

NOTA TÉCNICA: 6543

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Uberaba

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 55 anos

PEDIDO DA AÇÃO: pancreatectomia corpo caudal

DOENÇA(S) INFORMADA(S): C25

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM- SP 70330

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0006543

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

.eficácia referente à utilização do tratamento pleiteado pela parte autora, qual seja, pancreatectomia corpo caudal

R: Dados compilados do artigo citado pelo prescriptor (que também é autor do artigo.

“Com o desenvolvimento da plataforma cirúrgica robótica, a pancreatoduodenectomia robótica (RPD) se consolidou como **uma alternativa** à pancreatoduodenectomia laparoscópica e aberta.2–5” **ou seja a cirurgia robótica é uma alternativa não é imprescindível.**

“Além disso, estudos anteriores sugerem que pancreaticoduodenectomia minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica) **não é inferior à DP aberta em termos de cirurgia resultados.6–9**”, **não é inferior; não está descrito que seja superior as técnicas convencionais**

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

O insulinoma é um raro tumor de células beta pancreáticas que hiperssecretam insulina. O sintoma principal é a hipoglicemia de jejum. O diagnóstico é feito em 48 a 72 horas com a mensuração dos níveis de glicose e insulina, seguida de ultrassonografia endoscópica. O tratamento é cirúrgico,

quando possível. Medicamentos que bloqueiam a secreção de insulina (p. ex., diazóxido, octreotida, bloqueadores de canal de cálcio, betabloqueadores, fenitoína) são utilizados em pacientes que não respondem à cirurgia.

O procedimento solicitado, pancreatectomia corpo caudal, está contemplado Tabela SIGTAB do SUS e no rol da ANS. A realização da cirurgia por técnica robótica não está disponível nem no SUS nem na ANS. Não existem dados de literatura que demonstrem a imprescindibilidade da técnica robótica em detrimento as técnicas já disponíveis, cirurgia aberta e/ou cirurgia por videolaparoscopia. Vale a pena lembrar que diante de intercorrências no pre-operatório (sangramento, abordagem inadequada da lesão e outros) a cirurgia é convertida em cirurgia aberta.

CLASSIFICAÇÃO DAS CIRURGIAS QUANTO AO TEMPO PARA REALIZAÇÃO

- **Cirurgia eletiva**

É um procedimento que pode ser adiado **por até um ano** sem causar grandes problemas ao paciente

- **Cirurgia de emergência**

É realizada quando a vida ou um membro do paciente está em risco, e não há tempo para uma avaliação clínica ou ela é muito limitada. Geralmente, é feita em até **6 horas**.

- **Cirurgia de urgência**

É realizada quando a vida ou um membro do paciente está em risco, mas há tempo para uma avaliação clínica limitada. Normalmente, é feita entre **6 e 24 horas**.

- **Cirurgia Time-Sensitive** (ou tempo-sensíveis): em que atraso de 1 a 6 semanas para avaliação e mudanças significativas na gestão afetarão negativamente o resultado

Robotic Pancreatoduodenectomy: Increasing Complexity and Decreasing Complications with Experience: Single Center Results from 150 Consecutive Patients (dados copilados, artigo citado pelo prescritor que também é autor do artigo)

Este relatório descreve a experiência dos autores com 150 pancreatoduodenectomias robóticas consecutivas.

Métodos. O estudo envolveu 150 pacientes consecutivos que foram submetidos à pancreatoduodenectomia robótica entre 2018 e 2023. Variáveis pré e intraoperatórias como idade, sexo, indicação, tempo de operação, diagnóstico e tamanho do tumor foram analisados. Os pacientes foram divididos em dois grupos.

O grupo 1 foi composto pelos primeiros 75 pacientes e o grupo 2 pelos últimos 75 casos. A idade média dos pacientes foi 62,4 anos e não diferiu entre os dois grupos. **Resultados.** A morbidade foi menor no grupo 2. A taxa de mortalidade foi de 0,7% em 30 dias e 1,3% em 90 dias, e houve diferença entre os grupos. Houve redução significativa ($p < 0,05$) no tempo operatório, tempo de ressecção, tempo de reconstrução e conversão para cirurgia aberta em grupo 2. A ressecção parcial da veia porta foi realizada em 17 pacientes e mais comum no grupo 2 ($p < 0,01$). O número de linfonodos ressecados foi maior no grupo 2. a indicação de pancreatoduodenectomia não diferiu entre os dois grupos. Não houve diferença no tamanho do tumor ou características clínicas dos pacientes.

Conclusões. A plataforma robótica é útil para pancreatoduodenectomia, facilita a linfadenectomia adequada, e é útil para a reconstrução do trato

digestivo após a ressecção. A pancreatoduodenectomia robótica é segura e viável para pacientes selecionados. Deve ser realizado em ambiente especializado centros por cirurgiões com experiência em cirurgia pancreática aberta e minimamente invasiva. A pancreatoduodenectomia (DP) é a técnica padrão-ouro para o tratamento de tumores na região periampular região.¹

A pancreatoduodenectomia é um dos procedimentos mais problemáticos devido à sua natureza tecnicamente exigente e alta morbidade pós-operatória. A fístula pancreática pós-operatória clinicamente relevante (CR-POPF) é uma das mais complicações comuns e perigosas após DP. Com o desenvolvimento da plataforma cirúrgica robótica, a pancreatoduodenectomia robótica (RPD) se consolidou como uma alternativa à pancreatoduodenectomia laparoscópica e aberta.^{2–5} Equipado com visão tridimensional (3D) e destreza melhorada, o RPD é teoricamente mais flexível e estável que a DP convencional aberta ou laparoscópica.^{3,4} Estudos anteriores mostraram que a RPD pode reduzir o intraoperatórioperda de sangue e internação hospitalar pós-operatória em comparação com cirurgia aberta.^{6–8} Além disso, estudos anteriores sugerem que pancreaticoduodenectomia minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica) não é inferior à DP aberta em termos de cirurgia resultados.^{6–9}

A técnica robótica ganhou aceitação em comparação com laparoscopia e tem sido associado a menos complicações gerais, menos complicações graves e melhor resultado ideal.⁸ Até o momento, apenas alguns centros pancreáticos em todo o mundo têm relataram 150 casos ou mais de RPD.^{3–5,10–12} Os procedimentos de RPD nesses estudos foram realizados principalmente por múltiplos cirurgiões, o que pode enviesar a análise dos resultados. Oo presente estudo teve como objetivo avaliar150 procedimentos de PPR realizados por um único cirurgião, analisando dois períodos diferentes da curva de aprendizado.

IV – CONCLUSÕES:

- ✓ O procedimento está bem indicado para doença informada
- ✓ O procedimento está disponível no SUS e na ANS, mas não por robótica
- ✓ *Não se trata de cirurgia de urgência/emergência de acordo com definição do Conselho Federal de Medicina, trata-se de procedimento tempo-sensível quando a demora na sua realização pode comprometer os resultados (acarretar sequelas) e /ou complicações*

- ✓ No artigo citado pelo médico prescrito observamos “Com o desenvolvimento da plataforma cirúrgica robótica, a pancreatoduodenectomia robótica (RPD) se consolidou como **uma alternativa** à pancreatoduodenectomia laparoscópica e aberta.2–5” **ou seja a cirurgia robótica é uma alternativa não é imprescindível**
- ✓ Também no artigo citado pelo médico prescrito observamos “Além disso, estudos anteriores sugerem que pancreaticoduodenectomia minimamente invasiva (laparoscópica ou robótica) **não é inferior à DP aberta em termos de cirurgia resultados.6–9”, não é inferior; não está descrito que seja superior as técnicas convencionais**
- ✓ Não existem dados de literatura que demonstrem a imprescindibilidade da técnica robótica em detrimento as técnicas já disponíveis, cirurgia aberta e/ou cirurgia por videolaparoscopia.

V – REFERÊNCIAS:

Tabela SIGTAB SUS

Portal ANS

Robotic Pancreatoduodenectomy: Increasing Complexity and Decreasing Complications with Experience: Single-Center Results from 150 Consecutive Patients Marcel Autran C. Machado, MD, FACS, Bruno V. Mattos, MD, Murillo Macedo Lobo Filho, MD, and Fabio Makdissi, MD

VI – DATA: 21/10/2024

NATJUS/TJMG