



COMENTÁRIO EDITORIAL

Comentário a «Tempos de espera na endarterectomia carotídea: experiência institucional e estratégias de melhoria»



Comment to “Time Delays on Carotid Endarterectomy: institutional experience and improvement strategies”

José Fernandes e Fernandes

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Diretor do Serviço de Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

O papel da endarterectomia da bifurcação carotídea no tratamento da estenose sintomática e prevenção do acidente vascular cerebral (AVC) foi claramente evidenciado desde os estudos randomizados ECST e NASCET, publicados na década de 80 do século passado. E os resultados mais recentes – estudos ICSS, EVA-3S e SPACE – confirmaram a superioridade da endarterectomia sobre o tratamento endovascular na prevenção do AVC. No próprio estudo CREST, essa superioridade da cirurgia é claramente evidenciada quando foram apreciados como *outcomes* a mortalidade e a taxa de AVC.

A publicação do Oxford Vascular Study, em 2004, permitiu evidenciar que o risco de recorrência de AVC na presença de uma estenose carotídea sintomática era significativamente maior nas 2 primeiras semanas após o episódio neurológico inicial e, em particular, na primeira semana, em que a possibilidade de ocorrência de AVC variava entre 8-12% (Coull, BMJ, 2004).

Uma das conclusões deste estudo foi a constatação que a otimização da eficácia da intervenção terapêutica preventiva do AVC seria máxima no período de maior risco neurológico; a contrapartida para essa atuação era que não

houvesse incremento da mortalidade e da morbidade neurológica.

De facto, um dos riscos potenciais da intervenção precoce sobre a lesão carotídea seria a transformação hemorrágica potencial de enfarte cerebral isquémico, como, aliás, é referida por Rodrigues et al. neste interessante estudo sobre o intervalo de tempo entre a ocorrência de sintomas neurológicos e intervenção terapêutica sobre a lesão carotídea apropriada, numa instituição terciária e de referência em Portugal.

Eckstein et al. (JVS, 2002) demonstraram que, num grupo de 157 doentes com disfunção neurológica estável e submetidos precocemente a endarterectomia carotídea (CEA), o risco de conversão hemorrágica diagnosticada em TAC cerebral era de 6,4%, mas teve significado clínico apenas em 0,4% dos doentes. Esta observação e outras subsequentes, publicadas durante a primeira década do século XXI, foram decisivas para a implementação de estratégias de intervenção terapêutica precoce na estenose carotídea sintomática, como foi acentuado nas *guidelines* publicadas pela ESVS e outras sociedades científicas, e subsequentemente confirmadas nas normas de orientação terapêutica publicadas pelo NICE, no Reino Unido.

Rodrigues et al. procuraram estudar a realidade numa instituição hospitalar terciária, integrada no maior grupo hospitalar do país e integrando a prestação de serviços de

DOI do artigo original:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ancv.2015.07.004>

Correio eletrónico: jff@me.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ancv.2016.03.002>

1646-706X/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

urgência numa vastíssima área de referência, correspondente a uma parte da ARSLVT e os distritos de Portalegre, Évora, Beja e Faro; constitui um contributo positivo e útil para o conhecimento da realidade portuguesa, e alguns dos dados por eles apresentados oferecem matéria de reflexão que me parece indispensável.

A primeira reflexão é sobre o padrão de referência. De facto, a análise dos dados é muito elucidativa. A referência dos doentes a partir de centros de referência primários – presume-se, centros de saúde – foi apenas de 5% dos casos (3 doentes); de consultas de especialidade (Quais? Neurologia também?), 3,3% (2 doentes); 88,4% (53 doentes) provieram diretamente do serviço de urgência. Isto é, a esmagadora maioria dos doentes com sintomas neurológicos associados a uma estenose carotídea só tiveram a referência adequada para um serviço especializado após ida ao serviço de urgência, o que poderá explicar a elevada frequência de AVC (76,6%) vs. acidente isquémico transitório (AIT) (20%) observada na série de doentes. No manuscrito, os autores não mencionam se nestes doentes, cuja forma de apresentação clínica foi AVC (défice neurológico estabelecido com mais de 24h de duração), este AVC teria sido precedido de isquemia transitória. Seria uma observação muito interessante e útil.

Esta é, na minha opinião, uma questão essencial: aumentar a «*awareness*» dos doentes, dos médicos e das instituições de saúde para a importância das manifestações clínicas de isquemia cerebral transitória, hemisférica e ocular, como sinal avisador dum risco neurológico acrescido de AVC. A criação de consultas vocacionadas para o reconhecimento do AIT, no âmbito dos serviços de neurologia (como no HSM-CHLN) e porventura de medicina, incluindo nos centros de saúde, pode ser relevante.

É o princípio, a base fundamental duma estratégia consequente de intervenção precoce e eficaz!

A implementação duma estratégia de diagnóstico e orientação terapêutica é também fundamental e são muito válidas as observações dos autores, nomeadamente as dificuldades institucionais que geram *atraso diagnóstico e cirúrgico*, e sobre os quais poderemos ter uma atuação direta. Na prática atual, e após avaliação clínica e neurológica adequadas, a realização de exame EcoDoppler e Doppler transcraniano associado ao TAC cranioencefálico são, na generalidade, considerados suficientes para a indicação de CEA, minimizando assim a necessidade de duplicação de exames de confirmação diagnóstica. Realidade diferente é configurada pela intervenção endovascular, onde imagem completa do arco aórtico e dos troncos supra-aórticos parece ser fundamental na seleção dos doentes para angioplastia e *stenting* carotídeo (CAS). Creio que não oferecerá contestação que um centro hospitalar

vocacionado para receber emergências neurológicas deve proporcionar o diagnóstico do tipo, extensão, localização do AVC e sua etiologia num período inferior a 48h, e esse objetivo é fundamental integrar numa estratégia de otimização terapêutica.

Meta-análise dos estudos recentes (Naylor et al., on behalf of Carotid Stenting Trialists Cooperation, 2011) evidenciou a clara superioridade da CEA sobre CAS em relação à redução de morte e AVC, e outras investigações recentes acentuaram o maior risco de AVC precoce (*peri-procedural*) associado a CAS nos doentes sintomáticos. De facto, neste grupo de doentes, o risco combinado de AVC e morte (*stroke/death*) parece variar entre 5,1-10,1%, consoante a experiência do centro onde foi realizado o tratamento (dados apresentados na European Stroke Conference, realizada em Londres, em maio de 2013).

Os resultados apresentados pelos autores, em relação ao tempo que medeia entre o diagnóstico e a cirurgia, enquadram-se na experiência reportada na literatura e merecem, por isso, aplauso. Também nesta série, como na nossa experiência oportunamente comunicada, não houve incremento do risco cirúrgico, inferior a 2%, o que é excelente.

Na experiência reportada por G. Rodrigues et al., 20 doentes foram submetidos a CAS para tratamento de estenose carotídea sintomática e seria muito interessante saber os seus resultados. Certamente, será objeto de um outro artigo, para nos ajudar a clarificar a realidade nacional e a poder ter uma visão mais objetiva e informada sobre a nossa atividade.

Este trabalho é um contributo necessário e indispensável para o conhecimento da nossa realidade. Concorro com os autores na necessidade de reduzir tempos de espera, evitar duplicações desnecessárias de exames, sinergias na otimização de alguns exames e criação de condições de atuação rápida neste tipo de doentes, estendendo o conceito de «*Via Verde* do AVC» também à cirurgia vascular.

Tudo isso é importante e fundamental, mas creio que teremos que fazer um esforço no sentido de aumentar a capacidade de intervenção da medicina ambulatória – centros de saúde –, de modo a reduzir o peso demasiado hospitalocêntrico do sistema de saúde, e, simultaneamente, promover o reconhecimento dos quadros de disfunção neurológica transitória – AIT – como passo essencial para uma intervenção terapêutica eficaz e oportuna.

No estado atual, a CEA parece continuar a ser a melhor alternativa, mas é fundamental que conheçamos toda a realidade e tenhamos acesso aos dados da intervenção endovascular na estenose sintomática, que, aparentemente, é praticada em alguns centros como primeira opção.