

Data: 31 /01 /2014

NTRR 22/2014'

Medicamento	x
Material	
Procedimento	
Cobertura	

Solicitante:

BERNADETE PORTUGAL SIMÃO

Número do processo: 0001041-06.2014.8.13.0444

Réu: Estado de Minas Gerais

TEMA: Aneurisma cerebral não-roto

Sumário

1. Resumo executivo.....	2
2. Conclusão	2
2.1.....	2
2.2. Recomendação	2
3. Análise da solicitação.....	2
3.1. Pergunta clínica estruturada	3
3.2. Contexto 1	3
3.3. Descrição da tecnologia a ser avaliada.....	3
3.4. Disponibilidade no SUS.....	3
4. Resultados ⁴	4
5. Conclusão	5
6. Referências	5

1. RESUMO EXECUTIVO

2. CONCLUSÃO

Nem todo aneurisma cerebral deve ser tratado.

Para indicar qualquer tratamento é preciso saber:

A idade da paciente

Tamanho do aneurisma

Sintomas que o paciente apresenta

Se há história prévia de aneurisma cerebral roto na paciente ou na sua família.

No paciente em questão, não sabemos a história familiar, mas o aneurisma é grande e de colo largo, o que justifica seu tratamento.

O tratamento oferecido pelo SUS é o tratamento cirúrgico.

O tratamento endovascular pode ser realizado se o paciente não tem condições cirúrgicas, mas apenas em centros especializados com grande experiência no procedimento.

2.1.

2.2. RECOMENDAÇÃO

O tratamento oferecido pelo SUS é cirurgia.

O tratamento proposto não é oferecido pelo SUS e pode ser realizado se o paciente não tem condições cirúrgicas.

O tratamento não é de urgência.

3. ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO

Trata-se de ação ordinária, com pedido de antecipação de tutela, manejada por J.A.V.B., portador de aneurisma cerebral não-roto CID 167.1 e CID 10 — necessitando implantar 02 { dois) stents Intracranianos e micro cateter.

Comprova ser idoso e hipossuficiente e, de outra banda, esclarece que o procedimento cirúrgico e os aparatos técnicos não têm a cobertura do SUS. O exame de imagem relata aneurisma sacular de 15 mm com colo largo, associado a um pequeno aneurisma.

Solicito informações técnicas para apreciação da medida antecipatória requerida.

3.1. PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

População: Paciente portador de aneurisma cerebral não roto

Intervenção: stent intracerebral

Controle: Não intervenção, tratamento cirúrgico

Desfecho: Melhora da qualidade de vida, menor risco de ruptura.

3.2. CONTEXTO 1

A verdadeira prevalência de aneurisma intra-cerebral é desconhecida, mas tem sido estimado entre 1-6% da população, com predomínio nos pontos de bifurcação arterial nas artérias do polígono de Willis. Indivíduos com outras vasculopatias, doenças do tecido conjuntivo ou dissecção arterial prévia, têm maior incidência de aneurismas, sendo que o mesmo é múltiplo em 10-30% dos casos. A maioria dos aneurismas não causa sintomas até romperem, quando então estão associados à significativa morbidade e mortalidade.

3.3. DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA

A abordagem intraluminal consiste na cateterização da artéria à qual o aneurisma está ligado e inserção das micro-molas no lúmen do aneurisma com a intenção de formar um trombo no local e conseqüente obliteração do saco. Quando o aneurisma tem colo largo, pode em alguns casos ser tentado o stent.

3.4. DISPONIBILIDADE NO SUS

Não.

O SUS oferece o tratamento cirúrgico para aneurismas grandes e micromolas para aneurismas pequenos.

4. RESULTADOS ⁴

O melhor tratamento para aneurisma não roto assintomático é atualmente desconhecido. Existem três abordagens para pacientes com aneurisma não roto: observação com métodos de imagem, clipagem cirúrgica e terapia endovascular com micromolas. O manejo mais adequado dependerá do tamanho do aneurisma, da sua localização e das condições clínicas do paciente.

Há poucos estudos que compararam os desfechos do tratamento versus observação em pacientes com aneurisma intracraniano não roto. Serão descritos estudos observacionais (coortes contemporâneas e históricas), meta-análises destes estudos e diretrizes nacionais que avaliaram separadamente o risco de ruptura de um aneurisma não roto durante o seguimento e o risco de morte ou incapacidade de pacientes submetidos a intervenção (clipagem ou embolização por micromolas).

Como resumo das informações contidas na literatura:

- 1) Indivíduos assintomáticos, com aneurismas intracranianos <7mm de diâmetro e sem história prévia de ruptura de aneurisma intracraniano apresentam incidência de ruptura muito baixa (0,1%/ano), não havendo evidências que suportem o manejo intervencionista (cirúrgico ou endovascular) nestes casos.
- 2) Indivíduos sintomáticos, com aneurismas ≥ 7 mm de diâmetro ou com história prévia de ruptura, apresentam risco de nova ruptura e, conseqüente, morbimortalidade semelhante àquela causada pelos procedimentos terapêuticos. Nestes casos, a decisão pelo manejo conservador ou pela intervenção deve levar em conta o desejo do paciente, os resultados do tratamento no local onde o paciente será tratado e fatores adicionais associados a maior ou menor risco de ruptura. Entre os fatores associados a maior risco estão: idade maior de 60 anos, sexo feminino, descendentes de Japoneses ou Finlandeses, localização na circulação posterior (artéria basilar, artéria vertebral e artéria cerebral posterior). Mesmo considerando estes aspectos, não há evidências que permitam definir de forma inequívoca a melhor conduta nestes pacientes.
- 3) Nos casos de aneurismas intracranianos não rotos para os quais se opta pelo manejo intervencionista (cirurgia aberta com clipagem ou endovascular

com micromolas), as evidências não demonstram nitidamente superioridade de um método sobre o outro.

5. CONCLUSÃO

Nem todo aneurisma cerebral deve ser tratado.

Para indicar qualquer tratamento é preciso saber:

A idade da paciente

Tamanho do aneurisma

Sintomas que o paciente apresenta

Se há história prévia de aneurisma cerebral roto na paciente ou na sua família.

No paciente em questão, não sabemos a história familiar, mas o aneurisma é grande e de colo largo, o que justifica seu tratamento.

O tratamento oferecido pelo SUS é o tratamento cirúrgico.

O tratamento endovascular pode ser realizado se o paciente não tem condições cirúrgicas, mas apenas em centros especializados com grande experiência no procedimento.

6. REFERÊNCIAS

1. Brisman JL, Song JK, Newell DW. Cerebral aneurysms. N Engl J Med 2006; 355(9): 928-39.
2. Martins HS; Brandão Neto RA; Scalabrini Neto A, Velasco IT. Emergências clínicas: abordagem prática. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2006.
3. Origitano TC. Current options in clipping versus coiling of intracranial aneurysms: to clip, to coil, to wait and watch. Neurol Clin 2006;24(4): 765-75.
4. Robert JS, Schristopher SO, Guy R. Treatment of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Up To Date On Line versao 15.1. Acesso em 10 set. 2007. Disponível em: http://patients.uptodate.com/topic.asp?file=cva_dise/7006

5. Qureshi AI, Janardhan V, Hanel RA, Lanzino G. Comparison of endovascular and surgical treatments for intracranial aneurysms: an evidence-based review. *Lancet Neurol* 2007;6(9): 816-25.
6. Wiebers DO, Whisnant JP, Huston J, Meissner I, Brown RD, Piepgras DG et al. Unruptured intracranial aneurysms: natural history, clinical outcome, and risks of surgical and endovascular treatment. *Lancet* 2003;362(9378): 103-10.
7. International Study of Unruptured Intracranial Aneurysms Investigators. Unruptured intracranial aneurysms—risk of rupture and risks of surgical intervention. *N Engl J Med* 1998;339(24): 1725–33.