

ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS
Nº 488, DE 06 DE MARÇO DE 2017

TRATAMENTO

TRATAMENTO CLÍNICO

Portadores de AAA devem ser aconselhados a parar de fumar e encorajados a procurar tratamento apropriado para hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mérito e outros fatores de risco cardiovasculares.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

O reparo cirúrgico aberto consiste em uma incisão abdominal e a substituição de parte da aorta, lesada pelo aneurisma, por um tubo sintético ou enxerto aórtico, que é suturado no local.

O tratamento endovascular do AAA (*Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair* - EVAR) é uma forma de tratamento do aneurisma de aorta abdominal que é menos invasiva do que a cirurgia aberta. O tratamento endovascular usa uma endoprótese para reforçar a parede da aorta e para ajudar a impedir que a área lesada se rompa. O procedimento consiste na punção da artéria femoral em região inguinal, acesso ao aneurisma através de um fio guia e liberação da endoprótese no interior da aorta, no local do aneurisma.

A organização destas diretrizes se fez em sete tópicos:

1. AAA pequenos
2. AAA grandes
3. AAA inflamatórios
4. AAA saculares
5. AAA sintomáticos
6. AAA inoperáveis
7. AAA rotos

1. ANEURISMAS PEQUENOS

O tratamento invasivo dos AAA tem como relevante critério de indicação o diâmetro do aneurisma.

- AAA menores do que 4,0 cm são considerados muito pequenos, sendo monitorados com exames de imagem regulares.
- AAA maiores do que 5,4 cm têm usualmente indicação de cirurgia aberta ou EVAR.
- AAA entre 4,0 e 5,5 cm são considerados pequenos, e a melhor opção de tratamento foi avaliada de acordo com as evidências atuais.

AAA no sexo feminino: O aneurisma da aorta abdominal é 4 a 6 vezes mais comum em homens do que em mulheres, porém mais de um terço de todas as mortes por AAA ocorrem entre mulheres. As mulheres com AAA apresentam maior taxa de ruptura, mas também maior mortalidade com a cirurgia ou com o tratamento endovascular, não havendo benefício comprovado de intervenção precoce.

Recomendação para pacientes assintomáticos com AAA < 5,5 cm:

Recomendação forte, contrária à cirurgia ou tratamento endovascular em pacientes assintomáticos com aneurismas pequenos (< 5,5 cm).

Os pacientes com AAA entre 4,0 e 5,5 cm devem ser acompanhados com avaliações clínicas e exames de imagem a cada 6 meses.

2. ANEURISMAS MAIORES DO QUE 5,4 CM

A ruptura dos AAA é mais frequente em aneurismas grandes, de crescimento rapidamente progressivo ou com início recente de sintomas. O reparo eletivo é uma opção de tratamento, que, quando indicado com base no tamanho do aneurisma e de acordo com as diretrizes nacionais, é recomendado quando o AAA é maior do que 5,4 cm.

Recomendação forte, a favor da EVAR, nos casos de AAA > 5,4 cm.

3. AAA INFLAMATÓRIOS

O aneurisma da aorta abdominal inflamatório (AAAI) é responsável por 5% a 10% de todos os casos de AAA. Difere do padrão comum da doença aterosclerótica por marcado espessamento da parede do aneurisma, fibrose do retroperitônio e adesão das estruturas adjacentes.

A tríade de dor abdominal ou nas costas, perda de peso e elevados marcadores inflamatórios sistêmicos em pacientes com aneurismas da aorta abdominal é altamente sugestiva de aneurisma inflamatório.

A mortalidade peroperatória de reparo cirúrgico convencional do aneurisma inflamatórios é três vezes maior do que a observada nos casos de aneurisma não inflamatório.

Considerando a falta de evidências, não há recomendação específica para aneurismas inflamatórios. Sugere-se o controle clínico e acompanhamento semelhante aos demais AAA.

INTRODUÇÃO

O diâmetro máximo normal da aorta abdominal é de 2,0 cm. A dilatação da aorta abdominal quando atinge um diâmetro 50% maior do que o esperado, ou 3,0 cm nos adultos, é chamada de aneurisma.

Aneurismas da Aorta Abdominal (AAA) são encontrados incidentalmente com frequência, sobretudo na população idosa, sendo responsáveis por 90% a 95% de todos os casos de aneurisma de aorta. Estima-se que a prevalência dos AAA é de 2% na população com 60 anos de idade e em cerca de 5% após os 70 anos, sendo 2 a 3 vezes mais comum no sexo masculino.

O principal risco relacionado aos aneurismas é a ruptura, evento com alta letalidade. Nos EUA, estimam-se em 15.000 óbitos ao ano nos casos de aneurismas rotos que conseguem chegar ao hospital, e o dobro ou triplo deste número, se incluídos todos os casos de morte súbita que ocorrem fora do ambiente hospitalar.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde foram registradas 8.939 internações hospitalares relacionadas com AAA entre novembro de 2014 e novembro de 2015. A maioria (57,7%) dos procedimentos foi de caráter eletivo, sendo observada alta mortalidade no grupo cirúrgico em relação ao grupo com tratamento endovascular.

PROCEDIMENTOS:

03.03.06.001-8 - Tratamento de aneurisma da aorta.

04.06.01.013-7 - Correção de aneurisma / dissecação da aorta toracoabdominal.

04.06.02.004-3 - Aneurismectomia de aorta abdominal infra-renal.

04.06.02.005-1 - Aneurismectomia toracoabdominal.

04.06.04.015-0 - Correção endovascular de aneurisma / dissecação da aorta abdominal com endoprótese reta / cônica.

04.06.04.016-8 - Correção endovascular de aneurisma / dissecação da aorta abdominal e ilíaca com endoprótese bifurcada.

O escopo destas Diretrizes é definir qual o melhor tratamento - clínico, cirúrgico ou endovascular (EVAR) - do AAA em relação a desfechos importantes para os pacientes (mortalidade cirúrgica, mortalidade global, intervenções, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral).

Nestas Diretrizes, não se incluem os aneurismas torácicos, aneurismas infecciosos e os casos de dissecação de aorta.



4. ANEURISMAS ABDOMINAIS SACULARES

Os aneurismas podem ser classificados de acordo com a sua configuração em fusiformes (mais comuns) ou saculares.

Enquanto os aneurismas fusiformes da aorta surgem muitas vezes devido à degeneração da parede arterial secundária a doença aterosclerótica, os aneurismas saculares têm uma etiologia mais variada, que pode envolver infecções, degeneração de uma úlcera aterosclerótica penetrante, trauma ou cirurgia aórtica prévia. Os aneurismas saculares são considerados pelos cirurgiões vasculares como de um maior risco de ruptura e são frequentemente corrigidos independentemente do tamanho.

Recomendação para pacientes assintomáticos com AAA saculares, aptos aos procedimentos eletivos cirúrgico e endovascular:

Considerando a falta de evidências de boa qualidade para aneurismas saculares, sugere-se o acompanhamento e avaliação regular em relação à taxa de crescimento, possibilidade de infecção de parede ou surgimento de sintomas. O reparo eletivo é uma opção, apesar do fraco nível de recomendação.

5. AAA SINTOMÁTICOS SEM RUPTURA

A presença de AAA acompanhado de sinais ou sintomas, tais como dor lombar ou abdominal, embolização distal e manifestações de compressão de estruturas vizinhas, é um dilema clínico. Os sintomas podem representar um aneurisma roto ou uma expansão aguda e, portanto, risco de ruptura iminente.

Recomendação para pacientes sintomáticos com AAA íntegros, aptos aos procedimentos eletivos cirúrgico e endovascular:

Não é possível fazer uma recomendação baseada em evidências de boa qualidade para AAA sintomáticos. Cada situação deve ser abordada individualmente, sendo fundamental afastar ruptura por meio de tomografia computadorizada com contraste. Os pacientes com quadro agudo compatível com ruptura (dor de forte intensidade, hipotensão, queda do hematócrito) devem ser submetidos à cirurgia ou implante de endoprótese em caráter emergencial. Os pacientes com sintomas leves ou moderados, como apenas dor, devem ser investigados e acompanhados para afastar o diagnóstico de expansão ou ruptura. Pode ser prudente adiar a cirurgia até que as condições clínicas ideais possam ser alcançadas. Se essa abordagem for a escolhida, considerar a internação em unidade de tratamento intensivo.

6. AAA EM PACIENTES COM ALTO RISCO OPERATÓRIO

Portadores de AAA são, em sua maioria, idosos com elevado risco cardiovascular. Cerca de 10% da população com AAA > 5,5 cm são considerados inaptos à cirurgia aberta.

Tamanho do AAA	Morte por ruptura
5,5 a 6,0 cm	9,9%
6,1 a 7,0 cm	8,9%
Maior do que 7,0 cm	12,3%

Em pacientes com AAA > 5,5 cm, considerados de alto risco operatório, sugere-se que o tratamento com EVAR deva ser utilizado apenas após análise do risco individual. A redução do risco de morte por ruptura com o EVAR, respeitando a expectativa de vida e preferência do paciente, deve superar o risco do procedimento (mortalidade em 30 dias).

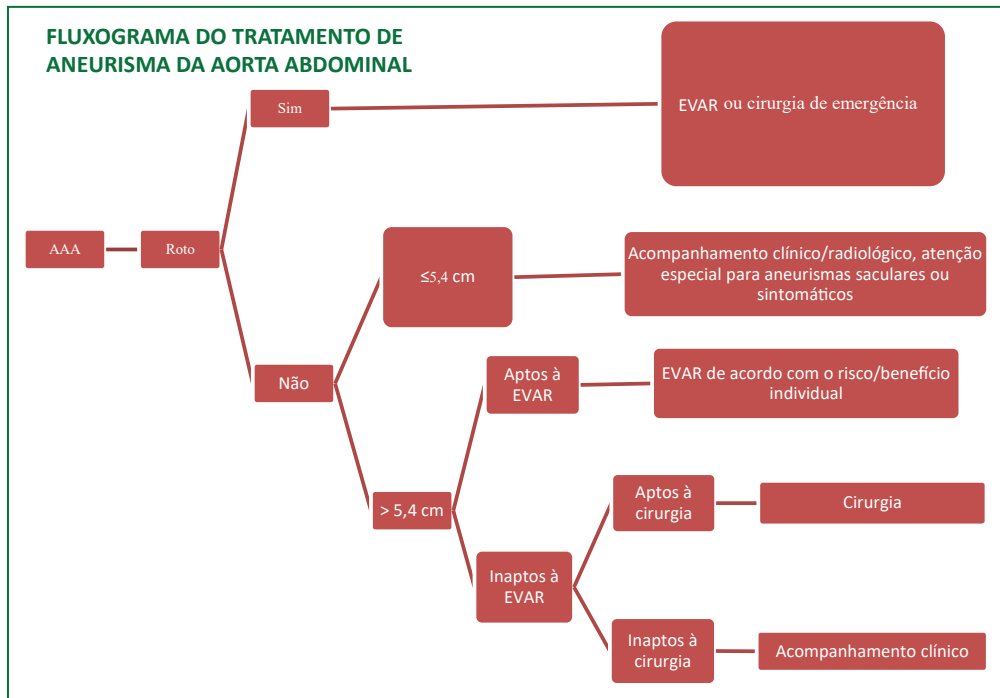
7. ANEURISMAS ROTOS

A ruptura do aneurisma é um evento com alta mortalidade. A cirurgia ou o tratamento endovascular nestes casos é uma emergência médica.

Recomendação para pacientes com AAA rotos.

AAA rotos estáveis, com anatomia favorável ao tratamento por EVAR (confirmada pela tomografia computadorizada), devem ser tratados em caráter emergencial por cirurgia aberta ou EVAR de acordo com a experiência e disponibilidade da equipe cirúrgica e material.

FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DE ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL



RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES

Tipo de AAA	Morte por ruptura	Recomendação
Pequenos	Alto	Forte – contrária ao tratamento cirúrgico ou por EVAR.
Grandes	Alto	Forte – favorável ao EVAR devido a menor mortalidade em 30 dias. Sugere-se considerar a experiência da equipe e preferência dos pacientes na escolha entre cirurgia aberta versus EVAR.
Inflamatórios	Baixo	Fraca – contrária à indicação de cirurgia ou EVAR de maneira diferente aos demais AAA.
Saculares	Baixo	Fraca favorável EVAR ou cirurgia – acompanhamento e avaliação cuidadosa em relação à taxa de crescimento, possibilidade de infecção de parede ou surgimento de sintomas. O reparo eletivo é uma opção.
Sintomáticos	Baixo	Fraca favorável EVAR ou cirurgia – cada situação clínica deve ser abordada individualmente sendo fundamental afastar ruptura. Os pacientes com quadro agudo compatíveis com ruptura devem ser submetidos à cirurgia ou implante de endoprótese em caráter emergencial. Em pacientes sintomáticos, afastada a ruptura, estáveis, pode ser prudente adiar a cirurgia até que as condições ideais possam ser alcançadas. Considerar internação em unidade de tratamento intensivo.
Alto risco operatório	Moderada	Fraca favorável ao EVAR poderá ser indicada após análise do risco individual, quando a redução do risco de morte por ruptura com o EVAR, respeitando a expectativa de vida do paciente; superar o risco do procedimento (mortalidade em 30 dias).
Rotos	Alto	Forte favorável ao EVAR ou cirurgia – AAA rotos devem ser tratados em caráter emergencial através de cirurgia aberta ou endoprótese.