

Data: 27/03/2017

NT 11 NATS HC UFMG 2017 TAVI

Solicitante: MM. Juiz de Direito Sérgio Castro da Cunha Peixoto

4ª Unidade Jurisdicional Cível - Belo Horizonte -MG

Processo 9019672.33.2017.813.0024

Autor: Y.C.S.M.

Ré: Amil Assistência Medica Internacional S/A

Medicamento	
Material	
Procedimento	x
Cobertura	

TEMA: TAVI

Sumário

1.Demanda	2
2.Contexto	5
3.Pergunta estruturada	5
4. Descrição da tecnologia solicitada ²	5
5. Revisão da literatura	6
6.Disponibilidade na ANS/SUS.....	9
7.Recomendação	9
Referências	9

1. Demanda

Prezada equipe NATS

De ordem do MM. Juiz de Direito Sérgio Castro da Cunha Peixoto, solicito a análise técnica do caso pretendido pela promovente Y.C.S.M., CPF 522.771.608-06, no processo número 9019672.33.2017.813.0024, em curso nesta 4ª Unidade Jurisdicional Cível - Belo Horizonte -MG, conforme documentos anexos.

Atenciosamente,

Regina Aparecida Melo Oliveira Pires
Escrivã Judicial

RELATÓRIO MÉDICO

paciente:

Trate-se de paciente para o qual foi indicado o procedimento de implante percutâneo de válvula aórtica (TAVI) como única alternativa.

de tratamento para sua condição clínica.
Este procedimento só é factível com
- utilização de reboco completo de
intex e prótese solicitada para tel.

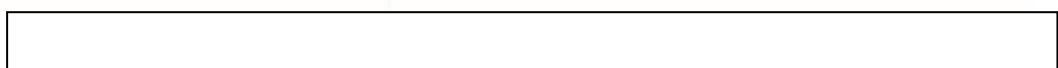
BH, 17/03/2017
006.1.1.19618-6
Esp. 08
Dr. Jamil Abdalla Saad

Avenida do Contorno, 9530 - Barro Preto - CEP: 30110-934 - Belo Horizonte - MG
Central de Atendimento: (31) 3514-7000 - www.feliciorocho.org.br



RELATORIO MEDICO

paciente:



idoso, debilitado e com passado de doença cardíaca (há vários anos) e com intercorrências de AVCs prévios.

seu quadro clínico atual é dominado por grave estenose aórtica calcificada complexa com insuficiência cardíaca.

Estava em preparação para definitiva terapia percutânea, quando a agudização de seu quadro, requereu internação hospitalar estando no leito hospitalar desde o dia 07/02/2017 (segunda-feira).

Foi-lhe indicada a troca valvar por catete (TAVI) como única viabilidade terapêutica, em função de estar contra-indicado a cirurgia convencional.

Janina Sood



2.Contexto

SOBRE A DOENÇA¹

A estenose aórtica é uma doença insidiosa com um longo período de latência, mas que evolui rapidamente após o aparecimento de sintomas.

A estenose aórtica de qualquer causa tem por característica uma redução lenta da área valvar, com piora progressiva e os sintomas surgem geralmente a partir de uma área valvar menor que um centímetro quadrado.

A substituição cirúrgica da valva aórtica é o único tratamento estabelecido para a estenose aórtica grave sintomática. A troca valvar aórtica está associada com melhora de prognóstico e de qualidade de vida. A indicação da cirurgia de troca valvar aórtica, entretanto, deve considerar vários fatores, como as condições clínicas do paciente e a presença de co-morbidades, que influenciam o risco cirúrgico.¹

3.Pergunta estruturada

P – paciente de 83 anos, portadora de estenose aórtica grave

I – TAVI

C – troca valvar convencional, tratamento clínico.

D – melhor resultado clínico, menor morbimortalidade.

4. Descrição da tecnologia solicitada²

O implante por cateter de prótese biológica em posição aórtica foi introduzido em 2002 por Cribier e colaboradores como uma técnica alternativa à cirurgia de troca valvar, para o tratamento dos portadores de estenose aórtica grave sintomática, considerados de alto risco para a cirurgia aberta.

A *MedtronicCoreValve®* consiste numa prótese fabricada a partir de pericárdio de porco, portanto é uma prótese biológica, ou bioprótese. Ela é montada e suturada sobre uma estrutura de nitinol auto-expansível. A dimensão do sistema de disponibilização da prótese

é geralmente 18 *French*, o que facilita o acesso vascular. Atualmente, as próteses disponíveis são de terceira geração e há dois diferentes tamanhos para atender às diferenças nas dimensões do ânulo aórtico: a prótese de 26 mm contempla ânulos valvares aórticos entre 20 e 24 mm e a prótese de 29 mm é apropriada para ânulos valvares entre 24 e 27 mm.

Nome comercial: Existem três valvas de diferentes fabricantes aprovadas para o procedimento de TAVI pela ANVISA: CoreValve® (Medtronic), Sapien® (Edwards Lifescience) e Inovare® (Braile Biomédica) - (ANVISA 17/06/2011; ANVISA 17/06/2011; ANVISA 19/09/2011).

5. Revisão da literatura

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos encontrados	Artigos selecionados
<i>uptodate</i>	"Transcatheter aortic-valve implantation"[All Fields] AND "aortic stenosis"[All Fields]	10	1
PubMed	"Transcatheter aortic-valve implantation"[All Fields] AND "aortic stenosis"[All Fields]	1474	4
<i>National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido (NICE)</i>	"Transcatheter aortic-valve implantation"[All Fields] AND "aortic stenosis"[All Fields]	1	1
<i>Conitec</i>	TAVI	1	1

Kularatna e colaboradores publicaram recentemente estudo de avaliação de tecnologia de saúde realizado na Universidade de Cambridge analisando o custo-efetividade daTAVI

em pacientes com estenose aórtica grave. O estudo incluiu análises de custo-efetividade realizadas no Canadá, Bélgica e Reino Unido. Todos os estudos concluíram que TAVI foi mais cara e menos efetiva para pacientes com alto risco cirúrgico para troca valvar aórtica, embora possa ser útil em pacientes sem possibilidade cirúrgica.³

Leon e colaboradores publicaram um estudo que incluiu portadores de estenose aórtica grave, sintomática (classe funcional II, III ou IV de NYHA) considerados de alto risco para a cirurgia de troca valvar aórtica convencional, randomizados para tratamento com TAVI ou tratamento clínico ou valvoplastia com balão. Foram excluídos pacientes com doença coronariana com indicação de revascularização. O acompanhamento foi de no mínimo um ano, média de 1,6 anos. O estudo apontou resultados promissores quanto à mortalidade para os pacientes idosos (média de idade de 83 anos) portadores de estenose aórtica grave, com alto risco cirúrgico. A extrapolação dos resultados deste estudo deve considerar que o mesmo teve curto período de *follow up* e adotou critérios de exclusão rígidos, o que restringe o benefício a um grupo muito específico de pacientes. Além disto, a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais foi mais alta no grupo TAVI, ainda que a diferença não tenha sido significativa.⁴

Smith e colaboradores publicaram estudo que incluiu 699 pacientes portadores de estenose aórtica grave, sintomática (classe funcional II, III ou IV de NYHA) considerados de alto risco para a cirurgia de troca valvar aórtica convencional, randomizados para cirurgia aberta ou TAVI. Foram excluídos pacientes com doença coronariana com indicação de revascularização. O acompanhamento mínimo foi de 1 ano, média de 1,4 anos. O desfecho principal foi óbito por qualquer causa em 1 ano. A mortalidade foi igual nos dois grupos. Porém, durante os procedimentos ocorreram três mortes no grupo TAVI e uma morte no grupo cirurgia aberta. Dezesesseis pacientes randomizados para TAVI tiveram o procedimento convertido para cirurgia aberta ou tratamento clínico e um paciente randomizado para cirurgia aberta foi encaminhado para TAVI devido à impossibilidade da troca valvar. As complicações neurológicas e vasculares foram maiores no grupo TAVI. Este estudo demonstrou que a substituição valvar aórtica transcaterter, por via transapical ou por via femoral, não foi inferior à substituição valvar aórtica por cirurgia

aberta convencional, para portadores de estenose aórtica grave, com idade maior que 80 anos e considerados de alto risco cirúrgico, durante um seguimento médio de pouco mais de um ano.⁵

Um aspecto relevante demonstrado pelo estudo é o risco significativamente maior de acidentes vasculares cerebrais associados à TAVI em relação ao tratamento por cirurgia convencional. Como as técnicas são semelhantes quanto à mortalidade, o benefício que a TAVI, como método menos invasivo de tratamento, poderia proporcionar, fica muito comprometido pelo risco significativamente mais alto de acidente vascular cerebral. É importante ressaltar que o risco de AVC associado à TAVI foi mais que o dobro do risco associado à cirurgia convencional, sendo 5,5% *versus* 2,4% em 30 dias e 8,3% *versus* 4,3% em um ano, respectivamente.³

As mesmas considerações são válidas para as complicações vasculares maiores: quase quatro vezes mais frequentes com a TAVI do que com o tratamento cirúrgico convencional.

Outra importante limitação deste estudo é o curto tempo de seguimento dos pacientes (pouco mais de um ano).

Biondi-Zocai e colaboradores publicaram recentemente metanálise que incluiu os maiores estudos publicados comparando TAVI e troca aórtica por cirurgia convencional. Em todos os estudos, os pacientes tinham acima de 80 anos. Os autores concluíram que a mortalidade foi a mesma nos dois procedimentos, mas TAVI apresentou maior risco de insuficiência aórtica moderada a grave.⁶

Brabandt e col. publicaram artigo de revisão sobre a TAVI e concluíram que, embora seja uma esperança para casos graves inoperáveis, persistem sérias dúvidas sobre os benefícios e os riscos da TAVI.⁷

Uma revisão sistemática recente não encontrou diferenças significantes entre tratamento cirúrgico e troca transcáteter de valva aórtica para mortalidade ou acidente vascular cerebral, embora a TAVI ainda não tenha seguimento em longo prazo e seja extremamente cara.⁸

Portanto, menores complicações durante o implante da TAVI podem não ser vantajosas devido ao risco posterior de insuficiência aórtica.

Persiste a dúvida: a durabilidade da TAVI em 10 anos será semelhante à durabilidade da valva biológica convencional?

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia (CONITEC) emitiu Relatório de Recomendação para Implante por Cateter de Bioprótese Valvar Aórtica (TAVI) para o Tratamento da Estenose Valvar Aórtica Grave em Pacientes Inoperáveis:

DECISÃO

PORTARIA Nº 2, DE 29 DE JANEIRO DE 2014

Torna pública a decisão de **não incorporar** o implante por cateter de bioprótese valvar aórtica (TAVI) para o tratamento da estenose valvar aórtica grave em pacientes inoperáveis no Sistema Único de Saúde-SUS.

O procedimento não tem cobertura obrigatória no rol da ANS 2015.

6. Disponibilidade na ANS/SUS

O procedimento de implante transcater de valva aórtica não tem cobertura obrigatória pela ANS.

No SUS, o implante transcater de valva aórtica não é realizado.

7. Recomendação

Em concordância com a CONITEC, o NATS não recomenda o implante por cateter de bioprótese valvar aórtica (TAVI) para o tratamento da estenose valvar aórtica.

Referências

1. s: Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP III GR, O’Gara PT, Ruiz CE, Skubas NJ, Sorajja P, Sundt TM III TJ. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2014. doi:10.1016/j.jacc.2014.02.536.
2. CONITEC. TAVI. *Ministério da Saúde*. 2013.
3. Kularatna S, Byrnes J, Mervin MC, Scuffham PA. HEALTH TECHNOLOGY

ASSESSMENTS REPORTING COST-EFFECTIVENESS OF TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION. *Int J Technol Assess Health Care*. 2016;32(3):89-96. doi:10.1017/S0266462316000180.

4. Leon MB, Smith CR, Mack M, et al. Transcatheter Aortic-Valve Implantation for Aortic Stenosis in Patients Who Cannot Undergo Surgery. *N Engl J Med*. 2010;363(17):1597-1607. doi:10.1056/NEJMoa1008232.
5. Smith CR, Leon MB, Mack MJ, et al. Transcatheter versus Surgical Aortic-Valve Replacement in High-Risk Patients. *N Engl J Med*. 2011;364(23):2187-2198. doi:10.1056/NEJMoa1103510.
6. Biondi-Zoccai G, Peruzzi M, Abbate A, et al. Network meta-analysis on the comparative effectiveness and safety of transcatheter aortic valve implantation with CoreValve or Sapien devices versus surgical replacement. *Heart Lung Vessel*. 2014;6(4):232-243. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25436205>.
7. Van Brabandt H, Neyt M, Hulstaert F. Transcatheter aortic valve implantation (TAVI): risky and costly. *BMJ*. 2012;345(jul31 4):e4710-e4710. doi:10.1136/bmj.e4710.
8. Cao C, Liou KP, Pathan FK, et al. Transcatheter Aortic Valve Implantation versus Surgical Aortic Valve Replacement: Meta-Analysis of Clinical Outcomes and Cost-Effectiveness. *Curr Pharm Des*. 2016;22(13):1965-1977. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26891807>.

Anexo 1 – Pirâmide das evidências



Pirâmide da evidência. Fonte: adaptado de Chiappelli et al