

RELATÓRIO FINAL DO FÓRUM CIRURGIA ENDOVASCULAR DA REGIONAL DO RIO DE JANEIRO

FÓRUM BRASIL SBACV

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES - 16 DE ABRIL DE 2002

PRESIDENTE: DR. PAULO MARCIO CANONGIA

MODERADOR: DR. ADALBERTO PEREIRA DE ARAÚJO

ORGANIZADOR: DR. JOSÉ LUÍS C. DO NASCIMENTO SILVA

MÓDULO I – ISQUEMIA DE MEMBROS INFERIORES

Relator: Marcelo da Volta Ferreira

Debatedores: Antonio Vieira de Mello e
Carlos Clementino Peixoto

1. A possibilidade de tratamento endovascular muda a indicação terapêutica em casos de claudicação intermitente?

Resposta do relator: NÃO.

Debates: Todos concordaram com a resposta do relator.

2. Qual o papel da angioplastia transluminal nas obstruções fêmoro-poplíteas?

Resposta do relator: Primeira opção em todos os casos.

Debates: Um debatedor (CP) concordou com a resposta do relator. O outro (AVM) limitou a sua utilização aos casos de estenoses segmentares até 5 cm, de acordo com a literatura médica disponível.

Platéia (debate interativo)

Em relação à primeira pergunta, quando modificada para eixo ilíaco, a platéia dividiu-se – 43% entenderam que uma lesão ilíaca isolada e favorável (estenose de 80%, < 3 cm) deva ser tratada independentemente dos sintomas que produza, justificando-se tal atitude como profilática da oclusão da artéria ilíaca e de uma cirurgia abdominal (Questões 1 e 2 do Módulo I).

Quando inquirida sobre o eixo fêmoro-poplíteo, 23% acham que as indicações de intervenção se ampliaram (Questões 3 e 4 do Módulo I) e 36% consideram o tratamento endovascular como primeira opção desde que acoplado a implante de endoprótese (Questões 6 e 7 do Módulo I).

Conclusões da Comissão Organizadora

a) Há um consenso quase unânime de que a indicação

do tratamento endovascular no território fêmoro-poplíteo não modifica os critérios clássicos de intervenção. Portanto, a resposta à primeira pergunta é NÃO.

b) Há uma grande divisão no que concerne à aplicabilidade das técnicas endovasculares no território fêmoro-poplíteo. Entre os expertises convidados para debater houve empate e no debate interativo houve uma tendência pouco significativa para a conduta mais clássica (cirurgia convencional). A proposta de se realizar tratamento endovascular primário – que pode ser repetido várias vezes – repete e se apóia na filosofia da revascularização estadiada como proposta por Rosen, em 1982, e pretende assegurar ao paciente todas as opções possíveis antes da ponte com veia safena, considerada o padrão ouro neste tipo de revascularização. Assim, podemos afirmar que a resposta para a segunda pergunta é a de que o papel destas técnicas no território fêmoro-poplíteo ainda é limitado aos casos selecionados (estenoses ou oclusões com extensão menor que 5 cm), mas que há uma tendência de que rapidamente isto se modificará com a sua utilização se tornando quase universal.

c) O debate interativo trouxe mais algumas considerações interessantes:

– No território ilíaco, as técnicas endovasculares já são as primariamente utilizadas e as indicações já se mostram ampliadas na prática da metade dos cirurgiões, que acrescentaram a profilaxia da oclusão da artéria ilíaca às indicações de intervenção neste território.

– Nas oclusões arteriais agudas não embólicas, por trombose in situ, a fibrinólise ou a trombectomia com cateter somadas ao tratamento endovascular da lesão primária representam 75% das opiniões.

– Embora a imensa maioria discorde da aplicabilidade de técnicas endovasculares nas lesões que ultrapassam a linha articular do joelho, a metade entende que nos aneurismas poplíteos esta técnica é a primeira opção (Questão 10 do Módulo I).

1. A correção endoluminal de AAA só deve ser indicada em pacientes de alto risco? Em caso positivo, qual o critério para alto risco?

Resposta do relator: SIM, em termos. O relator entende que a técnica deva ser preferencialmente utilizada em pacientes com idades mais avançadas (acima de 75 anos) e com risco cirúrgico ASA III ou ASA IV. Ressalva, entretanto, que um dos fatores primordiais na eleição da técnica é a anatomia do aneurisma que, sendo favorável e, de acordo com o ponto de vista do paciente, após terem sido a ele oferecidas todas as explicações técnicas sobre os dois procedimentos (convencional e endovascular), pode ser aplicada em pacientes de bom risco e idades menos avançadas. O critério de alto risco é a classificação da ASA.

Debates: Um debatedor (JC) concordou em termos gerais com o relator. O outro (CJB) desenvolveu um longo raciocínio e ofereceu contestações. Acha que se o paciente tem risco proibitivo para a cura convencional do AAA ela não deva ser operado com nenhuma técnica pois sempre existe a possibilidade de conversão. Comentou um arrazoado do Dr. David Brewster, de Harvard, (publicado no último Boletim da SBACV-SP) no qual o autor faz comentários a respeito de como aconselharia seu pai caso ele tivesse um AAA, defendendo a técnica endovascular. O Dr. Dinis da Gama (Lisboa, Portugal) enviou e-mail ao debatedor no qual faz comentários a respeito do arrazoado do Dr. Brewster, desfavoráveis à técnica endovascular, apoiando-se, sobretudo, nos fatos de existir ainda elevada incidência de endoleaks, de complicações com a prótese, de migrações, de roturas tardias do AAA e da necessidade de se manter controle radiológico o resto da vida. Este último fato, para ele, evidencia que o aneurisma não foi curado, está sob controle, diferente do que ocorre no tratamento convencional.

2. A correção endoluminal de AAA deve ser considerada hoje como um procedimento experimental?

Resposta do relator: NÃO. A experiência acumulada com o método ao longo dos últimos 12 anos não mais permite mais o seu enquadramento com experimental.

Debates: Um debatedor (JC) concordou com a resposta do relator. O outro debatedor (CJB) acha que sim.

Platéia (debate interativo)

Em relação à primeira pergunta, a platéia acha que a idade e o risco devem influenciar a escolha (Questões 7, 8 e 9 do Módulo II). A maioria esmagadora não indica a técnica em pacientes de risco baixo ou idade menor que 70 anos,

mesmo em casos anatomicamente favoráveis (90%). A idade limite é de 70 anos para 34% e de 80 anos para 50% da platéia. Curiosamente, mais da metade da mesma platéia acha que a opinião do paciente deve influir na escolha da técnica (55%).

Em relação à segunda pergunta, exatos 2/3 não consideram a técnica como procedimento experimental (Questão 2 do Módulo II).

Conclusões da Comissão Organizadora

a) A maioria ainda acha que a idade e o risco do paciente são fatores que devem influenciar decisivamente na indicação do tratamento endoluminal dos AAA. Entretanto, deve ser ressalvado que há uma clara tendência em se permitir que a opinião do paciente influencie nesta decisão o que, obviamente, em curto prazo, se não já, aumentará em muito a utilização da técnica. Em nosso estado, na prática diária, o que se observa é uma clara tendência para a universalização do procedimento endovascular, sobretudo nos grupos mais atuantes e com maior experiência. A combinação de três fatores – anatomia favorável, opinião do paciente e viabilidade financeira – para estes grupos, têm sido, na prática, os fatores determinantes mais importantes para a escolha da técnica, em detrimento da idade ou do risco do paciente. Assim, a resposta para a primeira pergunta é não, pois nenhum dos fatores apresentados – idade ou risco cirúrgico – representam limitantes absolutas para a aplicação do método. Devem ser considerados como fatores importantes mas não únicos como a pergunta propõe.

b) Quanto ao caráter experimental ou não da técnica, a maioria entende que não o é mais. Na verdade, estamos atravessando um momento similar aquele que atravessaram os cirurgiões vasculares das décadas de 50, 60 e 70, com a evolução dos materiais – do teflon ao dacron knitted impermeável, quantos anos se passaram? Do fio de seda ao poli-propileno? Claramente, já foram superadas as fases 2 e 1 de um estudo clínico (se o tivéssemos aqui) e nos encontramos na era da evolução do material. À exceção do endoleak tipo 2 e de algumas migrações tardias por dilatação do colo proximal, a maior parte das complicações está relacionada à fadiga do material. Há notícias da substituição do nitinol por um polímero plástico e isto, in vitro, parece trazer uma grande evolução.

Assim, a resposta para a segunda pergunta é NÃO.

c) Alguns dados interessantes surgiram do debate interativo:

– A necessidade de aderência do paciente ao protocolo do seguimento é fundamental. A maioria entende que ele deva assinar um termo de compromisso prévio que o sujeite a este seguimento.

– A imensa maioria acha que não foram modificados os critérios de indicação, devendo ser tratados apenas aneurismas acima de 5 cm de DTM.

– O custo ainda é um fator impeditivo e que onera por demais o mercado segurador.

MÓDULO III - CARÓTIDAS

Relator: Eugênio Carlos Tinoco

Debatedores: Marcio Arruda Portilho e Sergio Leal de Meirelles

1. A angioplastia de lesões primárias ateroscleróticas da carótida é tão segura e eficiente quanto a endarterectomia? O consenso do VII Fórum da SBACV - "Patologia de carótida: inovações no diagnóstico e no tratamento", permanece atual?

Resposta do relator: SIM, em termos. O relator entende que a técnica endovascular oferece maior risco de acidentes embólicos, à luz da média da literatura atual, e que a sua indicação seja preferencialmente em casos selecionados como nas reestenoses, no pescoço hostil, nas lesões altas e nos pacientes com risco cirúrgico ASA III ou ASA IV. Ressalva, entretanto, que há uma forte tendência a ampliar as indicações, sobretudo, com a utilização crescente dos dispositivos de proteção cerebral mecânica. Os diversos trials em curso certamente esclarecerão as atuais dúvidas e traçarão limites claros para a indicação e para o emprego dos dispositivos de proteção cerebral mecânica.

Quanto às conclusões do VII Fórum, a resposta é NÃO. O método não é experimental.

Debates: Os debatedores expressaram opiniões semelhantes. Ambos entendem que a endarterectomia carotídea permanece como o padrão ouro para o tratamento da lesão aterosclerótica carotidiana, ficando a indicação do tratamento endoluminal restrita às situações acima descritas (reestenoses, no pescoço hostil, nas lesões altas e nos pacientes com risco cirúrgico ASA III ou ASA IV). Também concordam entre si e com o relator na resposta à segunda parte da pergunta.

Platéia (debate interativo)

Em relação à primeira pergunta, 80% da platéia acham a endarterectomia é mais segura. 60% encontram indicações entre as clássicas (reestenoses, no pescoço hostil, nas lesões altas e nos pacientes com risco cirúrgico ASA III ou ASA IV) embora 95% entendam que é o tratamento de escolha nas reestenoses.

Conclusões da Comissão Organizadora

a) A endarterectomia permanece como o procedimento a ser primeiramente utilizado no tratamento da doença ateroscleróticas das artérias carótidas.

b) A angioplastia transluminal é o método de escolha nas reestenoses e no pescoço hostil, devendo ser considerada nas lesões altas e nos pacientes com risco cirúrgico elevado (ASA III e ASA IV).

c) A técnica endovascular, contudo, rapidamente ganha adeptos, sobretudo no meio da radiologia intervencionista. Não resta dúvida que tão logo os trials sejam concluídos, haverá (obviamente na dependência dos resultados que, em princípio, diante dos relatórios preliminares, trarão conclusões favoráveis) rápida expansão do método e o cirurgião vascular deve dominar esta técnica imediatamente.

d) Assim, a resposta aos quesitos é SIM, com a ressalva de que se aguardam os resultados dos estudos multicêntricos em curso é NÃO, o método é de utilização clínica, não mais experimental.

MÓDULO IV - EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Relator: José Luís Nascimento Silva

Debatedores: José Amorim de Andrade e Marcio Leal de Meirelles

1. É necessária a concessão de uma licença especial, pela SBACV, para a prática de procedimentos endovasculares?

Resposta do relator: NÃO, em termos. O relator entende que a cirurgia endovascular compreende um conjunto de técnicas inseridas no âmbito da cirurgia vascular o que, portanto, invalida a tese de uma licença especial. Ressalva, entretanto, que as forças atuantes neste processo - entidades médicas nacionais, sociedades científicas, Ministério da Saúde, CNRM, mercado segurador - poderão gerar uma situação na qual não tenhamos saída a não ser criar esta licença especial, provavelmente na forma de "área de atuação".

2. Qual o papel do cirurgião vascular em grupos multidisciplinares para a prática de angioplastia/stents? Pode o cirurgião vascular recusar-se a tratar complicações feitas por radiologistas ou hemodinamicistas?

Resposta do relator: Para a primeira pergunta, a resposta foi líder do grupo. Para a segunda, NÃO.

3. O médico ao qual foi solicitado um exame diagnóstico (qualquer que seja a sua especialidade) pode tomar a iniciativa de estender o exame além do solicitado? Realizar procedimentos terapêuticos no mesmo ato?

Resposta do relator: NÃO, com a ressalva de que pode agir terapêuticamente apenas em caso de risco de vida.

Debates: Os debatedores concordaram em linhas gerais com o relator.

Platéia (debate interativo)

Em relação à primeira pergunta, 100% dos presentes acham que não deva ser criado um Título de Especialista e 44% são contra um certificado de área de atuação. Dos 55% restantes, 115 acham que o certificado deva ser emitido em conjunto com o CBR e a SOBRICE e 44% acham que deva ser tratado isoladamente pela SBACV. Neste sentido, 96% acham

que o acordo SBACV-CBR deva ser rompido formalmente já que o CBR o rompeu na prática ao publicar edital de concurso a ser realizado em outubro.

Em relação à segunda pergunta, 71% acham que não há a necessidade da constituição de uma equipe multidisciplinar e 91% acham que, caso ela exista, o cirurgião vascular deve ser o líder, responsável pelas indicações terapêuticas. Quanto ao não atendimento de iatrogenia acontecida em procedimento realizado por outros especialistas, 92% acham que o cirurgião vascular não pode se recusar.

Conclusões da Comissão Organizadora:

a) A resposta ao primeiro quesito é complexa. Diante dos últimos acontecimentos, apesar de haver um entendimento amplo de que a cirurgia endovascular esteja incorporada na cirurgia vascular, o que tornaria dispensável qual-

quer forma de licença, a conjuntura não nos permite nos imobilizarmos nesta tese. Assim, a resposta é a de que a SBACV, isoladamente, rompendo o acordo com o CBR, promova concurso para certificação desta área de atuação.

b) A resposta é a de que a equipe multidisciplinar é interessante na teoria e dispensável na prática. Caso exista, o papel do cirurgião vascular é o de líder pois ele detem os conhecimentos necessários para a indicação cirúrgica judiciousa e para decidir pela melhor opção terapêutica. Quanto à segunda parte, esta recusa constitui delito ético e não pode acontecer.

c) A resposta é a mesma do relator: NÃO, com a ressalva de que pode agir terapêuticamente apenas em caso de risco de vida.