

NOTA TÉCNICA 3236**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

SOLICITANTE: MM. JUIZ de Direito Dr. José Carlos de Matos

PROCESSO Nº.:50211905920228130313

CÂMARA/VARA: 2º JD - Juizado Especial Ipatinga

COMARCA: Ipatinga

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: ESS

IDADE: 45 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Lucentis ou Eylia

DOENÇA(S) INFORMADA(S): H 171

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Injeções intravítreas de antiangiogênico a fim de controlar o edema macular cistoide no OE

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG-30926

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0003236

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

a. O medicamento/tratamento postulado tem indicação de bula do fabricante para o tratamento proposto? Está aprovado pela ANVISA para ser comercializado no Brasil no uso proposto? b. Há pedido de inclusão do medicamento/tratamento no rol de medicamentos da ANS? Se já foi analisado o pedido, qual a conclusão do parecer? c. Todas as alternativas terapêuticas atualmente disponíveis no rol da ANS já foram tentadas? em caso negativo, qual é tratamento ainda não tentado? Há contraindicação ao tratamento não tentado levando-se em conta as demais condições clínicas do paciente? d. Há evidência científica de que o uso do medicamento/tratamento postulado tem resposta satisfatória e/ou superior

aos tratamentos disponíveis no rol de medicamentos da ANS? e. O uso do medicamento postulado impõe risco à saúde do paciente (efeitos colaterais severos, comorbidades, toxicidade etc.)? f. Quais os riscos para o paciente com o diagnóstico acima que não trata adequadamente a doença? Há risco de morte? g. Outras informações consideradas úteis na análise jurídica do caso.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

O edema macular cistoide (EMC) pseudofácico, também conhecido como síndrome de Irvine Gass, é uma das possíveis causas de baixa acuidade visual após cirurgia de catarata. Apesar dos avanços na cirurgia de catarata, com microincisão e novas técnicas de facoemulsificação, o EMC pode ocorrer mesmo em cirurgias não complicadas. A incidência de EMC aumenta na vigência de complicações cirúrgicas. Dentre estas, destacam-se a ruptura de cápsula posterior, perda vítrea, presença de vítreo encarcerado na incisão, restos de fragmentos corticais no vítreo, trauma iriano, deslocamento da lente intra-ocular, fixação iriana ou lente intra-ocular de câmara anterior e capsulotomia posterior precoce. O EMC clínico surge, em média, dentro de 4 a 6 semanas após a cirurgia. A maioria dos pacientes se apresenta com redução da acuidade visual e espessamento macular, observado pela biomicroscopia de segmento posterior. A angiografia fluoresceínica pode auxiliar demonstrando extravasamento dos capilares perifoveais (padrão petalóide), desde as fases precoces, além de telanectasias e dilatação capilar. A impregnação do nervo óptico é freqüente e importantíssimo no diagnóstico diferencial de outras causas de EMC. A tomografia de coerência óptica (OCT) tem sido amplamente utilizada e apresenta boa sensibilidade para detecção do edema macular. Neste exame, podem ser observadas lesões hiporreflexivas compatíveis com líquido intrarretiniano, perda da depressão foveal e espessamento retiniano. A OCT também é útil em demonstrar outras

alterações na interface vítreoretiniana, como membranas epirretinianas e buracos lamelares, que podem influenciar no prognóstico .

Após a cirurgia de catarata, os pacientes fazem acompanhamento no dia seguinte ao procedimento, depois com uma semana e com um mês, para monitorizar as complicações e a adequada cicatrização. Corticosteróides ou antiinflamatórios não esteróides tópicos (AINES), por exemplo, ketololac, nepafenac, bromfenac, são freqüentemente prescritos no pós-operatório, com a evidência sugerida que os AINES são mais efetivos que os corticóides na supressão do edema macular cistóide, que pode ocorrer em 1,5% dos casos. Entretanto, esta prática não é baseada em evidência. O objetivo do tratamento é conter a cascata inflamatória, que leva à quebra da barreira hematorretiniana, com conseqüente acúmulo de fluido intrarretiniano. Estudo de revisão narrativa (considerado estudo de baixa evidência científica) discutiu os mecanismos, eficácia clínica e efeitos colaterais das diversas modalidades de tratamento de edema macular cistóide após facectomia. Antiinflamatórios não esteróides e corticóides são amplamente usados e quando em combinação podem ter um efeito sinérgico. Corticóides intra-vitreos e antiangiogênicos (anti-VEGF) têm demonstrado ser agentes promissores quando o tratamento tópico falha ou apresenta efeitos limitados. No entanto, ensaios clínicos randomizados (estudos com maior poder de evidência) com a utilização de antiangiogênicos são necessários para completa avaliação dos riscos e benefícios.

No caso em tela trata-se de EMC pós trauma que apresenta fisiopatologia semelhante do “trauma” pela cirurgia de catarata e portanto tratamento semelhante.

IV – CONCLUSÃO

- ✓ O processo inflamatório parece ser o principal fator causal do edema. São considerados fatores de risco complicações cirúrgicas,

doenças retinianas prévias, diabetes, uveítes e uso de colírios de prostaglandinas.

- ✓ O diagnóstico é feito clinicamente, mas a angiografia fluoresceínica e a tomografia de coerência óptica também são ferramentas importantes para detectar o edema e auxiliar no diagnóstico diferencial..
- ✓ O tratamento inicial é realizado com associação de corticoide e anti-inflamatório não hormonais tópicos.
- ✓ Os casos crônicos e refratários têm diversas alternativas de tratamento, sendo o uso de triancinolona e antiangiogênicos intravítreos as mais utilizadas.
- ✓ A medicação solicitada está bem indicada para doença informada;

V - REFERÊNCIA:

- ✓ Profilaxia e tratamento do edema macular cistoide após cirurgia de catarata CARRICONDO, Pedro C. ABALEM, Maria Fernanda;MACHADO, Cleide Guimarães KARA-JUNIOR,REVISTA BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA, v.74, n.2, p.113-118, 2015
- ✓ <https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/10687>

VI – DATA: 06/12 /2022

NATS JUS TJMG

