

Diretor do Programa

ProEducar:

Dr. Hugo F. Londero

Diretor do Boletim:

Dr. José Manuel Gabay

Comité Editorial

Dr. Expedito Ribeiro

Dr. Darío Echeverri

Dr. Gastón Dussallant

Dr. Ricardo Lluberas

Dr. Ari Mandil

Dr. Pedro Lemos

Dr. Aníbal Damonte

Dr. Leandro Lasave

Dr. Leandro Martínez Riera

Secretaría

Mercedes Boero

Desenho gráfico

Florencia Álvarez

CONTEÚDO

EDITORIAL:

Dr. Alexandre Abizaid **02** **VER ▶**

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE:

Intervenções Cardíacas: Dr. Gilson Feitosa

“Tratamento farmacológico para prevenir a progressão insuficiência cardíaca” **03** **VER ▶**

Intervenções Extracardíacas: Dr. Rubén Piraíno

“Resultados iniciais e afastados em territórios íleo-fêmoro-poplíteos” **06** **VER ▶**

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **05** **VER ▶**

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **08** **VER ▶**

APRESENTAÇÃO DE CASOS: **09** **VER ▶**

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **11** **VER ▶**

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS: **12** **VER ▶**

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA: **13** **VER ▶**

NOTÍCIAS DA SOLACI: **14** **VER ▶**

EDITORIAL: Dr. Alexandre Abizaïd



//
Dr. Alexandre Abizaïd
Instituto Dante Pazzanese de Cardiología
São Paulo, Brasil

Foi com muita honra e senso de responsabilidade que assumi a presidência da Sociedade Latino Americana de Cardiología Intervencionista (SOLACI) para o biênio julho 2007 a julho 2009.

Com quase 15 anos de existência, a SOLACI conta, hoje, com 1600 membros residentes em 20 países da América latina, formados essencialmente por médicos, enfermeiros e tecnólogos.

Devido a diversidade cultural e de metodologia de trabalho, nossa tarefa principal será a de promover a integração e o dialogo entre nossos membros no intuito de disseminar conhecimentos científicos e fornecer soluções alternativas para o incremento da qualidade na pratica de nossa especialidade.

Com estas premissas nosso plano de ação incluirá três pilares básicos:

1. Revitalizar nosso web site no sentido de mante-lo atualizado quanto aos principais acontecimentos da área de intervenção cardiovascular assim como abrir um canal de comunicação entre os membros e a diretoria atual, para que as mudanças e estratégias administrativas sejam avaliadas e criticadas constantemente. Indubitavelmente o foco principal do nosso site será o de apoiar iniciativas como a do já existente "**ProEducar**" que fornece atualizações científicas incluindo publicações relevantes, apresentações geradas nos diferentes congressos da especialidade, vídeo conferencias, fórum de debates "*on line*" assim como incentivo para a divulgação de estudos realizados em nosso continente.

2. Formar uma equipe de trabalho para manter o controle de qualidade nos eventos e congresso promovidos pela SOLACI. Como nosso congresso anual

acontece em pelo menos três países da América Latina se faz necessário gerar um manual de operação e de regras para que se mantenha a qualidade sempre uniforme, independente da sede ou da diretoria científica que esteja em vigência.

3. Talvez a principal missão de nossa gestão seja a de promover treinamento para que os centros da América Latina realizem pesquisa de alto nível. Existe um crescente interesse de inúmeros hospitais de nosso continente para estarem envolvidos em protocolos de pesquisa multicentricos com reconhecimento internacional. Para isto, torna-se crucial o treinamento e qualificação adequada dos centros interessados, incluindo realização de cursos de boas praticas clinicas (GCP) e distribuição de "*guidelines*" para que os centros possam se equipar e se habilitarem de acordo com os requisitos internacionais como aqueles exigidos pelas agencias regulatorias mais respeitadas como FDA nos Estados Unidos e CE Mark na Europa. Em breve colocaremos no site da SOLACI as instruções de como participar deste projeto.

Para que estas missões tenham sucesso, contaremos com a contribuição e envolvimento de todos que tiverem interesse em participar.

Atenciosamente,

Alexandre Abizaïd
Presidente SOLACI

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Cardíacas

Tratamento farmacológico para prevenir a progressão da insuficiência cardíaca



//

Dr. Gilson Feitosa

Professor Titular

Chefe de Ensino e Investigações Cardiológicas

Hospital Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia

Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública

Salvador, Bahia, Brasil

A insuficiência cardíaca (IC) representa um processo com progressão quase sempre inexorável como consequência da remodelação ventricular que ocorre em praticamente todas as doenças cardíacas.

Nesse processo, os fatores hormonais circulantes e os fatores teciduais são intensamente estimulados e conduzem a alterações dos constituintes da parede ventricular, especialmente dos cardiomiócitos e dos elementos do interstício, tais como vasos, células fibroblásticas, inflamatórias e outras, além das fibras e tecido de colágeno existente. Geralmente, todo este processo leva a uma perda de cardiomiócitos funcionais, sua substituição por tecido fibrótico, deslizamento das fibras de colágeno e, conseqüentemente, uma progressiva dilatação das câmaras ventriculares, especialmente no ventrículo esquerdo. Na maioria das formas de insuficiência cardíaca, todas as câmaras estão afetadas com diferentes graus de intensidade.

Os hormônios que integram os sistemas renina-angiotensina-aldosterona (SRA), sistema adrenérgico,

arginina-vasopressina, citocinas inflamatórias, como TNF-alfa (fator de necrose tumoral), IL-6 (interleuquina 6) e outros, encontram-se ativados na IC e têm sido objeto de muitas intervenções visando a reduzir seus efeitos.

Entre as intervenções farmacológicas realizadas com essa finalidade, o melhor resultado foi obtido com as que atuam no SRA e no bloqueio simpático. A seguinte figura mostra a evidência baseada em ensaios clínicos que comparam essa afirmação:



16

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) foram os primeiros que demonstraram resultados benéficos em todas as fases da IC, sendo, portanto, de uso obrigatório nos casos de disfunção sistólica, independentemente dos sintomas. No caso de intolerância ao seu uso, geralmente resultando em tosse, uma alternativa conveniente são os bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA), que parecem produzir os mesmos efeitos, mas são menos estudados isoladamente.

A combinação de ambos pode ser considerada nos casos mais refratários.

Contudo, os betabloqueadores (BB) representam um progresso extraordinário, especialmente o carvedilol, o bisoprolol e o metoprolol de liberação lenta. Seus efeitos são adicionais aos obtidos com os IECA ou os BRA. Geralmente, utilizam-se os IECA em primeiro lugar e depois são acrescentados os BB.

Em casos mais avançados de IC, deve ser considerado o uso da espironolactona, antagonista da aldosterona. O nível sérico de potássio deve ser monitorado cuidadosamente quando estes fármacos são administrados.

O uso conveniente destes medicamentos mudou significativamente a sobrevida e a qualidade de vida dos portadores de IC. A mortalidade anual dos portadores de IC de classe funcional IV nos anos 80 era de aproximadamente 50%, e atualmente esse percentual diminuiu para 12-14%. Nos casos com classe funcional II a III, a mortalidade anual foi reduzida de 16 para 8%.

Não há estudos que provem que o digital ou os diuréticos sejam capazes de aumentar a sobrevida na IC, mas tanto os digitálicos quanto os diuréticos

continuam sendo importantes adjuvantes no tratamento sintomático, especialmente os diuréticos.

Deve-se considerar que os fatores “extrínsecos” ao coração, como a hipertensão arterial e o emprego concomitante de fármacos para outros fins, têm um papel importante na progressão da IC e devem ser corrigidos rapidamente porque podem contribuir com sua progressão.

A hipertensão deve ser controlada rigorosamente, de preferência com IECA ou BB ou ambos, impedindo que permaneça por muito tempo acima dos níveis ideais, abaixo de 130/85 mmHg, se forem bem tolerados.

Deve-se ter um especial cuidado com o uso de anti-inflamatórios e alguns hipoglicemiantes orais, como as glitazonas, que podem reter sódio e aumentar a congestão.

Estão sendo considerados alguns novos agentes para este uso particular, com especial expectativa para os inibidores dos receptores de vasopressina (como tolvaptan e outros), os derivados do peptídeo natriurético (nesiritide) e os inibidores diretos da renina (como o aliskirien).

Uma observação retrospectiva sugeriu que pacientes com IC que por algum motivo estiveram usando estatinas tiveram um melhor prognóstico, inclusive aqueles que não eram portadores da forma isquêmica de cardiopatia. Isto pode ser atribuído às propriedades antiinflamatórias das estatinas. Isto será melhor verificado com um estudo aleatorizado, prospectivo, que comparará os efeitos da estatina e do placebo em pacientes com IC, e que já foi iniciado. É possível que o tratamento precoce de algumas

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

infecções virais do aparelho respiratório com oseltamivir e outros fármacos, seja capaz de impedir a alteração inflamatória sistêmica que segue essa infecção e que produz a progressão da insuficiência cardíaca. Nestes casos, estão sendo testados agentes antivirais.

A vacinação contra Pneumococos e hemophilus influenza cumpre um papel semelhante.

Com tudo, estas medidas somente retardaram a progressão da IC, com uma inexorável progressão com o decorrer do tempo, a menos que seja possível remover a causa da doença que ocasionou a IC.

Uma experiência muito interessante que nos chamou a atenção recentemente é a observação do grupo de trabalho do Dr. Eacoub, do Brompton Hospital

de Londres, que utiliza uma estratégia farmacológica agressiva em pacientes na lista de espera de transplante cardíaco e, depois do implante de coração artificial, que inclui lisemopril 40mg/d, carvedilol 50mg bid, espironolactona 25mg/d, e losartan 100mg/d. Naqueles que atingiram uma regressão da cardiomegália, o uso do beta-2 adrenérgico, clenbuterol 700mcg tid possibilitou a extirpação do coração artificial e a manutenção do coração em condições próximas ao normal, com recuperação funcional total de um número significativo de pacientes tratados.

Esta descoberta confirma a possibilidade de regeneração cardíaca apesar de tudo o que se pensava, e traz esperanças de que, em um futuro próximo, seja possível agir mais efetivamente na área de regeneração dos tecidos cardíacos.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

Este é um espaço comercial. Os anúncios são de responsabilidade da empresa patrocinadora.

Uma questão de escolha

Boston
Scientific
Delivering what's next.™

TAXUS™ Liberté™

Paclitaxel-Eluting Coronary Stent System

Desempenho Comprovado

PROMUS™

Everolimus-Eluting Coronary Stent System

Olimus com *deliverabilidade*

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

Intervenções Extracardíacas

Resultados iniciais e afastados em territórios ilíacos-fêmoro-poplíteos

//

Dr. Rubén PiraiñoSanatorio Plaza
Rosario, Argentina

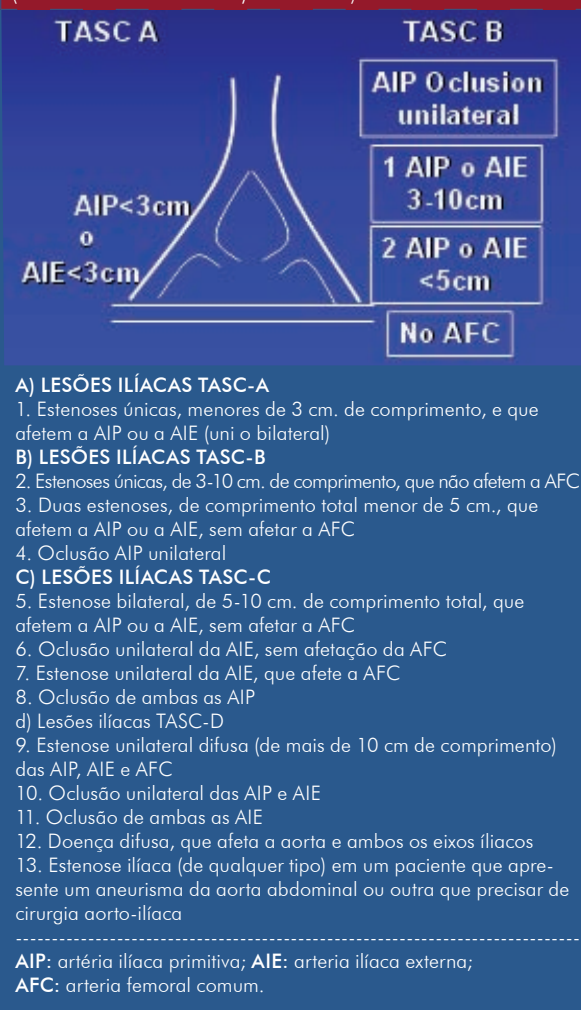
INTRODUÇÃO: A doença arterial periférica observa-se em 3% da população entre 40 e 50 anos, e aumenta até 20% em pessoas maiores de 70 anos. Nos Estados Unidos, existem 5 milhões de pessoas afetadas. Mas a verdadeira importância da doença é o alto risco cardiovascular concomitante. A mortalidade em 5 anos é de 25% e em 10 anos de 50%.

No ano 2000, foi realizado um consenso internacional, denominado *Trans Atlantic Inter-Societe Consensus* (TASC), que definiu os Tipos de Oclusões da Doença Arterial Periférica e as Diretrizes de Tratamento. Com a chegada de novas técnicas, o entusiasmo foi crescendo e, por tal motivo, as diretrizes propostas pelo consenso TASC estão em permanente revisão.

Um fator importante a considerar é que existem três territórios claramente diferenciados, baseados em características fisiopatológicas, estratégias de tratamento e resultados das intervenções. Estes três territórios são as artérias ilíacas, as artérias fêmoro-poplíteas e as artérias infrapoplíteas. Por tal motivo, estes setores serão analisados individualmente. O setor infrapoplíteo apresenta resultados desalentadores, tanto para a angioplastia como para a cirurgia, por isso vamos nos referir fundamentalmente ao setor ilíaco e fêmoro-poplíteo.

LESÕES ILÍACAS CONFORME TASC

(Trans Atlantic Inter-Society Consensus)

**Intervenções endovasculares em artérias ilíacas**

O TASC definiu 4 tipos de lesões: Tipo A para Angioplastia e Tipo D para Cirurgia, enquanto que as de tipo B e C não têm uma recomendação precisa por falta de evidências.

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

As lesões de Tipo A são estenoses únicas, de menos de 3 cm de comprimento, localizadas na artéria ilíaca primitiva ou externa. Esta indicação está sendo revisada, já que poderiam ser incluídas lesões mais complexas dentro das lesões de Tipo A.

A angioplastia com balão tem um sucesso primário alto, mas com limitações como a retração elástica e as dissecções. A utilização do stent melhorou os resultados imediatos e no longo prazo.

Uma metanálise realizada para comparar as angioplastias ilíacas com balão vs. stent mostrou uma redução do risco relativo em favor do stent de 39% em termos de permeabilidade no longo prazo. A permeabilidade em 5 anos foi de 90% para o stent e de 68% para o balão. No entanto, outros afirmam que a angioplastia com stent seletivo é similar à angioplastia com stent primário com uma permeabilidade em 2 anos semelhante (77% e 78%, respectivamente), mas 43% dos pacientes tratados com balão tiveram que receber stent devido a resultados insatisfatórios.

A introdução dos stents auto-expandíveis permitiu um implante seguro, inclusive em artérias tortuosas. Atuam exercendo uma força constante contra a parede do vaso, combinando a força radial com a flexibilidade longitudinal. O stent não é compressível, sendo uma boa opção para ser implantado em zonas com movimentos musculares ou perto da superfície corporal. A permeabilidade dos stents auto-expandíveis de nitinol em 3 anos é superior a 80%.

O sucesso do tratamento endoluminal depende do tipo de lesão e de sua localização. As estenoses de menos de 5cm de comprimento, especialmente as não calcificadas, têm uma permeabilidade em 2 anos de 80% a 85%. Diminui para 75% nas estenoses de 5-10 cm ou nas obstruções totais crônicas menores de 5cm. Em uma metanálise de 8 estudos (Bosch, Radiologie 1997) o sucesso técnico imediato foi significativamente maior para o stent (96%) que para o balão (91%). A permeabilidade no longo prazo (4 anos) também foi

significativamente melhor para o stent (77%) que para o balão (64%). Quando foram analisados os grupos, segundo a presença de claudicação ou isquemia crítica, os resultados foram favoráveis aos claudicantes.

Como a alta taxa de permeabilidade conseguida com a angioplastia ilíaca é comparável com a cirurgia, o tratamento endoluminal é considerada a primeira opção.

Intervenções endovasculares em artérias fêmoro-poplíteas

As obstruções no território fêmoro-poplíteo são mais freqüentes que no território ilíaco. Geralmente, as lesões são compridas, múltiplas e ulceradas.

Da mesma forma que nas artérias ilíacas, o tratamento de primeira eleição das lesões TASC tipo A (<3cm) do território fêmoro-poplíteo é a angioplastia. Porém, as lesões de tipo B (obstruções de 3-10 cm de comprimento) e as obstruções totais crônicas curtas são atualmente bem tratadas com angioplastia com um sucesso primário para as estenoses superior a 90%, e para as obstruções totais de 78%. Mas a principal limitação da angioplastia com balão é a reestenose que ocorre em 78% depois do primeiro ano e a permeabilidade a 5 anos varia entre 38% e 58%, com uma média de 48%. Por causa destes resultados pouco alentadores, a angioplastia com balão no território infra-inguinal foi questionada.

Por tal motivo, começaram a ser utilizados stents expandíveis com balão na década de 80, mas também não conseguiram resultados satisfatórios pela alta taxa de reestenose por hiperplasia da íntima e a compressão externa que sofriam os stents. A permeabilidade das angioplastias fêmoro-poplíteas com stent em 1 ano foi de 67% e a 3 anos de 58%. É assim que os stents expandíveis com balão não mostraram superioridade com respeito à angioplastia com balão.

A aparição dos stents autoexpandíveis de nitinol utilizados em lesões femorais curtas parece melhorar sensivelmente os resultados da angioplastia. Isto poderia ser devido a que não se deformam perante a

REVISÃO DE TEMAS DE INTERESSE

compressão externa e, sendo flexíveis causariam menos dano na íntima e menor hiperplasia. Foi relatada uma permeabilidade em 3 anos de 67% para lesões maiores de 8 cm e de 76% para lesões menores de 6 cm. Embora estes resultados sejam promissórios, ainda não foram comparados com os da cirurgia. Existem fatores preditores de bons resultados no longo prazo, como a claudicação prévia (não a isquemia crítica), as lesões curtas, os pacientes não diabéticos, um bom fluxo de saída distal ao stent, pouca estenose residual, pulsos palpáveis. O aparecimento dos stents farmacológicos no setor fêmoro-poplíteo não mostrou vantagens (SIROCCO II) com respeito dos stents comuns.

A pergunta que devemos nos fazer agora é: Qual seria a melhor estratégia a seguir diante de uma obstrução no setor femoral?

Existe consenso em que a angioplastia é o método de eleição no setor fêmoro-poplíteo quando são tratadas estenoses <5cm de comprimento ou oclusões <3cm

de comprimento, que não envolvam a origem da artéria femoral superficial ou a trifurcação poplíteia.

Mas para estabelecer o melhor tratamento (cirúrgico ou endoluminal) no resto das lesões foi comparada uma metanálise (Hunik) de angioplastias fêmoro-poplíteas com uma metanálise de cirurgias femoropoplíteas baseadas em critérios que integravam a permeabilidade em 5 anos, a qualidade de vida ajustada à expectativa de vida e a relação custo-efetividade. A conclusão foi que a angioplastia é o método de eleição quando a permeabilidade a 5 anos seja superior a 30%. Embora a angioplastia fêmoro-poplíteia comparada com a cirurgia em termos de reestenose é menos efetiva, a angioplastia é o método preferido, especialmente em pacientes claudicantes e com fatores comórbidos, ou não elegíveis para cirurgia pela baixa taxa de complicações, a natureza menos invasiva e a qualidade repetitiva do método.

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

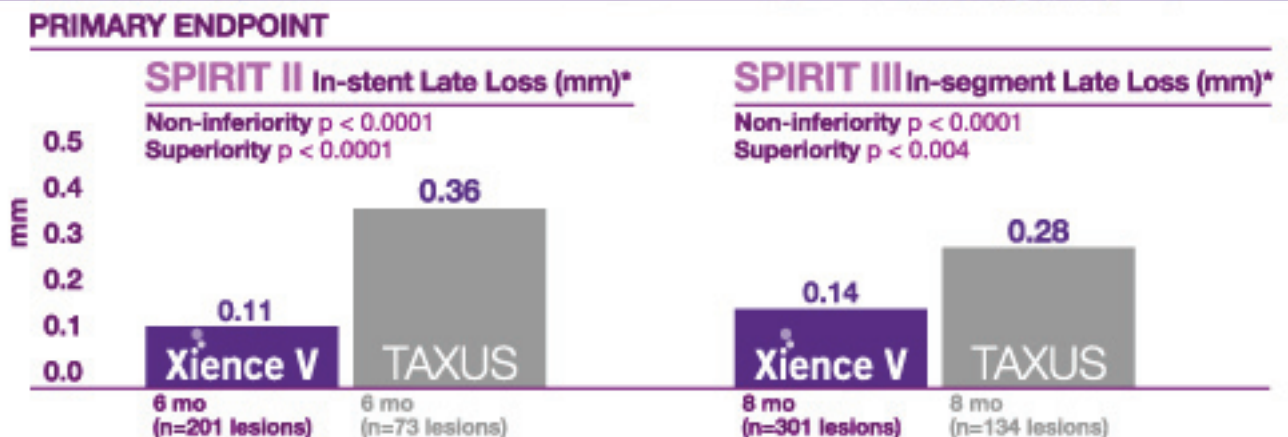
Este é um espaço comercial. Os anúncios são de responsabilidade da empresa patrocinadora.



Xience V

Everolimus Eluting Coronary Stent System

demonstrated superiority over TAXUS



*Analysis lesion: one randomly selected lesion per patient (to avoid intra-patient correlation)

APRESENTAÇÃO DE CASOS

Uso combinado de inibidores de GP IIb/IIIa, dispositivo de aspiração e stents para controle de grande carga trombótica na angioplastia primária complexa da artéria descendente anterior ectásica no contexto do infarto agudo de miocárdio

//

Dr. Pablo Díaz Artigas, Dra. Ivanna Duro y Dr. Ariel DuránServiço de Hemodinâmica do Instituto Cardiovascular do Uruguai
Montevideo-URUGUAI

Paciente de 49 anos, sexo masculino, fumante crônico, dislipêmico, com antecedentes familiares de cardiopatia isquêmica, apresenta infarto agudo de miocárdio antero-lateral extenso KKI, e chega ao Serviço de Emergência 5 horas após iniciados os sintomas. O ECG inicial mostra ritmo sinusal de 90 ciclos por minuto, onda Q de V1 a V3, DI e a VL, supradesnível do segmento ST de até 8 mm de V1 a V6, DI e a VL. Da avaliação paraclínica inicial cabe destacar o enzimo-grama cardíaco normal, troponina I positiva. É encaminhado rapidamente para cateterismo urgente e angioplastia (PCI) primária.

O cateterismo realizado por via radial evidenciou: Tronco de artéria coronária esquerda sem lesões.

- Artéria descendente anterior (ADA) com oclusão trombótica ostial.

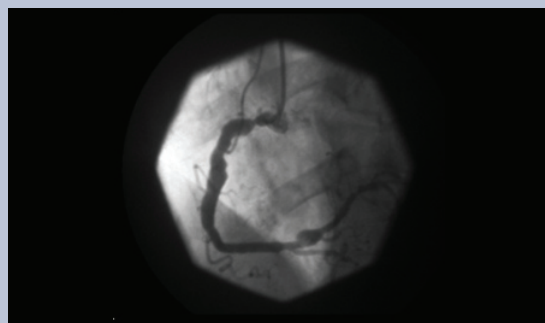


Artéria coronária esquerda em projeção RAO 13°-CAU 18°. Observa-se uma oclusão da ADA ostial e lesão crítica do ramo marginal

É visualizado o leito distal do primeiro ramo diagonal (ADI) através de circulação colateral homocoronária.

- Artéria circunflexa (ACx) ectásica. Segundo ramo marginal apresenta estenose moderada de óstio e lesão crítica no setor medial. O primeiro ramo marginal sem lesões.

Artéria coronária direita (ACD) dominante, ectásica, apresenta estenose severa e focal no nível proximal. Ramo pósterio-lateral (PL) de moderado calibre com lesão severa focal no setor médio.

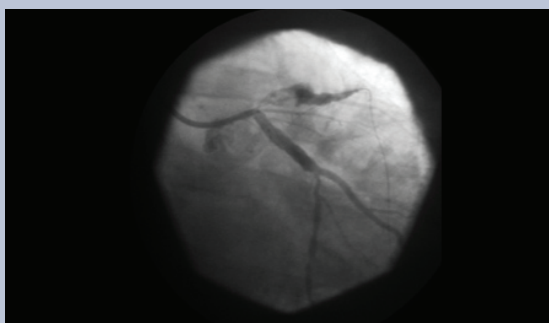


Artéria coronária direita em projeção LAO 27°-CRAN 12°. Trata-se de uma artéria severamente ectásica com lesão crítica no setor proximal

Segue PCI de ADA. Administra-se bolo e infusão de Tirofiban. A oclusão é atravessada com guia IQ 0,014" sobre balão Maverick® 2.5 x 20 mm e é introduzida outra guia IQ 0,014" para proteger

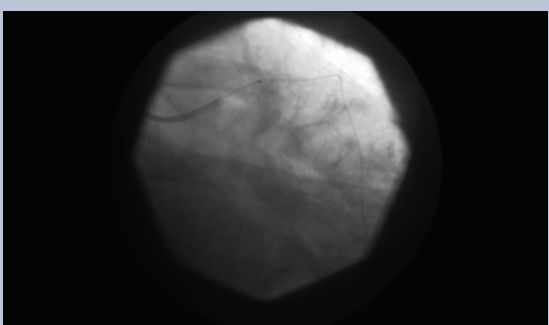
PRESENTACIÓN DE CASOS

a ACx. Após a primeira insuflação observa-se uma lesão ostial crítica residual na ADA com gigantesca ectasia proximal e importante conteúdo trombótico.



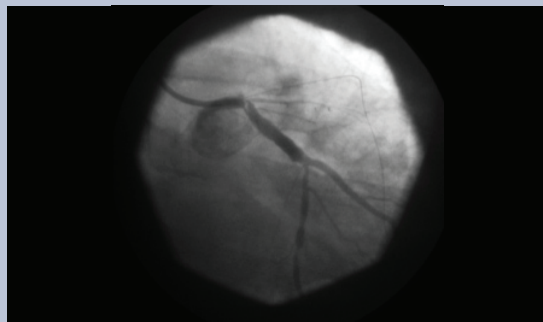
Artéria coronária esquerda em projeção RAO 14°-CAU 33°. Após cruzar a lesão e realizar insuflação com balão, observa-se importante conteúdo trombótico no nível da ADA

Fluxo distal TIMI 0. É introduzido um cateter de aspiração Export®-Medtronic e realizam-se múltiplas passagens.



Cateter de aspiração Export-Medtronic. Projeção RAO 14°-CAU 33°.

É obtida uma importante quantidade de trombo vermelho e misto. Observa-se melhora parcial do fluxo, embora se aprecie uma preocupante migração do trombo até o óstio da ACX, que é aspirado com nova passagem do cateter Export®.



Observa-se protrusão do trombo até a ACx. Projeção RAO 13°-CAU 18°

Uma vez aberta a artéria, observa-se oclusão ostial da primeira ADI de aspecto crônico e embolização de enorme trombo no setor médio-proximal da ADA, severamente ectásico. Não foi possível modificar esta situação com passagens adicionais do cateter aspirador. Foi implantado um stent Liberté® 4.0 x 12 mm na estenose ostial da ADA a pressão máxima de 14 atmosferas e stent Liberté® 4.5 x 20 mm sobre o setor ectásico da ADA, a 14 atmosferas, para prender o trombo embolizado. A lesão residual foi de 0%, tanto no óstio como no setor médio-proximal da DA, com fluxo final TIMI III, sem trombos na ACx.



Artéria coronária esquerda em projeção LAO 60°-CAU 36°. Imagem final. Observa-se uma importante ectasia no nível da origem da ADI, que se encontra ocluída

PRESENTACIÓN DE CASOS

Utilizaram-se vasopressores e diuréticos IV em doses baixas. Pela boa hemodinâmica não foi necessária a colocação de um balão de contrapulsção nem a realização de PCI de vasos não culpados no mesmo ato. Boa evolução clínica posterior, sem angina. Renovação significativa do segmento ST.

Realiza-se PCI diferida da ACD e Marginal com stents e ramo PL com balão aos 19 dias, com bom resultado angiográfico e clínico. Nesta instância, observa-se um resultado mantido de ATC para a ADA. Excelente evolução clínica posterior.

Comentário: Trata-se de um caso raro, com ec-tasias muito importantes de ADA e ACD, com IAM anterior por oclusão ostial da DA e enorme carga trombótica. Devido às características anatômicas, a apresentação clínica do caso e a provável fisiopatologia, foi estabelecida a necessidade de utilizar mecanismos combinados para o controle dos trombos. Bom resultado final.

Se você tiver um caso interessante para compartilhar neste espaço, por favor, envie-o por e-mail para: mboero@solaci.org

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

Este é um espaço comercial. Os anúncios são de responsabilidade da empresa patrocinadora.

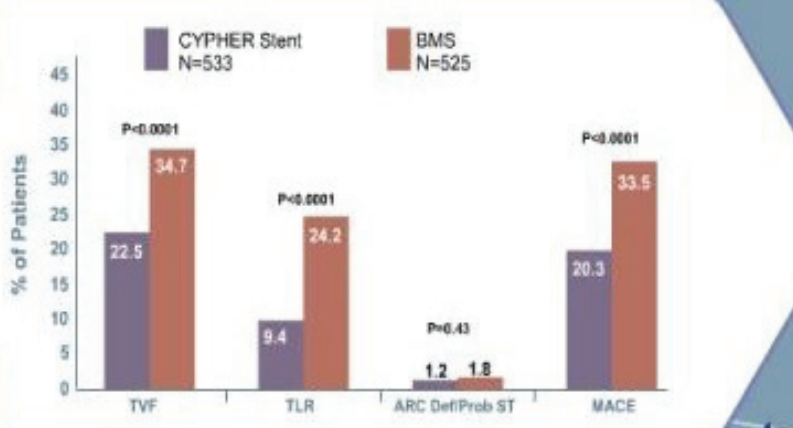
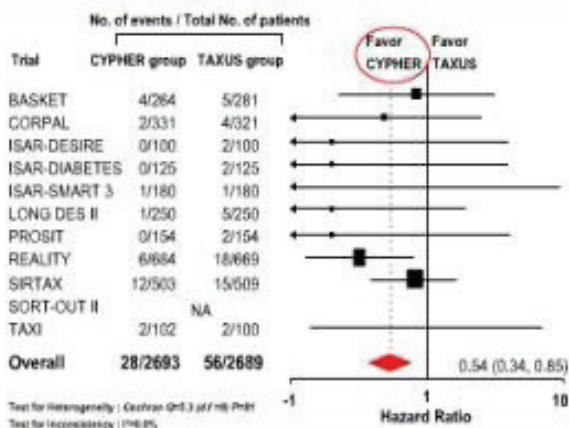
CYPHER stent: Significantly lower risk of stent thrombosis than TAXUS

- Meta-analysis of 11 RCTs comparing CYPHER stent vs TAXUS stent
- Mean Follow Up: 20 Months
- No of patients: 7,500
- Profile: Highly Complex patients-DM, ISR, SV, AMI
- Level of Evidence: A

CYPHER : Sustained safety & efficacy at 5 year follow up

- SIRIUS TRIAL – CYPHER stent vs BMS stent
- Follow Up: 5 year outcomes
- No of patients: 1,058
- Profile : the only trial with relatively complex patient cohort followed to 5 years

RISK OF STENT THROMBOSIS



NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

Dr. Andrés Pascua. Clínica San Camilo. Buenos Aires, Argentina

Cobertura temporária de artérias coronárias com stents de magnésio bioabsorbíveis: um estudo não aleatorizado e multicêntrico

Raimund Erbel, Carlo Di Mario, Jozef Bartunek, Johann Bonnier, Bernard de Bruene, Franz R Eberli, Paul Erne, Michael Haude, Bernard Heublein, Mark Roigan, Charles IIslee, Dirk Bose, Jacques Coleen, Thomas F Luscher, Neil Weissman, Ron Walkman for the PROGRESS_AMS (Clinical Performance and Angiographic Results of Coronare Stenting with Absorbable Metal Stents) Investigators.

The Lancet 2007; 369:1869-1875.

Trata-se de um estudo prospectivo, não aleatorizado e multicêntrico no qual foram inscritos 63 pacientes que receberam 71 stents de liga de magnésio biodegradável de 3,0 a 3,5 mm de diâmetro e entre 10 e 15 mm de comprimento depois de predilatar; sendo realizado um acompanhamento angiográfico e com IVUS no quarto mês e acompanhamento clínico nos meses 6 e 12. O critério de avaliação primário foi morte de origem cardiovascular, infarto agudo de miocárdio não fatal ou revascularização da lesão tratada dirigida clinicamente.

O sucesso na colocação foi de 100%. O diâmetro de referência prévio foi de 2,76 mm (0,47mm), o diâmetro luminal mínimo foi de 1,05 mm (0,38 mm) e o comprimento das lesões foi de 9,84 mm (3,97mm).

O acompanhamento angiográfico aos 4 meses apresenta uma perda tardia de 1,08 mm (0,49 mm) e uma taxa de reestenose binária de 47,5%. Com relação ao acompanhamento clínico, a taxa de revascularização do vaso tratado guiada por isquemia foi de 23,8% aos 4 meses e a revascularização da lesão tratada em general atingiu um 45% ao ano. Não houve infarto agudo de miocárdio, trombose subaguda nem tardia do stent, nem mortes por causa cardiovascular. Depois da realização de IVUS observaram-se apenas restos de stent rodeados da capa íntima. O crescimento neointimal e a remodelação negativo foram os principais mecanismos desencadeantes de reestenose.

A conclusão deste estudo é que os stents biodegradáveis de liga de magnésio podem atingir um

NOVIDADES BIBLIOGRÁFICAS

resultado angiográfico imediato similar ao resultado de outros stents metálicos e seguramente podem ser degradados após 4 meses. Atualmente estão sendo desenvolvidas modificações das características do stent que prolongam o tempo de degradação e, possivelmente, a liberação de medicamento para reduzir os altos níveis de reestenose que mostraram os resultados deste estudo.

Características Básais

	n(%)
Pacientes	63
Idade, média (DS)	61.3(9.5)
Homens	44(70)
Diabetes	11(18)
Diabetes Ins. Dep.	3(5)
Antecedentes de tabagismo	30(48)
Hipertensão	41(65)
Dislipemia	39(62)
Angina estável	52(83)
Angina instável	6(10)
CRM anterior	3(5)
IAM anterior	26(41)
ATC anterior	15(24)
Antecedentes de AVC ou AIT	1(2)
Doença Vasc. Perif.	4(6)

ATUALIDADES DA INDÚSTRIA

Este é um espaço comercial. Os anúncios são de responsabilidade da empresa patrocinadora.

supralimus-core

SIROLIMUS ELUTING STENT

Supralimus - Core™ plataforma de cobalto cromo aprovado pelo CE, proporcionando uma liberação uniforme da droga, excelente navegabilidade e flexibilidade.



Estrutura em serpentina

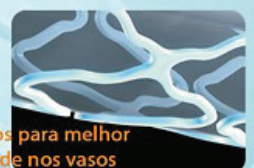


Células fechadas

Especificações

Stent

Droga	Sirolimus
Polímero	Biodegradável
Material	CoCr L 605
Radiopacidade	Excelente
Design	Cilindro cortado a laser
Perfil de Cruzamento	0,035"
Flexibilidade	Excelente

Estrutura da plataforma
55.9 um

Links alternados para melhor navegabilidade nos vasos

A liberação do sirolimus em 07 semanas através de um polímero biodegradável que inibe a reestenose e permite o crescimento neointimal.



Notícias da SOLACI

Centro de Pesquisa Cardiovascular da SOLACI

Interessados em participar do Centro de Pesquisa Cardiovascular da SOLACI: favor preencher o questionário e enviar para secretaria@solaci.org
Os senhores serão contatados para futuro treinamento e certificação.

QUESTIONÁRIO

1. Instituição:
2. Diretor do Serviço de Cardiologia Intervencionista:
3. Endereço completo:
4. País:
5. Telefone comercial (com código do país):
6. E-mail:
7. Número de Cardiologistas Intervencionistas:
8. Tipo de Serviço:
 Público Privado
9. Número de salas de cateterismo:
10. Tipos de intervenção realizadas (pode assinalar mais de uma):
 Coronárias Valvulares Congênitas Extra-cardíacas
11. Número de procedimentos diagnósticos realizados ao ano:
12. Número de intervenções coronárias realizadas ao ano:
13. Número de intervenções não-coronárias realizadas ao ano:
14. Nas intervenções coronárias, qual percentual de uso de stents não-farmacológicos e farmacológicos?
15. Existem protocolos no serviço para indicação de stents farmacológicos?
16. Quais stents (não-farmacológicos e farmacológicos) estão disponíveis para uso na prática diária?
17. O serviço dispõe de sistema de ultra-som intra coronário?
 Não Sim

Notícias da SOLACI

- 18.** Em caso de resposta afirmativa na questão anterior, qual sistema é utilizado?
 ClearView (BSc) Galaxy I ou II (BSc) Volcano Outro
- 19.** Existem funcionários treinados/dedicados ao uso do ultra-som?
 Não Sim
- 20.** Em média, quantos exames com ultra-som são realizados por ano?
 <20 entre 20 -50 entre 50-100 >100
- 21.** O centro dispõe de Comitê de Ética?
- 22.** Seu centro já participou de protocolos de estudos internacionais / multicêntricos?
 Não Sim
- 23.** Em caso de resposta afirmativa a questão anterior, cite os estudos mais recentes dos quais participaram:
- 24.** Em seu Centro existem profissionais treinados em "Good Clinical Practice" (GCP)?
 Não Sim
- 25.** Existe profissional especificamente treinado para coordenar estudos?
 Não Sim
- 26.** Qual tipo de documentação é utilizada no controle e acompanhamento dos pacientes?
 Prontuário em papel Prontuário eletrônico
- 27.** O acompanhamento dos pacientes tratados em seu Serviço é feito por:
 Médicos da própria equipe Médicos do hospital
- 28.** Em sua opinião quais seriam as maiores adversidades atuais em seu Centro para participação de protocolos internacionais? (liste as principais)

Gostaríamos de conhecer a sua opinião sobre os artigos comentados neste número.

Escreva para: mboero@solaci.org