

Recomendações para o tratamento do aneurisma da aorta abdominal: uma comparação das recomendações de 1992 com as de 2003

Guidelines for the management of abdominal aortic aneurysm: comparing the 1992 and the 2003 recommendations

Américo Dinis da Gama*

Resumo

Neste trabalho, é feita uma comparação entre as recomendações para o tratamento do aneurisma da aorta abdominal formuladas em 1992 e aquelas publicadas em 2003, através de diferentes grupos de trabalho e sob a égide da *Society for Vascular Surgery* e da *American Association for Vascular Surgery*. O teor das duas recomendações é substancialmente diferente na forma e no conteúdo, em virtude dos enormes progressos e desenvolvimentos técnicos que ocorreram no decurso daquele período de tempo, o maior dos quais foi, sem dúvida, a introdução do tratamento endovascular, que não é ainda considerado como alternativa credível ao tratamento cirúrgico convencional, podendo apenas ser recomendado em circunstâncias particulares, bem definidas. O teor das recomendações do ano de 2003 aparenta ser, para além desse fato, fortemente influenciado pelas grandes transformações que igualmente ocorreram na organização e gestão dos cuidados de saúde e pelas poderosas e influentes forças e interesses que gravitam em torno do ato médico, o que permite concluir, inspirado em H.E. Sigerist, que "(...) as transformações nas concepções médicas estão ligadas ao conjunto de cultura e são condicionadas pelas transformações das idéias da época".

Palavras-chave: aneurisma da aorta abdominal, diretrizes, terapêutica.

Abstract

In this article, a comparison is made between the 1992 and the 2003 recommendations for the management of abdominal aortic aneurysm, which were published by different subcommittees of the Society for Vascular Surgery and the American Association for Vascular Surgery. Substantive differences, both in format and content, can be found due to the enormous progress and technical achievements which occurred between 1992 and 2003. The most relevant improvement was the introduction of the endovascular treatment, which is not yet regarded as a valid alternative to the conventional surgical treatment, being indicated only in particular and well defined circumstances. Furthermore, the spirit of the 2003 recommendations seems to be heavily influenced by the large transformations in the organization and management of health care services, as well as the powerful influences and interests around the medical practice. This fact allows us to conclude, following Sigerist, that "... changes in medical concepts are tightly connected to the culture as a whole, and are influenced by the changes of the ideas of each epoch".

Key words: aortic aneurysm, guidelines, therapeutics.

Em 1992, um grupo de trabalho designado pela *Society for Vascular Surgery* e pelo Capítulo Norte-Americano da *International Society for Cardiovascular Surgery*, constituído por Larry Hollier, Lloyd

Taylor e John Ochsner¹, elaborou um conjunto de recomendações dedicadas ao tratamento cirúrgico dos aneurismas da aorta abdominal, dando especial ênfase às suas indicações e contra-indicações, absolutas ou relativas.

Cerca de 10 anos depois, as mesmas sociedades decidiram indigitar um novo grupo de trabalho, com o mesmo propósito, desta vez subscrito por David Brewster, Jack Cronenwett, John Hallet, Wayne Johnston, William Krupski e John Matsumura².

* Clínica Universitária de Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

Artigo submetido em 04.09.03, aceito em 29.12.03.

No decurso dessa década, ocorreram enormes transformações na prática clínica e terapêutica da nossa especialidade, a maior das quais foi inquestionavelmente a difusão e expansão do tratamento endovascular, que teve forte impacto na abordagem terapêutica dos aneurismas da aorta, suscitando uma enorme controvérsia sobre os seus reais méritos e validade, que se mantém viva até os dias de hoje.

Mas houve outros aspectos que desempenharam um papel relevante na modificação de critérios e atitudes e que merecem igualmente ser destacados. Em primeiro lugar, realizaram-se estudos prospectivos, randomizados e altamente credíveis comparando os resultados do tratamento cirúrgico com os do tratamento conservador^{3,4}, tendo em vista uma melhor definição do risco de rotura em função do diâmetro do aneurisma, ou seja, o limiar de intervenção a partir do qual se torna fundamentada e aconselhada a intervenção terapêutica. Ocorreram progressos significativos no diagnóstico por imagem, no estudo e seleção dos doentes com vistas à identificação criteriosa dos indivíduos portadores de alto risco, e desenvolveram-se métodos de controle e tratamento, prévio ou concomitante, de doenças e situações co-mórbidas. Os progressos ocorridos na anestesia e analgesia, na monitorização e cuidados peri- e pós-operatórios, na farmacoterapia cardiovascular, na anticoagulação e antibioticoterapia tiveram seguramente uma influência marcada no tratamento do aneurisma aórtico. Finalmente, a introdução de novos substitutos protéticos, instrumentos cirúrgicos e materiais de sutura terão tido igualmente um papel relevante, que não deverá ser menosprezado.

Essas contribuições vieram proporcionar maiores níveis de segurança e eficácia de atuação e, por conseguinte, vieram refletir-se inevitavelmente no processo de decisão terapêutica do aneurisma aórtico.

Constitui, por isso, um exercício aliciante realizar uma análise comparativa do que mudou, como mudou e que real impacto tiveram aquelas conquistas nas indicações terapêuticas atuais, comparando-as com as de 10 anos atrás.

Recomendações correntes para o tratamento do aneurisma da aorta abdominal – 1992

As recomendações para o tratamento do aneurisma da aorta abdominal em 1992 eram as seguintes¹:

“1. **Aneurismas em rotura documentada ou suspeita.** Constituem contra-indicações relativas a coexis-

tência de situações que configurem curta esperança de vida (por exemplo, cancro terminal) ou quadros clínicos que afetem consideravelmente a qualidade de vida (demência).

2. **Aneurismas sintomáticos ou em processo de rápida expansão.** Constituem contra-indicações relativas a coexistência de situações terminais, problemas médicos relevantes ou qualidade de vida inaceitável.

3. **Aneurismas assintomáticos com 4 ou mais cm de diâmetro máximo,** ou com um diâmetro que duplique, pelo menos, o diâmetro normal da aorta infra-renal. Constituem contra-indicações relativas a uma esperança de vida de menos de 2 anos, problemas médicos relevantes ou qualidade de vida inaceitável. São contra-indicações relativas as seguintes situações:

- Infarto do miocárdio recente.
- Insuficiência cardíaca congestiva refratária.
- Insuficiência coronária grave.
- Insuficiência renal grave.
- Diminuição da acuidade mental.
- Idade avançada.

4. **Aneurismas complicados,** o que inclui embolismo periférico, trombose, fistulização, e doença arterial oclusiva intra-abdominal sintomática, independentemente do tamanho do aneurisma, constituindo contra-indicações uma esperança de vida inferior a 2 anos, problemas médicos relevantes ou qualidade de vida inaceitável.

5. **Aneurismas atípicos,** como o dissecante, micótico, falso aneurisma ou sacular, bem como as úlceras penetrantes da parede aórtica, independentemente do diâmetro. Constituem igualmente contra-indicações relativas a uma esperança de vida inferior a 2 anos, problemas médicos relevantes e qualidade de vida inaceitável.”

Comentário

As indicações cirúrgicas do aneurisma da aorta abdominal transcritas nessas recomendações assentam essencialmente em dados objetivos, de caráter morfológico, clínico e etiopatogénico.

A rotura, documentada ou suspeita, surge como a primeira das indicações, e, para os aneurismas eletivos e assintomáticos, o limiar de intervenção situa-se nos 4 cm de diâmetro. Todavia, a ocorrência de sintomas ou expansão rápida constituía uma indicação formal para

a intervenção, a qual, na época, confinava-se exclusivamente à cirurgia convencional.

Outras indicações operatórias incluíam a ocorrência de complicações naturais, como o tromboembolismo periférico, a coexistência de doença obstrutiva abdominal sintomática ou circunstâncias de índole etiopatogênica, em que se salientava a natureza dissecante, o aneurisma micótico ou o falso aneurisma, considerados como indicações formais.

A este conjunto de indicações contrapunha-se sistematicamente um rol de contra-indicações, absolutas ou relativas, de caráter aleatório e impreciso, que dependiam naturalmente do julgamento médico e que incluíam a “esperança de vida inferior a 2 anos”, a “existência de problemas médicos relevantes” e a “qualidade de vida inaceitável”.

É de realçar, a terminar, as omissões respeitantes às qualificações e experiência do cirurgião, bem como à vontade, desejo ou opção do doente como fatores intervenientes no processo de decisão terapêutica.

Recomendações correntes para o tratamento do aneurisma da aorta abdominal – 2003

São do seguinte teor as recomendações formuladas em 2003²:

“1. A determinação arbitrária do diâmetro para o tratamento eletivo não parece ser apropriada, porque a decisão terapêutica deve ser individualizada caso a caso.

2. Ensaio randomizados demonstraram que o risco de rotura dos pequenos aneurismas (< 5 cm) é pequeno e que uma estratégia de vigilância cuidadosa até atingir esse limite dos 5,5 cm se revela segura, exceto se entretanto ocorrerem sintomas ou expansão rápida. Contudo, a cirurgia precoce é comparável à vigilância seguida de cirurgia tardia, e, nesta conformidade, a opinião do doente é importante, especialmente para os portadores de aneurismas entre 4,5 e 5,5 cm.

3. Baseados na melhor das evidências científicas, recomenda-se que o diâmetro de 5,5 cm pareça ser uma indicação apropriada para o doente ‘médio’. Todavia, subgrupos de indivíduos jovens, com baixo risco e longa esperança de vida, podem optar por um tratamento precoce.

Face a cirurgiões experientes, com baixa mortalidade operatória, o tratamento pode estar indicado em aneurismas de menor diâmetro (4 a 5,5 cm), de acordo com a preferência do doente.

4. No sexo feminino, o tratamento eletivo deve estar indicado para aneurismas com diâmetros máximos de 4,5 a 5,5 cm (menos 1 cm que no sexo masculino).

5. Para os indivíduos de alto risco, parece ser aconselhável protelar o tratamento até se obter um diâmetro maior, especialmente se não for possível efetuar um tratamento endovascular.

6. Em vista do desconhecimento dos resultados a longo termo do tratamento endovascular, bem como de sua eficácia e durabilidade, acrescido das exigências da apertada vigilância pós-procedimento, o tratamento endovascular aparece como mais apropriado para os indivíduos de alto risco para a cirurgia convencional.

7. O tratamento endovascular pode ser o método de escolha para os indivíduos idosos, de alto risco, com abdômen ‘hostil’ ou outras circunstâncias clínicas susceptíveis de aumentar o risco da cirurgia convencional, desde que a anatomia seja favorável para o tratamento endovascular.

8. O tratamento endovascular em doentes com anatomia desfavorável aumenta consideravelmente os riscos de complicações adversas, necessidade de conversão cirúrgica ou mesmo rotura do aneurisma.

9. No momento presente, não existem argumentos ou justificações para que o tratamento endovascular venha alterar os critérios convencionais de intervenção, baseados, na maior parte dos casos, no diâmetro do aneurisma.

10. Na opção entre as duas modalidades de tratamento, cirúrgico convencional ou endovascular, a preferência do doente assume a maior importância, e, por isso, é essencial que os doentes sejam bem informados antes da tomada da decisão.”

Comentário

As recomendações emitidas em 2003 são, pelo exposto, substancialmente diferentes na forma e no conteúdo das formulados em 1992. Nelas, não é feita qualquer alusão relativamente à rotura, nem tão-pouco se faz menção à morfologia, às complicações naturais ou às circunstâncias etiopatogênicas que gravitam em torno do aneurisma como fatores decisórios da intervenção terapêutica.

Em resultados dos estudos de base científica já mencionados, o limiar de intervenção foi deslocado

para os 5,5 cm de diâmetro para o doente “médio”, podendo a intervenção ser justificada abaixo daquele valor se entretanto ocorrer sintomatologia ou expansão rápida, se o doente for jovem e credor de esperança de vida prolongada ou se for esse o desejo expresso pelo próprio doente.

A existência de duas modalidades de tratamento opcional não as coloca, de forma inequívoca, em paridade ou igualdade de circunstâncias. Com efeito, mercê das incógnitas que rodeiam os seus resultados a longo prazo, o tratamento endovascular aparece como apropriado apenas para os doentes de alto risco e pode constituir-se como o método preferencial para um subgrupo particular de indivíduos idosos, portadores de “abdômen hostil” ou acompanhados de circunstâncias clínicas relevantes, o que restringe seu âmbito de utilização. A somar a esse fato, o tratamento endovascular exige uma anatomia favorável, fato que o torna ainda mais restritivo e faz-se acompanhar de complicações sérias, incluindo a conversão cirúrgica e a rotura do aneurisma, quando essas exigências não são respeitadas.

Nessas recomendações, o processo de decisão cirúrgica ainda deve tomar em consideração o sexo (visto estar demonstrada a maior vulnerabilidade das mulheres), bem como a experiência do operador (baseada na sua própria mortalidade operatória), e, nestes casos particulares, as recomendações são originais.

Finalmente, como fator decisório na opção entre os dois métodos terapêuticos, emerge com grande importância a opinião do doente (totalmente omissa nas recomendações de 1992), tornando-se, para isso, essencial que o mesmo se encontre bem informado – sem se mencionar quem o informa, com que idoneidade ou grau de isenção o faz e até que limites poderá ir essa informação em termos de fundamentação científica, capacidade de comunicação ou possibilidades de apreensão por parte do doente, uma recomendação que se afigura paradoxal, visto que são os próprios autores a exprimir dúvidas e incógnitas sobre a eficácia, riscos e durabilidade a longo prazo de uma das possíveis opções, que é o tratamento endovascular.

Discussão

Os enormes progressos e conquistas que ocorreram na década de 90 vieram modificar significativamente as indicações terapêuticas do aneurisma da aorta abdomi-

nal quando se confrontam as recomendações formuladas em 1992 com as de 2003. Foram enormes e diversos os progressos técnicos que se introduziram e expandiram, entre os quais sobressai, naturalmente, o tratamento endovascular.

Apesar da experiência acumulada e da vastíssima soma de contribuições dedicadas ao tratamento endovascular, a realidade é que sua eficácia e durabilidade se encontram ainda por demonstrar – e, por isso, não pode ainda ser considerado como alternativa credível ao tratamento cirúrgico convencional, quedando-se pela utilização apropriada ou preferencial em subgrupos particulares de doentes considerados como “marginais” em relação à cirurgia convencional.

Absorvidos que nos encontramos pelos aspectos eminentemente técnicos da controvérsia, não tomamos em consideração que, no decurso daquele período de tempo, ocorreram simultaneamente grandes transformações nos modos de organização da medicina e dos cuidados assistenciais, na relação médico-doente e na sociedade em geral – e também essas transformações se vieram refletir, de forma mais ou menos expressiva, no teor das recomendações terapêuticas do aneurisma da aorta abdominal formuladas em 2003.

Com efeito, ao dar-se ênfase reiterada à opção do doente como um fator decisório relevante, está-se a consagrar e a envolver um conjunto de circunstâncias e interesses, alguns poderosos, que rodeiam a pessoa do doente e que constituem um paradigma da medicina contemporânea: o direito do doente à saúde, e as aspirações legítimas a uma boa qualidade de vida e à informação plena e sem limites; os interesses das indústrias seguradoras, do *managed care* e da indústria de vocação sanitária; os interesses corporativos dos médicos e a sua responsabilidade profissional, civil e criminal; e, finalmente, mas não menos importante, a intervenção do direito e do poder judicial. Essas novas condicionantes e determinantes que rodeiam o ato médico e influenciam naturalmente o processo de decisão cirúrgica têm como contrapartida a edificação de atitudes ditas defensivas por parte dos profissionais da medicina, perceptíveis em muitas condutas e procedimentos, entre os quais sobressai a intenção de fazer participar e co-responsabilizar o doente na diversidade das opções terapêuticas que se lhe oferecem – e essa é, porventura, a maior das diferenças que se terá podido identificar na confrontação do “espírito” que informa as recomendações terapêuticas do aneurisma da aorta abdominal entre 1992 e 2003.

O produto desta reflexão inspira a evocação de um pensamento de H.E. Sigerist, transcrito no livro *Introduction à la Médecine*, publicado no ano de 1932, com a qual me permito terminar este trabalho, enaltecendo sua atualidade e oportunidade face ao tema em discussão:

“A medicina está intimamente ligada ao conjunto da cultura, sendo as transformações nas concepções médicas condicionadas pelas transformações das idéias da época⁵.”

Referências

1. Hollier LH, Taylor LM, Ochsner J. Recommended indications for operative treatment of abdominal aortic aneurysms. Report of a subcommittee of the Joint Council of the Society for Vascular Surgery and the North American Chapter of the International Society for Cardiovascular Surgery. *J Vasc Surg* 1992;15:1046-56.
2. Brewster DC, Cronenwett JL, Hallet Jr J, Johnston KW, Krupski WC, Matsumura JS. Guidelines for the treatment of abdominal aortic aneurysms. Report of a subcommittee of the Joint Council of the American Association for Vascular Surgery and Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg* 2003;37:1106-17.
3. Mortality rates for randomised controlled trial of early elective surgery or ultrasonographic surveillance for small abdominal aortic aneurysms. The UK Small Aneurysm Trial Participants. *Lancet* 1998;353:1649-55.
4. Lederle FA, Wilson SE, Johnson GR, et al. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms *N Engl J Med* 2002;346:1437-44.
5. Sigerist HE. *Introduction à la Médecine*. Paris: Payot; 1932.

Correspondência:

Américo Dinis da Gama
Av. das Forças Armadas, 133 Lote D 16º E
1600-081 - Lisboa, Portugal
E-mail: dinisdagama@clix.pt

Aviso aos ex-residentes

Se você foi residente até 2003 e ainda não está inscrito em sua Regional, procure regularizar sua situação para passar a receber o **J Vasc Br** imediatamente, sem qualquer ônus.
Ajude a manter o cadastro da SBACV atualizado.