, não fumante. Faz-se a avaliação da resposta na semana 6 ou 12, se a inflamação não estiver sob controle adiciona-se medicamentos. ou regresso à fase 1 da dieta.

A estratégia de associação de DEDC com medicamentos

A segunda estratégia é a DEDC associada a drogas. A população é composta por pacientes que requerem tratamento medicamentoso com imunossupressor ou biológico, ou cuja adesão à dieta é questionável. Em um ano, pode-se tentar a retirada da droga se o paciente estiver com a mucosa cicatrizada, e desejam manter a dieta.

Uso da dieta como resgate é uma estratégia usada ao se perder a resposta a um medicamento podendo funcionar no paciente inicialmente tratado com medicamentos, se a inflamação estiver sendo provocada por um componente alimentar.

Considerações finais



- ✓ A DEDC é eficaz para induzir remissão em crianças e adultos, pode induzir e manter a remissão como monoterapia em 50% dos pacientes. É associada com uma diminuição da calprotectina, proteína C reativa e cicatrização da mucosa. É um marcador para a detecção de fenótipos de doença responsiva à dieta. A época ideal para esta detecção é ao diagnóstico.



- ✓ A DEDC fase 1 (0 a 6 semanas) identifica pacientes responsivos e induz remissão;
- ✓ A DEDC fase 2 (7 a 12 semanas) ou 3 (após 12 semanas) serve para reduzir a exposição a biológicos;
- ✓ Outras dietas precisam ser rigorosamente avaliadas.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

(conduzida pelo Prof Carbonnel, com a participação dos Drs. Levine e Maharshak)

1. Qual a diferença entre dietas de exclusão para colite ulcerativa e doença de Crohn?

Dr Levine responde que a dieta para retocolite tem um teor menos de proteína e gorduras saturadas e é mais liberal em frutas e vegetais.



2. Qual o tempo e o preparo necessários para se explicar a dieta ao paciente?

Prof. Maharshak responde afirmando que em geral isto é feito dentro do tempo habitual de uma consulta. Afirma que é importante disponibilizar receitas e material de suporte para ajudar o paciente a aderir à dieta nas fases iniciais, e avaliar possíveis obstáculos que possam impedir o paciente de cumprir a dieta.

3. Quais são os pacientes mais elegíveis à dieta?

Os professores elencaram aqueles com doença leve e não fumantes.



NÃO CONTÉM GLÚTEN

4. Como a dieta pode ser feita por pacientes veganos?

Explicam que alguns veganos podem aceitar a possibilidade de usar Modulen durante um período, ou alternativamente obter proteína de lentilhas.

5. Existe a possibilidade de se usar a DEDC como profilaxia da recorrência pós-operatória após a cirurgia?

Os professores responderam afirmando que não há estudos porém acham difícil conseguir que um paciente que ficou assintomático no pós-operatório aceite aderir à primeira fase da dieta.

[Clique aqui](#) para acessar a transmissão na íntegra

Diet in the Treatment Paradigm of Crohn's Disease: New Evidence, New Strategies



Welcome & Introduction to the Symposium
Prof. Franck Carbonnel, France



From Evidence to Clinical Strategies with CDED
Prof. Arie Levine, Israel



Crohn's Disease Exclusion Diet in Adults – An Addition to the Therapeutic Toolbox
Prof. Nitsan Maharshak, Israel



Solução inovadora de gestão alimentar para Doença de Crohn

NHS00824



Conheça a loja virtual de Nestlé Health Science

www.nutricaoatevoce.com.br



Avante
Nestlé HealthScience

Plataforma de atualização científica de Nestlé Health Science

www.avantenestle.com.br



Nestlé HealthScience
MODULife

Torne-se um Expert ModuLife

www.modulifexpert.com

Acompanhe as novidades nas redes sociais:

AvanteNestlé avantenestlebr AvanteNestléBR ModuLife Expert

Serviço de atendimento ao profissional de saúde: 0800-7702461. Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu representante.

Material destinado exclusivamente a profissionais de saúde. Proibida a distribuição aos consumidores.

