

Fórum SBACV 2002

Cirurgia endovascular - Qual o papel atual na nossa especialidade?

Comissão Nacional para o XII Fórum SBACV

Presidência da SBACV: Marcio Leal de Meirelles

Coordenação Nacional: Solange Seguro Meyge Evangelista

Coordenação Científica do Fórum: Pedro Puech-Leão

Diretor Científico da SBACV: Marcio de Castro e Silva

Supervisão Regional:

Norte-Nordeste: Guilherme B.B. Pitta

Sul: Jorge Ribas Timi

Centro: Gilson Roberto de Araújo

A cirurgia endovascular entrou definitivamente para o arsenal dos cirurgias vasculares. Sua aplicação maior ou menor em cada centro do país varia de acordo com o acesso aos equipamentos, ao treinamento e com o interesse especial em campos específicos. Assim, alguns serviços a empregam com frequência para um determinado território, outros a desenvolveram em outro setor, e há ainda os que estão na fase de aquisição de equipamentos e habilidades.

É natural que o consenso seja difícil em um campo que está continuamente se desenvolvendo e onde estão sendo usadas técnicas menos invasivas para resolver situações para as quais já existia uma técnica clássica e consagrada.

Sobre algumas questões levantadas no fórum, chegou-se a um consenso. Outras suscitaram opiniões divergentes, dentro da mesma Regional ou entre Regionais. O fórum de discussão nacional, realizado no Rio de Janeiro em 5 de maio, com a presença da maioria dos relatores regionais, conseguiu dirimir algumas divergências através da procura de posições intermediárias que exprimissem a opinião da maioria. Em vários tópicos, porém, opiniões opostas permaneceram.

Na difícil tarefa de relatar as conclusões de um fórum tão profícuo, a coordenação científica decidiu que, onde não se chegou à unanimidade, as diferentes opiniões seriam relatadas. Assim, o relatório final, que segue, tenta refletir a realidade, ou seja, o consenso, onde existiu, e a falta dele, onde houve divergência.

Regionais participantes = 21 estados

Acre, Alagoas, Bahia, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Maranhão, Paraná, Paraíba, Pará, Piauí, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Recife, Santa Catarina, Sergipe, Espírito Santo, São Paulo.

Regionais não participantes = três estados

Amazonas, Ceará, Tocantins.

Módulo I – Isquemia de membros inferiores

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

Os relatórios regionais em 15 estados respondem categoricamente que não, ou seja, que a indicação é clínica e que apenas depois de indicada a intervenção deve-se tomar a decisão de qual técnica empregar – endovascular ou aberta.

Seis estados manifestaram opiniões particulares sobre este assunto:

Espírito Santo – Sim.

Distrito Federal – Não, exceto em alguns pacientes selecionados. Por exemplo, pacientes com comprometimento de artéria ilíaca, principalmente jovens.

Pernambuco – Não, no caso de lesões abaixo do ligamento inguinal. “Aceitamos, porém, que em casos de lesões ilíacas poderíamos indicar o procedimento em claudicantes”.

Mato Grosso do Sul – No segmento fêmoro-poplíteo não. Para o segmento ilíaco sim, pois a indicação deve ser antecipada de acordo com a necessidade do paciente (atividade física e profissional) e evolução da claudicação.

Alagoas – Sim, se a claudicação for limitante.

Rio Grande do Norte – “A cirurgia de claudicação continua com sua indicação para casos do tipo limitante, já a abordagem endovascular poderá alcançar um espectro maior de atuação”.

2. Qual o papel da angioplastia transluminal nas obstruções femoropoplíteas?

A maioria das opiniões convergem para a posição de que a angioplastia tem algum papel apenas nas obstruções femoropoplíteas ateroscleróticas quando são de curta extensão, acima do joelho, em casos de claudicação limitante ou isquemia crítica.

Na reunião final das regionais ficou claro que a angioplastia deve ser oferecida ao paciente nesses casos, como alternativa, com explicação sobre suas limitações.

Módulo II – Aneurismas da aorta

1. A correção endoluminal de aneurisma da aorta abdominal só deve ser indicada em pacientes de alto risco?

Dos relatórios dos fóruns estaduais não foi possível obter um consenso nacional sobre a resposta a esta pergunta.

Algumas regionais, em seus relatórios, preferiram considerar a indicação como preferencial a pacientes de alto risco, estendendo-se em mais considerações sobre o assunto, o que resulta da multiplicidade de opiniões. Resumimos abaixo a posição destas:

Rio de Janeiro – *Preferencialmente*, mas se a anatomia for favorável, pode ser aplicada em pacientes de baixo risco e idade menos avançada, desde que os dois procedimentos sejam a eles oferecidos. (Um dos debatedores opinou que o paciente com risco proibitivo não deveria ser operado por nenhuma técnica, considerando que na cirurgia endovascular há sempre o risco de conversão para cirurgia convencional.)

Mato Grosso – *Normalmente* é indicada para pacientes de alto risco. De acordo com a avaliação cardiológica deve ser escolhido o procedimento mais breve e menos agressivo ao organismo.

Pernambuco – Sim, mas ressalva que “também poderiam ser referidos para cirurgia endovascular casos seletivos”. A regional enfatiza que a indicação deve ser feita sempre por um cirurgião vascular com experiência em cirurgia dos aneurismas da aorta.

Rio Grande do Norte – Sim, mas ressalva que “não se pode privar o paciente da escolha de procedimentos menos invasivos e com critérios estabelecidos na sua indicação”.

Rio Grande do Sul – Deve ser indicado para pacientes de alto risco, embora sua indicação possa ser estendida a pacientes de risco moderado, especialmente quando a anatomia for favorável.

Em três regionais a resposta foi não, mas também estas acrescentaram posições específicas que merecem menção:

Minas Gerais – Não. Deve ser indicada sempre que o paciente for de alto risco, mas não deve ser restrita apenas a estes.

Piauí – Não. “A tendência é de que as indicações do tratamento endovascular para aneurismas da aorta sejam cada vez mais liberais, à medida que o método ganha a confiança dos cirurgiões. Se tudo começou com Parodi, que inicialmente indicava o tratamento endovascular apenas para pacientes de alto risco, há hoje os que propõem a técnica para pacientes no outro extremo (baixo risco, boa expectativa de vida e aneurismas menores). Na nossa opinião, a indicação cirúrgica endovascular para aneurismas de menor diâmetro, a partir de 4 cm, está justificada, pois a relação de risco de ruptura/risco cirúrgico se altera, favorecendo uma indicação mais precoce”.

São Paulo – Não. A correção endoluminal deve ser *recomendada* para pacientes de alto risco, enquanto a cirurgia convencional deve ser *recomendada* para pacientes de baixo risco. Porém, a indicação final deve ser feita caso a caso, considerando, entre outros fatores, o desejo do paciente e sua disposição em fazer acompanhamento periódico por toda a vida.

Em um dos estados (**Bahia**) não houve consenso sobre esta questão. “Uns acreditam que só deva ser indicada em pacientes de alto risco, enquanto outros consideram que em pacientes de alto risco nenhuma operação deve ser tentada, devido à possibilidade sempre presente de conversão cirúrgica.”

A resposta foi *sim* (sem ressalvas) nas regionais do **Pará, Sergipe, Rio Grande do Norte, Alagoas, Mato Grosso do Sul, Goiás, Maranhão, Distrito Federal, Paraíba, Espírito Santo e Paraná/Santa Catarina**.

Na reunião final das regionais o assunto foi novamente discutido com as representações dos estados, e a maioria concordou que a técnica endovascular é *preferencialmente recomendada* para pacientes de alto risco, mas pode ser oferecida a pacientes de baixo risco, desde que a anatomia seja favorável, o paciente tenha a oportunidade de ser informado sobre os dois métodos (endoluminal e convencional) e, principalmente, tenha possibilidade e disposição para o seguimento periódico a longo prazo. Foi consenso, nessa reunião, que a palavra *só*, contida na pergunta, faz com que a resposta, se positiva, signifique que não é correta a indicação em nenhum caso em pacientes de baixo risco, o que não representava a opinião da maioria do plenário.

2. *Em caso positivo, qual o critério para alto risco?*

Apesar de não haver consenso sobre a primeira questão do módulo, todas as regionais (em caso positivo, em caso negativo e em caso de não haver consenso) opinaram, em tese, sobre os critérios de alto risco cirúrgico para a cirurgia aberta do aneurisma da aorta.

Nas reuniões das regionais, e também na reunião nacional, o critério mais aceito foi o da Associação Americana de Anestesiologia (ASA). Diversas regionais incluíram outras condições que caracterizam alto risco: idade avançada, ICC grau IV, DPOC grave, nefropatia, insuficiência hepática avançada, IAM com período inferior a 6 meses, insuficiência coronariana grave, menor tolerância ao estresse fisiológico da cirurgia convencional de aneurisma, indicação de revascularização coronariana, creatinina sérica >3 e/ou insuficiência respiratória.

3. *A correção endoluminal do aneurisma da aorta deve ser considerada hoje como procedimento experimental?*

Nesta questão, embora não haja unanimidade, as opiniões apresentam uma nítida tendência a uma resposta negativa.

A maioria dos cirurgiões vasculares de 14 estados (Acre, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Distrito Federal, Pernambuco, Paraná, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Piauí, Pará e São Paulo) acredita que a técnica *não* é mais considerada experimental. A regional de Goiás opina que a técnica está em evolução. Diversos outros relatórios mencionam o fato de a técnica estar em evolução, ressaltando que isto difere de ser considerada experimental.

Em um estado (Rio Grande do Sul) não houve consenso quanto a esta pergunta, e em cinco estados (Paraíba, Maranhão, Bahia, Alagoas e Sergipe) a técnica foi considerada experimental.

Na reunião geral das representações regionais prevaleceu também a posição de que se trata de uma técnica que está evoluindo, porém já não sendo considerada experimental.

Módulo III - Carótidas

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?*

A maioria dos estados (12) respondeu que não se pode considerar hoje a angioplastia da carótida, para a situação proposta na pergunta, como sendo tão segura e eficaz quanto a endarterectomia, pois faltam dados científicos para tal conclusão. Esta foi a opinião contida nos relatórios da Paraíba, Mato Grosso, Minas Gerais, Sergipe, Espírito Santo,

Maranhão, Distrito Federal, Paraná, Santa Catarina, Goiás, Rio Grande do Sul, São Paulo e Alagoas.

Quatro estados (Mato Grosso do Sul, Bahia, Pará e Rio Grande do Norte) responderam também que não, acrescentando a opinião de que a angioplastia hoje apresenta mais riscos do que a endarterectomia.

Dois estados responderam que sim, alguns com ressalvas:

Rio de Janeiro: Sim, com a ressalva de que aguarda o resultado de estudos multicêntricos em curso.

Pernambuco: com o advento da proteção cerebral, podemos considerar a angioplastia com *stent* de carótida tão eficiente quanto a endarterectomia. No entanto, isto só é verdade nos trabalhos realizados por radiologistas. Quando os trabalhos são realizados por equipes multidisciplinares ou de cirurgões vasculares, parece que os resultados são discrepantes.

O estado do Piauí considerou não ter experiência com o método, mas acreditar que o método pode ter eficiência e superioridade em casos selecionados.

A regional do Acre respondeu sim.

Diversos relatórios enfatizaram a importância da angioplastia em casos distintos daquele contido na pergunta, tais como re-estenoses, pescoço hostil e lesões inacessíveis.

Na reunião geral ficou claro que a grande maioria dos cirurgiões vasculares não acredita que a angioplastia da carótida seja, hoje, tão segura e eficaz quanto a endarterectomia. Foi também enfatizada a necessidade de proteção cerebral.

Quanto à segunda pergunta, todas as regionais responderam que sim. Porém, quatro delas fizeram a ressalva de que o procedimento já não pode ser considerado como experimental. Esta opinião foi corroborada na reunião geral dos estados, concluindo portanto que o consenso do VII Fórum permanece atual, com exceção do caráter experimental do método, que já não existe.

Módulo IV - Exercício profissional

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

Nas regionais de Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Espírito Santo, Paraíba e Pernambuco a maioria acredita que sim. Na regional de Sergipe as opiniões se dividiram.

A resposta dos outros 15 estados a esta pergunta foi não. Estes acreditam que a cirurgia endovascular é mais um arsenal terapêutico que a cirurgia vascular possui para oferecer a seus pacientes. Cursos de formação em endovascular supervisionados pela sociedade, disponíveis a profissionais, foram sugeridos como a melhor alternativa de solução pelos que votaram não. A regional de São Paulo ressaltou a posição de que os

cirurgiões vasculares podem lançar mão de técnicas endoluminais para tratar seus pacientes vasculares sem necessidade de licença especial, mas que isto não os credencia a outros procedimentos, tais como aneurismas cerebrais, hipertensão portal ou embolização uterina.

Este assunto suscitou grande debate na reunião final com os representantes dos estados. Na ocasião foram discutidas informações que não estavam disponíveis quando da realização dos fóruns regionais, tais como a divulgação da lista de áreas de atuação em cada especialidade, pela AMB. O Presidente Nacional da SBACV enfatizou que, embora a opinião da maioria seja a de que não é necessária uma certificação especial, esta pode vir a ser exigida pela AMB para a realização destes procedimentos.

Trata-se de um tópico que deve ser objeto de discussão da diretoria durante os próximos meses, à medida que novos fatos vierem a ocorrer.

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

Todos foram unânimes em concordar que o cirurgião vascular deve participar ativamente de todos os passos do diagnóstico e tratamento, preferencialmente liderando a equipe. A justificativa foi a de que o cirurgião vascular é o único especialista que conhece suficientemente a patologia vascular para orientar condutas, acompanhar pacientes e tratar complicações.

Dezesseis estados afirmaram categoricamente que o cirurgião vascular não pode se abster de tratar complicações de procedimentos realizados por outros, na maioria lembrando o Código de Ética Médica, Art. 35, e a Resolução CFM n°1246/88. As regionais da **Paraíba, Distrito Federal e Bahia** opinaram que ele pode se recusar, se não tiver nenhum vínculo com o paciente, o hospital e a equipe que realizou o procedimento, mas respeitando as disposições do Código de Ética Médica.

Na reunião geral foi ressaltada a recomendação da regional de São Paulo de que, nesses casos, sob nenhum argumento o trabalho do cirurgião vascular deixe de ser remunerado.

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?

Nessa questão também houve unanimidade. Apenas o médico que solicitou o exame e, portanto, tem conhecimento da história e evolução do paciente, pode fazer qualquer indicação terapêutica, ou mesmo de acréscimo de procedi-

mentos diagnósticos. Aquele que solicita um exame diagnóstico é o condutor do caso, o responsável pela conduta e o médico no qual o paciente depositou sua confiança.

Algumas regionais ressaltaram, porém, que em alguns casos, ao solicitar o exame, o cirurgião vascular pode discutir com seu paciente possíveis alternativas de tratamento no mesmo ato. Nesse caso, deve estar acessível no momento da realização do diagnóstico, para tomar conduta se necessário. Isto pode poupar uma segunda punção, com seus riscos e desconforto para o paciente.

O ideal é que o cirurgião vascular possa acompanhar o exame diagnóstico, ou fazê-lo, para que a conduta possa ser tomada de imediato, sempre tendo sido discutidas as possibilidades com o paciente, previamente.

Conclusão

O relatório final deste fórum é uma síntese das reuniões realizadas nas 21 regionais citadas e que foi discutida em uma assembléia realizada no Rio de Janeiro. Esta assembléia foi aberta aos associados e contou com presença do presidente da SBACV, dos presidentes das regionais, sendo moderada pelo diretor científico do fórum e a coordenadora nacional.

Esta discussão teve como ponto positivo a conscientização dos cirurgiões vasculares para o momento que atravessamos no que diz respeito ao posicionamento de nossa especialidade quanto aos procedimentos endovasculares. E, além disso, serviu para demonstrar que a união é nossa forma de fortalecimento.

Referências

1. Biasi GM. Is it time to reconsider the selection criteria for conventional or endovascular repair of carotid artery stenosis in the prevention of cerebral ischemia? *J Endovasc Ther* 2001;8(4):339-40.
2. Brewster DC. Presidential address: What would you do if it were your father? Reflections on endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* 2001;33(6):1139-47.
3. Cuypers PWM, Gardien M, Buth J, Peels CH, Hop W, Laheij RJF. Cardiac response and complications during endovascular repair of abdominal aortic aneurysms: A concurrent comparison with open surgery. *J Vasc Surg* 2001;33(2):353-60.
4. Ouriel K, Kent KC. The role of the vascular surgeon in endovascular procedures. *J Vasc Surg* 2001;33(4):902-3.
5. Stanley B, Teague B, Raptis S, Taylor DJ, Berce M. Efficacy of balloon angioplasty of the superficial femoral artery and popliteal artery in the relief of leg ischemia. *J Vasc Surg* 1996;23(4):679-85.
6. Stanley BM, Semmens JB, Mai Q, et al. Evaluation of patient selection guidelines for endoluminal AAA repair with the Zenith Stent-Graft: The Australasian experience. *J Endovasc Ther* 2001;8(5):457-64.