ISSN 1517-6428

Impresso Especial
9912298509 DR/SPM
ANAD
CORREIOS

Diabetes Clínica News

REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DE 19 À 23
MAIO
2025

ÍNDICE

01 - SUPLEMENTO POPULAR PARA ARTICULAÇÕES REDUZ RISCO DE NEFROPATIA EM DIABETES TIPO 2 ... 02

02 - GLP-1 É CONSIDERADO ESSENCIAL PARA O TRATAMENTO DO DIABETES TIPO 1 COM OBESIDADE . 03

03 - GLP-1S E TIAZOLIDINEDIONAS PODEM REDUZIR O RISCO CARDÍACO NO DIABETES TIPO 2 06

04 - INSULINA ICODEC MAIS CGM UMA VEZ POR SEMANA MELHORA O CONTROLE GLICÊMICO NO DIABETES TIPO 2 07

05 - ESTUDO SUGERE QUE RISCO CARDIOVASCULAR DE INÍCIO PRECOCE ESTÁ ASSOCIADO À NARCOLEPSIA' 09

Apoios:

ANAD Associação Nacional de Atenção ao Diabetes
SUA SAÚDE É A NOSSA META

International Diabetes Federation
Centre of Excellence in Diabetes Care

ALAD
ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE DIABETES

FMABC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

FENAD
UNIDOS SEREMOS FORTES
Federação das Associações e Entidades de Diabetes

COSEMS/SP
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo
"Dr. Sabastião de Moraes"
Fundado em Março de 1988

ANBED
ASSOCIAÇÃO NACIONAL BRASILEIRA DE EDUCADORES EM DIABETES

01 - SUPLEMENTO POPULAR PARA ARTICULAÇÕES REDUZ RISCO DE NEFROPATIA EM DIABETES TIPO 2

O uso regular de glucosamina, um suplemento amplamente utilizado para controlar osteoartrite e dores nas articulações, foi associado à redução de riscos de complicações microvasculares compostas e nefropatia diabética entre pacientes com Diabetes tipo 2 (DT2).

Metodologia:

- A glucosamina, usada diariamente por cerca de 20% dos adultos nos EUA e na Austrália para tratar osteoartrite e dores nas articulações, demonstrou reduzir o risco de certas doenças, incluindo Diabetes tipo 2, e ter um leve efeito hipoglicemiante.
- Pesquisadores avaliaram a associação entre o uso habitual de glucosamina e o risco de três complicações microvasculares diabéticas em pessoas com Diabetes tipo 2 do UK Biobank que não apresentavam complicações microvasculares no momento da inscrição.
- No geral, 14,5% dos 21.171 participantes (idade média de 57 anos; 43% mulheres) relataram uso de glucosamina no início do estudo.
- O desfecho primário foi a incidência geral de complicações microvasculares diabéticas, definida como uma medida composta da primeira ocorrência de nefropatia diabética, retinopatia diabética e/ou neuropatia diabética ; os desfechos secundários incluíram a incidência de cada um desses três subtipos.
- Os pesquisadores ajustaram muitos fatores de confusão potenciais, incluindo fatores sociodemográficos, comportamentos de estilo de vida, estado de saúde, uso de medicamentos e uso de outros suplementos.
- Durante um período médio de acompanhamento de 12,3 anos, foram registrados 4.399 casos de complicações microvasculares diabéticas, incluindo 2.084 casos de nefropatia, 2.401 casos de retinopatia e 831 casos de neuropatia.
- O uso de glucosamina foi associado a menores riscos de complicações microvasculares compostas (razão de risco ajustada [aHR], 0,89; IC de 95%, 0,81-0,97) e nefropatia diabética (aHR, 0,87; IC de 95%, 0,76-0,98) em modelos totalmente ajustados.
- Nenhuma associação inversa significativa foi encontrada entre o uso de glucosamina e o risco de retinopatia diabética (aHR, 0,94; IC de 95%, 0,83-1,06) ou neuropatia diabética (aHR, 0,88; IC de 95%, 0,71-1,08).
- Análises de sensibilidade comprovaram a solidez das descobertas.

Na Prática:

“Integrar glucosamina ao tratamento do paciente pode ajudar a reduzir o risco de complicações microvasculares, melhorando assim os resultados gerais de saúde”, escreveram os autores.

Fonte:

Este estudo foi liderado por Zi-Jian Cheng, do Centro de Epidemiologia Genética e Genômica, Escola de Saúde Pública, Laboratório Principal de Medicina Preventiva e Translacional para Doenças Crônicas Não Transmissíveis de Jiangsu, Laboratório Principal de Doenças Geriátricas e Imunologia do Ministério da Educação, Faculdade de Medicina de Suzhou da

Universidade Soochow, Suzhou, China. Foi publicado online em 1º de abril de 2025, na *revista Nutrition & Diabetes* .

02 - GLP-1 É CONSIDERADO ESSENCIAL PARA O TRATAMENTO DO DIABETES TIPO 1 COM OBESIDADE

O uso adjuvante de agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon 1 (GLP-1 RA) como um complemento à insulina é cada vez mais visto como um método para abordar a crescente prevalência de obesidade no Diabetes tipo 1 (DT1).

Os medicamentos atuais para GLP-1 AR, como a semaglutida e a dupla glucagon-peptídeo insulinotrópico (GIP)/GLP-1 tirzepatida, são aprovados para o tratamento de Diabetes tipo 2 (DM2) (Ozempic e Mounjaro, respectivamente) e obesidade (Wegovy e Zepbound, respectivamente), mas não para DM1. Embora a insulina continue sendo essencial para o tratamento de DM1, novas ideias sugerem que a perda de peso com GLP-1 ARs também permitiria a redução da dose de insulina e acrescentaria benefícios cardiorrenais em pacientes com sobrepeso ou obesidade.

“Quando muitos de nós ingressamos na faculdade de medicina, décadas atrás, nos diziam que pessoas com Diabetes tipo 1 eram magras e magras. Essa era uma das maneiras de diferenciar entre Diabetes tipo 1 e tipo 2. Obviamente, esse não é mais o caso”, disse Satish K. Garg, MD, professor de medicina e pediatria do Centro Barbara Davis para Diabetes da Universidade do Colorado, em Denver, no encontro Advanced Technologies & Treatments for Diabetes (ATTD) 2025 .

Dados de diversas fontes , incluindo um estudo da T1D Exchange realizado por Garg e colegas, mostraram que aproximadamente dois terços das pessoas com DM1 nos Estados Unidos têm sobrepeso ou obesidade, o que representa um risco adicional à saúde. "Claramente, existem fatores de risco quando se adiciona mais lenha à fogueira", disse Garg, editor-chefe da *Diabetes Technology & Therapeutics* .

Tipo 1 com Obesidade ou Tipo 1 mais Tipo 2?

Um tópico relacionado na área atualmente é se pessoas com Diabetes tipo 1 que também têm obesidade com extrema resistência à insulina também devem ser diagnosticadas com Diabetes tipo 2, disse Rozalina G. McCoy, MD, chefe associada da divisão de Pesquisa Clínica, Divisão de Endocrinologia, Diabetes e Nutrição da Faculdade de Medicina da Universidade de Maryland, em Baltimore, ao *Medscape Medical News* .

“Uma pessoa pode ter ambos, e precisamos tratá-la para ambos. Acho que essa é a grande lacuna no tratamento para muitos. O tipo 2 é simplesmente uma resistência à insulina que se tornou tão grave que causa hiperglicemia. Você pode ter resistência à insulina e deficiência dela”, disse McCoy.

A terminologia é importante devido às implicações do tratamento. "O melhor tratamento são doses cada vez maiores de insulina, ou é um inibidor do GLP-1 ou [inibidor do cotransportador de sódio-glicose 2 (SGLT2)] combinado com doses menores de insulina? Você não trataria o Diabetes tipo 2 com altas doses de insulina imediatamente. Há muito tempo, se você tivesse Diabetes tipo 2 e tipo 1 juntos, sua

única opção era a insulina... mas agora temos medicamentos para o tipo 2 que são agnósticos em relação ao pâncreas, e podemos usá-los para que os pacientes não precisem tomar doses muito altas de insulina, o que é mais seguro e melhor a longo prazo. Precisamos da pesquisa, mas acho que precisamos começar a mudar o paradigma de mutuamente exclusivos, porque eles não são", disse ela.

McCoy reconheceu que a codificação diagnóstica para ambos pode representar um desafio, no entanto, ela observou que conduziu esse processo com sucesso para que o seguro do paciente cobrisse um medicamento GLP-1 AR.

Garg disse ao público internacional da ATTD que usa o diagnóstico de "Diabetes duplo" com frequência nos Estados Unidos para obter a aprovação de medicamentos para pessoas com DM1. "Como os medicamentos não são aprovados para Diabetes tipo 1, é preciso inserir o diagnóstico de Diabetes tipo 2 no [prontuário eletrônico]."

Obesidade Prevalente em DT1 com possível Papel Causal

Shlomit Shalitin, MD, professor de pediatria na Universidade de Tel Aviv, em Tel Aviv, Israel, apresentou uma visão geral da obesidade em adultos e crianças com DM1, uma tendência que reflete a epidemia mundial de obesidade. As tendências de aumento do sobrepeso e da obesidade em adultos com DM1 observadas em outros países, incluindo Finlândia , Suécia , Itália e Alemanha/Áustria , refletem as dos Estados Unidos.

Em quatro registros pediátricos de DM1, a prevalência de sobrepeso/obesidade variou de 15,3% na Alemanha/Áustria entre 1995 e 2011 a 36,0% nos Estados Unidos entre 2016 e 2018. Uma meta-análise de 2022 mostrou que crianças com DM1 apresentavam maior massa de gordura corporal total do que crianças sem Diabetes.

Vários fatores contribuem para o ganho de peso no DM1, incluindo o uso de insulina exógena, medo de hipoglicemia levando à ingestão calórica e falta de exercícios, fatores psicológicos e interrupção da regulação alimentar, disse Shatilin, que também trabalha no Centro Nacional de Diabetes Infantil, Centro Médico Infantil Schneider de Israel, Petah Tikva, Israel.

A obesidade no DM1 pode exacerbar a resistência à insulina, levando ao controle glicêmico inadequado , bem como aumentar o risco de complicações cardiovasculares e microvasculares, mesmo após ajuste para idade, duração do Diabetes e A1c.

Além disso, Shalitin observou que há evidências de que a obesidade desempenha um papel no desenvolvimento do Diabetes tipo 1, por meio da “ hipótese do acelerador ”, de que a resistência à insulina induzida pela obesidade coloca uma carga maior nas ilhotas pancreáticas em pessoas que já estão geneticamente em risco, aumentando a demanda por insulina e induzindo ou acelerando a destruição autoimune.

“A presença de obesidade em pacientes com DM1 impacta seu controle glicêmico e sua saúde a longo prazo. Portanto, a prevenção e o tratamento do sobrepeso/obesidade continuam sendo uma alta prioridade para pessoas com DM1”, concluiu.

RAs de GLP-1 no Tipo 1: Os Dados Apontam para Benefícios

Garg resumiu dados que demonstram perda de peso significativa e melhora da A1c no DM1 com os medicamentos de nova

geração. Outros medicamentos para DM2, incluindo metformina, dipeptidil peptidase-4 (inibidores da DPP-4), pramlintida, inibidores de GLP-1 de gerações mais antigas e inibidores de SGLT2, também foram estudados no DM1, mas nenhum produziu os mesmos benefícios na perda de peso e na A1c, observou ele.

Em um estudo , 10 pacientes com Diabetes tipo 1 de início recente iniciaram um regime que incluía insulina e semaglutida. Aos 3 meses, nenhum deles estava em uso de insulina prandial e, aos 10 meses, sete estavam sem insulina. No entanto, é provável que pelo menos alguns desses indivíduos estivessem na chamada "fase de lua de mel", com secreção residual de insulina, observou ele.

No próprio estudo piloto de Garg , uma revisão retrospectiva de prontuários de 50 pacientes com DT1 e sobrepeso ou obesidade, aqueles que receberam semaglutida off-label tiveram declínios significativamente maiores no índice de massa corporal, peso e tempo de monitoramento contínuo de glicose dentro da faixa do que indivíduos de controle com DT1.

Seu grupo também publicou um estudo igualmente pequeno com tirzepatida em 62 pacientes, mostrando uma perda de peso média de 18%, juntamente com uma melhora significativa na A1c. E em outro estudo , incluindo 150 pacientes com DM1, a perda de peso foi duas vezes maior com tirzepatida (21,4%) do que com semaglutida (9,1%).

Em um recente estudo duplo-cego, randomizado e cruzado de semaglutida com administração automatizada de insulina em 28 pacientes com DT1, a semaglutida aumentou significativamente o tempo no intervalo ($P = 0,006$) em comparação ao placebo, sem aumentar a hipoglicemia.

E em outro estudo de Garg , 84 adultos com Diabetes tipo 1 e sobrepeso ou obesidade que usaram tirzepatida por pelo menos 6 meses foram comparados em fatores clínicos, incluindo índice de massa corporal, idade, duração do Diabetes e A1c com 38 usuários não-tirzepatida.

Ao longo de 21 meses, aqueles que usaram tirzepatida perderam em média 26 kg, enquanto os indivíduos do grupo controle ganharam 0,7 kg. Após ajustes para peso e A1c, aqueles que usaram tirzepatida também apresentaram reduções maiores em relação ao valor basal na A1c ($p = 0,017$) e maiores melhorias no colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL), triglicerídeos, pressão arterial e taxa de filtração glomerular estimada (TFGe). A TFGe diminuiu significativamente nos indivíduos do grupo controle, mas não nos usuários de tirzepatida.

Garg concluiu citando um estudo de 2024 , mostrando que a prescrição off-label de GLP-1 RAs e inibidores de SGLT2 em DT1 aumentou significativamente entre 2010 e 2023, frequentemente associada a perfis de risco cardiorrenal elevados.

“Seja Diabetes tipo 2 ou tipo 1, ambos apresentam alto risco de morte cardiovascular e doença renal diabética. Se esses medicamentos são conhecidos por prevenir ambos os eventos, faz sentido usá-los independentemente do diagnóstico de tipo 1 e tipo 2”, concluiu.

Garg participa de conselhos consultivos, presta consultoria e/ou recebe bolsas de pesquisa da Medtronic, Novo Nordisk, Bayer, Dexcom, Roche Diagnostics, Abbott Diabetes Care, Know Labs, Eli Lilly e Diasome. Todas as bolsas de pesquisa e honorários são recebidos pela Universidade do Colorado, Denver. Ele não possui ações de nenhuma empresa farmacêutica ou de dispositivos. McCoy atuou como consultora da EmmiEducate (Wolters Kluwer). Ela é pesquisadora do Instituto de Computação

em Saúde da Universidade de Maryland, que conta com financiamento do Condado de Montgomery, Maryland, e da Parceria Estratégica da Universidade de Maryland: MPowering the State, uma colaboração formal entre a Universidade de Maryland, College Park, e a Universidade de Maryland, Baltimore. Shalitin não divulgou informações.

Fonte: *Medscape Medical News* ■

03 - GLP-1S E TIAZOLIDINEDIONAS PODEM REDUZIR O RISCO CARDÍACO NO DIABETES TIPO 2

Em pacientes com Diabetes tipo 2 (DT2), a terapia combinada com agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon 1 (GLP-1 RAs) e tiazolidinedionas foi associada a um risco reduzido de mortalidade por todas as causas, mortalidade cardiovascular e eventos cardiovasculares adversos maiores (MACEs) em comparação com aqueles que não usaram nenhuma ou uma dessas terapias.

Metodologia:

- Para pessoas com Diabetes tipo 2, os benefícios potenciais das terapias combinadas com GLP-1 RAs estão reavivando o interesse em tiazolidinedionas, particularmente pioglitazona, apesar das preocupações anteriores com a segurança cardiovascular da rosiglitazona que limitavam seu uso.
- Pesquisadores conduziram um estudo de coorte retrospectivo usando dados do seguro nacional de saúde de Taiwan (2011-2020) para examinar os efeitos sobre as complicações do Diabetes da terapia combinada com GLP-1 RAs (exenatida, lixisenatida, dulaglutida ou liraglutida) e tiazolidinedionas (rosiglitazona ou pioglitazona) em comparação com aqueles que receberam nenhum ou um dos medicamentos.
- A coorte incluiu 110.411 pacientes com Diabetes tipo 2 (idade média de 58 anos; 45% mulheres) que receberam um ou ambos os medicamentos. Eles foram pareados por escore de propensão a 110.411 pacientes que não usaram nenhum dos medicamentos.
- Os desfechos primários incluíram mortalidade por todas as causas, eventos adversos cardíacos maiores (ECAMs) (uma combinação de infarto do miocárdio [IM] não fatal, doença cerebrovascular [DCV] não fatal e mortalidade cardiovascular) e mortalidade cardiovascular (uma combinação de IM, DCV, doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca [IC] e doença arterial periférica). Os desfechos secundários incluíram os desfechos individuais e a hipoglicemia.
- Os pacientes foram acompanhados desde o primeiro dia de uso de qualquer medicação até a morte, a ocorrência dos resultados ou o fim do estudo.
- Em comparação com pacientes que não utilizaram nenhum dos medicamentos, aqueles em terapia combinada de GLP-1 RAs e tiazolidinedionas apresentaram menor risco de mortalidade por todas as causas (razão de risco ajustada [HRa], 0,20), eventos adversos cardíacos graves (HRa, 0,85) e mortalidade cardiovascular (HRa, 0,20; $P < 0,001$ para todos). Os benefícios foram mais pronunciados entre aqueles tratados por mais de 900 dias.
- Riscos menores para desfechos secundários também foram observados com a terapia combinada em comparação com pessoas que

não usaram nenhum dos medicamentos — IM (aHR, 0,73; *P* < 0,001), DCV (aHR, 0,93; *P* = 0,002) e insuficiência cardíaca (aHR, 0,85; *P* < 0,001).

- No entanto, o risco de hipoglicemia foi maior em pacientes que usaram tiazolidinediona em monoterapia (HRa, 1,69; *P* < 0,001) ou em terapia combinada (HRa, 1,61; *P* < 0,001) do que naqueles que não usaram nenhum dos dois medicamentos. Esses riscos diminuíram com o uso por mais de 900 dias.
- Pacientes que usaram monoterapia com tiazolidinediona apresentaram maior risco de mortalidade por todas as causas e mortalidade cardiovascular do que aqueles que usaram monoterapia com GLP-1 RA (*P* < 0,001 para ambos).

Na Prática:

"Esta descoberta sugere um potencial efeito sinérgico sobre a mortalidade", escreveram os autores do estudo. "Os benefícios das tiazolidinedionas são atenuados pelos riscos associados, como retenção de líquidos e aumento do risco de IC. Este estudo mostrou que os RAs GLP-1 podem mitigar o risco de IC associado ao uso de tiazolidinedionas", acrescentaram.

"[Este estudo], juntamente com outras evidências emergentes e recomendações de diretrizes de prática, pode oferecer uma nova fronteira para considerar o valor da terapia combinada econômica de uma tiazolidinediona mais um GLP-1 AR em pacientes com DT2", escreveram os autores de um comentário convidado .

Fonte:

Este estudo foi liderado por Jing-Xing Li, MD, MS, do Hospital Universitário Médico da China, em Taichung, Taiwan. Foi publicado online no *JAMA Network Open* ■

04 - INSULINA ICODEC MAIS CGM UMA VEZ POR SEMANA MELHORA O CONTROLE GLICÊMICO NO DIABETES TIPO 2

Principais Conclusões:

- Adultos com Diabetes tipo 2 reduziram sua HbA1c de 8,18% no início do estudo para 7% em 26 semanas com insulina icodec mais um MCG.
- O tempo no alcance melhorou em mais de 20 pontos percentuais durante o estudo.
- Pesquisadores relataram que a insulina basal administrada uma vez por semana combinada com um monitor de glicose contínuo e intermitente reduziu a HbA1c e melhorou o tempo dentro da faixa de referência para adultos com Diabetes tipo 2.
- No estudo de fase 3b ONWARDS 9, de braço único, adultos com Diabetes tipo 2 receberam insulina icodec (Novo Nordisk) e usaram um MCG (FreeStyle Libre 2, Abbott Diabetes Care) por 26 semanas. Os participantes apresentaram melhoras significativas no controle glicêmico durante o estudo, sem eventos hipoglicêmicos graves. Os resultados do estudo foram apresentados na Conferência Internacional sobre Tecnologias e Tratamentos Avançados para Diabetes e publicados em março na *Diabetes Technology & Therapeutics* .

Richard M. Bergenstal, MD , diretor executivo do International Diabetes Center, HealthPartners Institute em Minneapolis, disse acreditar que o uso de CGM combinado com insulina uma vez por semana pode melhorar o controle glicêmico para adultos com Diabetes tipo 2 tratados com insulina.

"No futuro, talvez não estejamos apenas analisando a glicemia de jejum", disse Bergenstal ao Healio. "Podemos simplesmente analisar qual é a sua menor glicemia do dia e titular a insulina basal a partir disso. Isso nunca será possível com a glicemia capilar, mas é possível com o CGM. Este foi um estudo piloto importante para demonstrar a eficácia do CGM e da insulina basal em conjunto."

Benefícios Glicêmicos

No estudo ONWARDS 9, os pesquisadores recrutaram 51 adultos com 18 anos ou mais, com Diabetes tipo 2 e HbA1c entre 7% e 11% (idade média: 61,3 anos). Todos os participantes receberam insulina icodec e usaram um monitor de glicemia capilar (MCG) por 26 semanas. A insulina icodec foi iniciada durante um período de adaptação de 2 semanas com uma dose de 700 U/mL. As doses foram ajustadas semanalmente com base nos valores do CGM antes do café da manhã, antes da titulação.

O grupo de estudo apresentou um declínio no desfecho primário de HbA1c de 8,18% no início do estudo para 7% em 26 semanas ($p < 0,0001$). Ao final do tratamento, 92% dos adultos apresentaram HbA1c inferior a 8%, 46% atingiram HbA1c inferior a 7% e 42% apresentaram HbA1c inferior a 7%, sem hipoglicemia clinicamente significativa ou grave nas últimas 12 semanas de terapia.

O tempo médio na faixa de glicose de 70 mg/dL a 180 mg/dL aumentou de 54,4% no início do estudo para 76,4% nas últimas 4 semanas de tratamento ($p < 0,0001$). O aumento no tempo na faixa de glicose foi equivalente a 5 horas e 11 minutos adicionais de tempo na faixa de glicose por dia. O tempo acima da faixa de glicose com glicose acima de 180 mg/dL caiu de 45,2% no início do estudo para 22,9% entre 22 e 26 semanas de terapia com insulina icodec. O tempo abaixo da faixa de glicose com glicose inferior a 54 mg/dL foi muito baixo — 0,03% no início do estudo e 0,04% nas últimas 4 semanas do estudo.

Dados de Segurança

Não ocorreram episódios graves de hipoglicemia durante o estudo. Houve 13 episódios clinicamente significativos de hipoglicemia entre 10 adultos.

Houve 113 eventos adversos no estudo, dos quais 10 foram considerados provavelmente ou possivelmente relacionados à insulina icodec. Nenhum evento adverso resultou na desistência do participante. Foram relatados dois eventos adversos graves, ambos considerados improváveis de estarem relacionados à insulina icodec.

Em uma análise exploratória post hoc, os pesquisadores examinaram as métricas de CGM por dia de tratamento. O tempo dentro da faixa foi ligeiramente maior e o tempo acima da faixa ligeiramente menor do segundo ao quarto dia após o tratamento com insulina icodec. O tempo abaixo da faixa com glicemia inferior a 70 mg/dL foi ligeiramente maior nos dias 3 e 4 após o tratamento com insulina icodec. A variabilidade glicêmica, medida pelo coeficiente de variação, aumentou de 25,52% no início do estudo para 27,96% nas últimas 4 semanas do estudo.

Um Passo à Frente na Gestão da Diabetes

A insulina icodec ainda não foi aprovada pela FDA. Como o Healio relatou anteriormente , a FDA emitiu uma carta de resposta completa para a insulina icodec em julho de 2024, após o

Comitê Consultivo de Medicamentos Endocrinológicos e Metabólicos da FDA ter votado por 7 a 4 contra a recomendação de aprovação do medicamento para adultos com Diabetes tipo 1 durante uma reunião em maio. A FDA não revisou dados sobre adultos com Diabetes tipo 2 na época.

Bergenstal afirmou que as descobertas do ONWARDS 9 podem ajudar a insulina icodec a obter a aprovação da FDA no futuro e podem ter diversas implicações no tratamento do Diabetes. Ele afirmou que os dados fornecidos pelo CGM podem incentivar pessoas com Diabetes tipo 2 a usar insulina, já que não precisariam usar punções digitais para verificar os níveis de glicose todas as manhãs. Além disso, ele afirmou que o CGM pode permitir que o controle glicêmico seja individualizado para cada paciente.

“Agora você tem o restante dos dados [além da glicemia de jejum] para ver se a titulação que estou prestes a fazer é realmente a correta para este paciente”, disse Bergenstal. “Isso é entrar na medicina de precisão.”

Bergenstal disse que adicionar insulina basal e CGM uma vez por semana à terapia com GLP-1 pode proporcionar maiores benefícios para pessoas que estão tendo dificuldades para atingir sua meta de HbA1c apenas com GLP-1.

“[Os GLP-1s] são muito bons em [reduzir] a glicemia pós-prandial e reduzem um pouco a glicemia de jejum”, disse Bergenstal. “Mas se você ainda estiver com glicemia de jejum elevada... ou sua HbA1c ainda estiver alta e você estiver tomando um agonista duplo de GLP-1 ou GIP/GLP-1, esta pode ser uma combinação perfeita. [A insulina icodec e o GLP-1] são administrados uma vez por semana, os pacientes podem simplesmente tomá-los e seguir em frente. Acho que será poderoso.”

Bergenstal disse que testes explorando a combinação de GLP-1, insulina icodec e CGM devem ser conduzidos no futuro.

Fonte: Healio News

05 - ESTUDO SUGERE QUE RISCO CARDIOVASCULAR DE INÍCIO PRECOCE ESTÁ ASSOCIADO À NARCOLEPSIA

EUA: Um estudo de coorte retrospectivo utilizando dados do Medicare e de seguros comerciais constatou que a narcolepsia está associada a riscos aumentados de hipertensão arterial, hiperlipidemia , Diabetes e eventos de doenças cardiovasculares (DCV) . É importante ressaltar que os sinais de DCV subclínica surgiram precocemente entre os pacientes com narcolepsia, enfatizando a necessidade de monitoramento precoce e possível intervenção. As descobertas foram publicadas on-line no Journal of the American Heart Association em 10 de abril de 2025.

A narcolepsia é um distúrbio neurológico crônico caracterizado por sonolência diurna excessiva, perda súbita de tônus muscular (cataplexia) e sono noturno interrompido. Embora seu impacto na qualidade de vida esteja bem documentado, evidências emergentes sugerem que a narcolepsia também pode estar associada a desfechos adversos em DCV. No entanto, pesquisas limitadas exploraram suas associações com DCV subclínica, particularmente em populações pediátricas. Nesse contexto, Rakesh Bhattacharjee, do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade da Califórnia em San Diego, do Rady Children's Hospital, em La Jolla, CA, e colegas tiveram como objetivo avaliar a relação entre narcolepsia e indicadores precoces de disfunção

cardiovascular e metabólica, incluindo hipertensão, hiperlipidemia, Diabetes e doença hepática gordurosa não alcoólica/esteato-hepatite não alcoólica (DHGNA/NASH), para entender melhor as implicações mais amplas do transtorno para a saúde desde cedo. Para tanto, os pesquisadores conduziram um estudo de coorte retrospectivo utilizando dados dos bancos de dados MarketScan (2005-2021), incluindo 22.293 pacientes com narcolepsia (tipos 1 e 2) e 63.709 controles pareados. A narcolepsia foi definida por pelo menos duas consultas ambulatoriais em um ano, sendo uma delas não diagnóstica. O estudo avaliou a incidência de hipertensão, hiperlipidemia, Diabetes, DHGNA/EHNA e uma medida composta de doença cardiovascular e eventos cardiovasculares adversos graves. Com base no estudo, os pesquisadores relataram as seguintes descobertas:

Pacientes com narcolepsia tiveram um risco 40% maior de desenvolver hipertensão em comparação aos controles correspondentes (HR 1,40).

O risco de hiperlipidemia foi 41% maior no grupo narcolepsia (HR 1,41).

O risco de Diabetes foi elevado em 50% entre aqueles com narcolepsia (HR 1,50).

A probabilidade de desenvolver NAFLD/NASH foi 48% maior em pacientes com narcolepsia (HR 1,48).

O risco para o desfecho composto de doença cardiovascular aumentou em 61% (HR 1,61). Eventos cardiovasculares adversos graves foram 69% mais prováveis em indivíduos com narcolepsia (HR 1,69).

Essas associações permaneceram significativas mesmo após o ajuste para medicamentos para narcolepsia, incluindo estimulantes, agentes promotores de vigília e oxibatos

.Houve riscos elevados semelhantes em todas as faixas etárias, incluindo pacientes com menos de 25 anos. O estudo confirma que a narcolepsia está associada a um risco maior de desenvolver doenças cardiovasculares subclínicas — como hipertensão, hiperlipidemia, Diabetes e DHGNA/EHNA — mesmo na infância. Essas associações permanecem significativas independentemente de outras condições de saúde, como obesidade, apneia do sono ou depressão, e não são influenciadas por medicamentos para narcolepsia. "As descobertas enfatizam a importância do monitoramento cardiovascular precoce em indivíduos com narcolepsia para ajudar a prevenir complicações cardíacas graves mais tarde na vida", concluíram os autores.

Fonte: Medical Dialogues■