

NOTA TÉCNICA 10992**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO****CÂMARA/VARA:** VARA DA FAZENDA PÚBLICA E AUTARQUIAS**COMARCA:** IPATINGA**I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:****IDADE:** 90 anos**PEDIDO DA AÇÃO:** Octreotida**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** E220**FINALIDADE / INDICAÇÃO:****REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG-81493**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2026.0010992**II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

Antes de deliberar acerca do pedido de tutela provisória de urgência, por se tratar de demanda envolvendo assistência à saúde deverá, a meu juízo, ser assegurado o contraditório, mediante informações técnicas a serem obtidas junto aos órgãos competentes, visando assegurar a mais plausível interpretação jurídica para o caso.

2. Destarte, com o intuito de assegurar maior eficiência na solução da presente demanda e cumprindo o que fora recomendado pelo CNJ, determino à Secretaria do Juízo que, por meio do endereço eletrônico cojur.natjus@tjmg.jus.br, solicite informações técnicas acerca dos procedimentos/medicamentos disponibilizados para o caso como o dos presentes autos, encaminhando cópia da inicial e dos documentos imprescindíveis (relatórios médicos), solicitando resposta no prazo de 5 (cinco) dias.

III - CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

relatório hematologia.

Trata-se de paciente em acompanhamento de anemia ferropriva recorrente com necessidade transfusional.

Paciente e acompanhante referem episódios de fezes escurecidas (melena?) mesmo após redução do anticoagulante apixabana para 2,5 mg bid.

HISTÓRIA PRÉVIA

Comorbidades:

- HAS / DM / Carcinoma urotelial papilífero, não-invasor, de baixo grau / ITU
- Repetição
- Histórico de troca valvar aórtica biológica por TAVI (em BH, 2019)
- DAC, com histórico de angioplastia prévia (BH, 2018)
- FA paroxística; ICFEP
- Anemia crônica

Alergias: nega

Medicamentos de uso contínuo: apixabana 2,5mg 12/12h / metoprolol 25mg 12/12h / sertralina 100mg pela manhã / mirtazapina 30mg à noite / atorvastatina 20mg / cogit 16mg à noite / dexter 400mg 1cp antes do almoço e jantar, finerenona.

EDA/Colono/TC abdome/Cintilografia TGI 2024: neg para sangramento.

LABORATÓRIO:

- 11/03: ferritina 14 tsh 4,58 b12 391 bt 0,37 hb 8,8 gl 6050 plaq 138 mil retic 2,4 ist 4,9 fe 18
- 13/03/25: b9 11 cr 1,0 ldh 248 efps pico monoclonal 0,55 ptn total 6,44 (alb 3,85 glob 2,59) beta2micro 3,8 imunofixação ur neg
- 17/03/25: hb 9,3 vcm 84 gl 3440 (2167 neu 860 linf) plaq 110 mil.
- 09/04/25: fe 35 ferritina 48 cat 9,2 cr 1,05 ist 11 imunofixação sérica

Dr. João Lima Costa

Trata-se de paciente de 80 anos submetida em 2009 a implante de prótese retilar aórtica. Com acompanhamento recente evoluindo bem controlado com suporte medicamentoso, apresenta dilatação da aorta ascendente porém sem indicação cirúrgica. Encontra-se sem indicação de otimização de dentes em ambiente hospital não há nenhuma indicação ao procedimento proposto sugeri a suspensão de antiagregação e de anticoagulação.

Dr. Oliveira Souza
- CARDIOVASCULAR -

igg-lambda fl 1,26 efps pico m 0,51.

- 23/04/25: hb 8,0 vcm 90 gl 2930 (1875 neu 703 linf) plaq 118 mil.

- 13/05/25: hb 7,2 vcm 86 gl 3620 com dif ok plaq 101 mil ferritina 127 fe 94 ist 28.

- Propedêutica de MO 23/05/25: Mielograma artefactual. IFT 1,2% plasm (0,6% policlonais e 0,6% monoclonais). IHQ hiperclular, sem aumento de blastos, mega hipolobulado, plasm policlonais e sem fibrose.

- 25/06/25: ferritina 16 fe 22 ist 6 hb 5,9 vcm 79 gl 3430 (2367 segm) plaq 128 mil (recebeu 2 CH).

- 27/06: hb 7,7 vcm 79 gl 2990 (1944 neu) plaq 123 mil.

CD: Encaminhado à cardiologia para avaliar suspensão de anticoagulação mediante contexto apresentado.

A octreotida tem um papel estabelecido como farmacoterapia adjuvante para a anemia ferropriva causada por sangramento gastrointestinal refratário decorrente de angiodisplasia, quando a terapia endoscópica falha ou não é viável. O fármaco atua reduzindo o fluxo sanguíneo esplâncnico, melhorando a agregação plaquetária e inibindo a angiogênese por meio da regulação negativa (downregulation) do VEGF, reduzindo assim o sangramento dessas lesões vasculares frágeis. [1-2]

Evidências que embasam o uso:

Estudo OCEAN (ECR, *Gastroenterology* 2024): O octreotida foi superior ao tratamento padrão em pacientes com anemia associada à angiodisplasia, reduzindo a necessidade anual de transfusões de 21,2 para 11,0 unidades; 61% dos pacientes obtiveram uma redução $\geq 50\%$ nas transfusões, em comparação com 19% no grupo de tratamento padrão. Os benefícios incluíram menos episódios de sangramento, menos procedimentos endoscópicos, menor fadiga e melhor qualidade de vida. Eventos adversos ocorreram em 65% dos casos, mas foram leves e autolimitados, raramente exigindo a descontinuação do tratamento. [2].

Atualização da Prática Clínica da AGA (2024): Análogos da somatostatina (octreotida preferível ao lanreotida) associados à terapia com ferro podem aumentar os níveis de hemoglobina, diminuir a necessidade de transfusões e reduzir as hospitalizações por ressangramento em casos

de anemia ferropriva associada à angioectasia do intestino delgado, embora as evidências não sejam robustas. [3]

Diretriz do ACG / coortes observacionais: O octreotida de liberação prolongada (LAR) reduziu a mediana de unidades transfundidas de 10 para 2 e diminuiu a proporção de pacientes com episódios de sangramento de 73% para 20% em casos refratários; uma série retrospectiva maior (n=98) identificou 40% de respondedores completos e 32% de respondedores parciais.[4]

Dosagem típica relatada na literatura: octreotida subcutâneo, 50–100 mcg duas a três vezes ao dia, ou formulação de liberação prolongada (octreotida LAR), 20–30 mg por via intramuscular mensalmente, geralmente por um período mínimo de 6 a 12 meses.[4-5] Uma meta-análise de dados de pacientes individuais e a literatura observacional também mostram uma redução na necessidade de suplementação de ferro com o uso de octreotida de ação prolongada,

Para o sangramento gastrointestinal associado à telangiectasia hemorrágica hereditária, o octreotida é considerado uma opção antiangiogênica de segunda linha ou experimental (posterior à terapia endoscópica e ao bevacizumabe), com dados observacionais promissores, porém ainda em evolução. [1]

Os efeitos colaterais comuns incluem distúrbios gastrointestinais (náusea, distensão abdominal, diarreia, formação de cálculos biliares com o uso crônico) e hiperglicemia leve; o risco tromboembólico foi aventado, mas não confirmado em dados comparativos de mortalidade.

[5] A reposição de ferro (via oral ou intravenosa, dependendo da gravidade e da tolerância) permanece fundamental, independentemente da adição de octreotida. [3]

IV – CONCLUSÃO

- ✓ Trata-se de paciente idosa, frágil, portador de angiectasia em intestino delgado que vem apresentando sangramentos com necessidade transfusional
- ✓ A medicação solicitada está bem indicada no caso em tela
- ✓ A octreotida tem um papel estabelecido como farmacoterapia adjuvante para a anemia ferropriva causada por sangramento gastrointestinal refratário decorrente de angiodisplasia, quando a terapia endoscópica falha ou não é viável.

V – REFERÊNCIAS:

Hereditary haemorrhagic telangiectasia.

1. Nature Reviews. Disease Primers. 2025. Hermann R, Shovlin CL, Kasthuri RS, et al. Review

2. Standard of Care Versus Octreotide in Angiodysplasia-Related Bleeding (The OCEAN Study): A Multicenter Randomized Controlled Trial.

 Gastroenterology. 2024. Goltstein LCMJ, Grooteman KV, Bernts LHP, et al. RCT

3. AGA Clinical Practice Update on Management of Iron Deficiency Anemia: Expert Review. Clinical Gastroenterology and Hepatology : The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association. 2024. DeLoughery TG, Jackson CS, Ko CW, Rockey DC. Guideline

4. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding.

The American Journal of Gastroenterology. 2015. Gerson LB, Fidler JL, Cave DR, Leighton JA. Guideline

5. AGA Technical Review on the Evaluation and Management of Occult and Obscure Gastrointestinal Bleeding.

 Gastroenterology. 2000. Zuckerman GR, Prakash C, Askin MP, Lewis BS. Review

6. Long-acting octreotide as rescue therapy in chronic bleeding from gastrointestinal angiodysplasia.

Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2007. Scaglione G, Pietrini L, Russo F, Franco MR, Sorrentini I.

VI – DATA: 17/09/2026

NATJUS TJMG