Posicionamento Oficial da SBD, SBEM e ABESO sobre a Cirurgia Bariátrica/Metabólica

Imprimir

Segunda, 11 Abril 2016
Número de Acessos: 1011

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) consideram o Diabetes mellitus tipo 2 uma doença crônica e complexa, que exige um tratamento contínuo e com estratégias multifatoriais a fim de reduzir não somente a glicemia como também outros fatores de risco cardiovasculares (1). A educação do paciente, familiares e cuidadores, a auto-monitorização e o tratamento médico adequado são essenciais para o alcance das metas preconizadas, prevenção de complicações agudas e redução de risco de complicações crônicas.

Diversas sociedades médicas, como American Diabetes Association (ADA), American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), European Association for the Study of Diabetes (EASD), International Diabetes Federation (IDF) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), publicam diretrizes com sugestão de condutas em todas as fases evolutivas da doença. Enfatizase que essas condutas devem ser centradas no paciente, com metas individualizadas, respeitando dificuldades de acesso e evitando eventos adversos. A escolha da conduta deve, sempre que possível, respeitar preferências do paciente e barreiras culturais (2). A maioria das diretrizes considera que, salvo na presença de contra indicações, a metformina deva ser a primeira escolha terapêutica. Após a falha desse medicamento em monoterapia, existem diversas opções terapêuticas e a escolha de cada uma deve ser individualizada pelas razões já apontadas e norteada também pela escolha do medicamento com mecanismo de ação que atenda a fisiopatologia da doença naquele momento. Em nenhuma diretriz existe indicação específica de qual medicamento deva ser prescrito e não existe nenhum índice ou parâmetro que determine qual medicamento deva ser utilizado. A recomendação é o alcance dos alvos terapêuticos.

Fortes evidências demonstram que o tratamento da obesidade pode impedir a progressão de pré-diabetes para Diabetes mellitus tipo 2, assim como ter papel importante no controle metabólico de pacientes portadores de diabetes mellitus e com aumento de peso. Entre as possibilidades terapêuticas para o tratamento da obesidade sabe-se que a cirurgia bariátrica deve ser considerada como opção para os adultos com Diabetes mellitus tipo 2 e Índice de Massa Corporal (IMC) maior que 35 Kg/m2 (3).

Estudos randomizados têm demonstrado que a cirurgia bariátrica/metabólica pode facilitar a obtenção de controle glicêmico adequado, assim como a melhora de outros fatores de risco cardiovascular (4). Embora sejam necessários estudos que demonstrem os benefícios em longo prazo com essa modalidade terapêutica, já existem evidências clínicas que permitem incluir a cirurgia entre as opções terapêuticas para o Diabetes mellitus tipo 2 e a obesidade. Assim, a cirurgia bariátrica já é uma recomendação para o tratamento do paciente com obesidade grau 3 (IMC > 40 Kg/m2) e Diabetes mellitus tipo 2 independente do grau de controle ou da complexidade dos esquemas. A mesma recomendação é válida para pacientes com obesidade grau 2 (IMC 35-39,9 Kg/m2) com controle glicêmico inadequado, com medidas de incentivo a mudança de estilo de vida e da terapia clínica mais adequada (5,6).

Em 2010 a Diabetes Surgery Summit Consensus Conference (7) reconheceu a legitimidade do procedimento cirúrgico como uma opção razoável para tratar pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 cuidadosamente selecionados e com IMC > 30 kg/m2. Recomendaram-se estudos clínicos para investigar o papel da cirurgia em obesos não graves, mas com dificuldades no controle glicêmico. Deveriam ser realizadas investigações para a compreensão do mecanismo do controle glicêmico e assim também contribuir para o entendimento da fisiopatologia dessa complexa doença. A International Diabetes Federation, em 2011 (8), reconheceu em seu posicionamento que a cirurgia poderia ser considerada como uma opção alternativa de tratamento para pacientes com IMC entre 30 e 35 kg/m2 quando o controle do Diabetes mellitus tipo 2 está inadequado apesar do tratamento, especialmente na presença de outros fatores de risco cardiovascular.

As sociedades clínicas brasileiras reconhecem que o procedimento cirúrgico pode ser uma alternativa para o tratamento

de pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 2 e obesidade grau 1 (IMC entre 30 e 35 kg/m2). No entanto, a escolha do paciente ideal para esse procedimento ainda é incerta pela inexistência de protocolos de pesquisa validados. Os estudos atuais não mostram com clareza qual o perfil do paciente que obterá maior benefício terapêutico com o procedimento cirúrgico. O número de pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico em estudos clínicos randomizados ainda é muito pequeno, e com tempo de seguimento inferior a cinco anos, sem que haja dados consistentes sobre riscos do procedimento (deficiência nutricionais, fraturas, etc) ou sobre desfechos duros (doença cardiovascular ou mortalidade) (9, 10,11) e, dessa forma, não podemos extrapolar dados de desfechos com populações com IMCs mais altos, visto que a perda de peso pós-operatória é um fator preditivo de resposta ao tratamento cirúrgico (12,13,14,15).

As Sociedades consideram que assim como o tratamento clínico deve ser pautado em estudos clínicos randomizados de eficácia e segurança a longo prazo, a cirurgia para o tratamento de diabéticos com obesidade grau I, para ser considerada uma opção terapêutica regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina, deve se pautar pelos mesmos princípios. Tal consideração baseia-se na resolução 1982/2012 do Conselho Federal de Medicina, onde no seu capítulo II indica que novos procedimentos ou novas indicações de procedimentos devem ser aprovados após estudos clínicos. Abaixo o trecho que explica sobre os novos procedimentos:

"As pesquisas que validam o uso de novos procedimentos na prática médica deverão ser realizadas em três etapas: pré-clínica (EPC), clínica restrita (ECR) e clínica expandida (ECE).

2) A EPC é aquela realizada em modelos biológicos não humanos, com a finalidade de demonstrar que o procedimento proposto pode ser realizado em seres humanos com a garantia de uma relação risco-benefício aceitável.

3) A ECR é aquela realizada em seres humanos, não excedendo a 50 sujeitos de pesquisa, com a finalidade de demonstrar a segurança do procedimento proposto.

4) A ECE é aquela realizada em seres humanos, envolvendo um número suficiente de sujeitos de pesquisa, com a finalidade de demonstrar a segurança e eficácia do procedimento proposto.

5) A EPC deverá preceder as etapas clínicas durante o desenvolvimento de pesquisa de novos procedimentos em seres humanos."[9]

Assim, com dados mais consistentes de estudos clínicos nessa população específica, o tratamento cirúrgico poderá futuramente ser referendado pelas sociedades clínicas brasileiras, sendo mandatório na ocasião a publicação de Diretrizes para o acompanhamento pós-operatório do Diabetes mellitus tipo 2.

Dr. Luiz Alberto Turatti
Presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes

Dr. Alexandre Hohl
Presidente da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

Dra.Cintia Cercato
Presidente da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

Referências bibliográficas:

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes 2014-2015. Em: diabetes.org.br

2. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach. Update

to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2015; 38:140– 149.

3. Wolfe BM, Belle SH. Long-term risks and benefits of bariatric surgery: a research challenge. JAMA 2014;312:1792–1793.

4. Courcoulas AP, Goodpaster BH, Eagleton JK, et al. Surgical vs medical treatments for type 2 diabetes mellitus: a randomized clinical trial. JAMA Surg 2014;149:707–715.

5. Rubino F, Schauer PR, Kaplan LM, Cummings DE. Metabolic surgery to treat type 2 diabetes: clinical outcomes and mechanisms of action. Annual Rev Med 2010;61:393-411.

6. Rubino F, Schauer PR, Kaplan LM, Cummings DE. Metabolic surgery to treat type 2 diabetes: clinical outcomes and mechanisms of action. Annual Rev Med 2010;61:393-411.

7. Cummings DE, Cohen RV. Beyond BMI: the need for new guidelines governing the use of bariatric and metabolic surgery. Lancet Diabetes Endocrinol 2014;2:175-81.

8. Rubino R, Kaplan LM, Schauer PR, Cummings DE. The Diabetes Surgery Summit Consensus Conference: recommendations for the evaluation and use of gastrointestinal surgery to treat type 2 diabetes mellitus. Ann Surg 2010;251:399-405.

9. Dixon JB, Zimmet P, Alberti KG, Rubino F; International Diabetes Federation Taskforce on Epidemiology and Prevention. Bariatric surgery: an IDF statement for obese Type 2 diabetes. Diabet Med. 2011;28(6):628-42.

10. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1982_2012.htm

11. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, et al. Bariatric surgery versus intensive medical therapy for diabetes – 3 year outcomes N Engl J Med 2014; 22:370(21):2002-13

12. Ikkramudin S, Billington CJ, Lee WJ, et al. Roux-en-Y gastric bypass for diabetes (the Diabetes Surgery Study): 2 year outcomes of a 5-year, randomized, controlled trial. Lancett Endocr Metab 2015; 3(6)413-22.

13. Sjöholm K, Pajunen P, Jacobson P, et al (2015) Incidence and remission of type 2 diabetes in relation to degree of obesity at baseline and 2 year weight change: the Swedish Obese Subjects (SOS) study. Diabetologia. 58(7):1448-53.

14. Sjöholm K, Sjöström E, Carlsson LMS, Peltonen M (2015) Weight Change–Adjusted Effects of Gastric Bypass Surgery on Glucose Metabolism: Two- and 10-Year Results From the Swedish Obese Subjects (SOS) Study. Diabetes Care [Epub ahead of print].

15. 14. Steven S, Carey PE, Small PK, Taylor R. Reversal of Type 2 diabetes after bariatric surgery is determined by the degree of achieved weight loss in both short- and longduration diabetes.Diabet Med 2015; 32(1):47-53

16. Ramos-Levi AM, Matia P, Cabrerizo L, et al. Statistical models to predict type 2 diabetes remission after bariatric surgery. J Diabetes 2014; 6(5):472-7

VOLTAR

Tweet