

Na era dos anti-vegfs faz sentido fazer laser focal/grelha macular no tratamento do edema macular diabético?

Carlos Marques-Neves

Md; PhD; Faculdade Medicina Lisboa, CECV, CHLN/HSM

O RACIOCÍNIO MÉDICO, NA DECISÃO DE TRATAR

A base do raciocínio médico, quanto à necessidade de decidir uma ação médica perante a Sociedade é baseado fundamentalmente em 4 premissas: Proactividade em saúde, Manutenção da saúde, Restabelecimento da saúde, Qualidade de vida e adaptação da sociedade ao Homem deficiente, (direito à inclusão), com um ou mais factores dependendo dos autores.

Estes conceitos sempre holísticos na sua formulação-implementação foram criados com base em preceitos científicos, racionais e de equilíbrio emocional, que pretendem ser a base para a construção adequada da resposta, e em particular no caso faz sentido fazer tratamento com irradiação laser no Edema Macular Diabético?

Na decisão de tratar e como tratar esta matriz de opinião e conseqüente decisão tornou a incerteza da decisão médica mais ampla e vulnerável. Se acrescentarmos a esta matriz de decisão o bias da eficiência e o bias da informação médica, estão juntas as premissas para a indiscriminalidade das decisões.

Na história da medicina houve a necessidade de criar “a prova” do efeito, sendo este o principio da “medicina baseada na evidência(prova em português)”. Esta permite uma hierarquia de valores, que podem ser utilizados no sentido de normalizar com qualidade, mas também justificação de financiamento, decisão e inclusivé punição. Relativamente ao conceito de eficiência, que introduz o peso do custo é de salientar e ser crítico quanto aos modelos utilizados e da justeza da sua análise, incluindo a influência dos grupos económicos, para melhor discussão leia-se o editorial do BJO, Abril, 2014, por Virgil G *et al.*

A singularidade biológica, declina que a boa prática médica seja aquela que na sua essência está na base da relação médico doente “ o melhor, para o meu doente”.

Esta realidade centra-se no doente e na sua relação com o médico, o seu melhor tratamento e não a evidência da literatura isoladamente, tem em atenção premissas centradas no doente com riscos individuais, a sua integração no meio as suas necessidades, expectativas, variabilidade e no médico e nas suas capacidades.

Do exposto resulta que a resposta a uma pergunta simples, nem sempre é simples, no que se refere à pratica médica.

A fisiopatologia do edema macular diabético e as suas circunstâncias associadas de etiologia multifactorial, prevalência e incidência, fazem que em primeiro lugar, de que edema macular estamos a falar? Considerando a definição do ETDRS, mas é focal ou difuso, tem ou não isquemia associada, tem ou não tração? Quanto à sua comorbilidade sabemos depois do estudo de Wiscosin e relatado por Klein, 1984; que está associado à duração da diabetes, concomitância de HTA, uso de insulina, uso de diuréticos, sexo masculino, concentração da hemoglobina glicada e a coexistência de marcador de risco, proteinúria. Assim e considerando os últimos estudos e sua revisão sistemática, na Cochrane review, inicia-se a prova que a terapêutica antiangiogenica, Bevacizumab, Ranibizumab e Afliberceptp têm um efeito de ganho de visão de 3 linhas ou mais quando comparado com laser focal isoladamente, assim como menor risco de perder visão de 3 ou mais linhas, ao fim de 1 ano, associado a poucos eventos adversos numa meta analise que envolveu cerca de mil doentes, Cochrane Database of Systematic Reviews 2014. O numero de injeções foram de 7 no primeiro ano e 3 a 4 no segundo ano. Esta revisão vem levantar a questão da eficiência do melhor tratamento.

Os resultados dos estudos estabelecem um beneficio no uso de antiangiogenicos, sem diferenças entre os três analisados. No entanto não esclarece os subgrupos de edema macular, tal como definido no ETDRS, nem nos subgrupos de comorbilidades descritas previamente.

Nesse sentido e tendo em atenção a personalização do tratamento para o meu doente.

Na minha abordagem além do esquema de raciocínio já exposto, a decisão de tratar inicia-se pelo correcto diagnóstico, que no caso, inicia-se com a história clínica, para determinar os factores de risco associados que podem ter modulação positiva para a concomitância do tratamento; a angiografia para classificar a fisiopatologia do edema focal, difuso ou associado a isquemia, tal como definido por Klystra 1999; e o OCT para quantificar e diagnosticar alterações microestruturais.

Excluindo o raciocínio quando existe associação com formas proliferativas ou isquemia periférica intensa, o meu esquema de raciocínio é:

Utilizo em primeiro lugar a grelha macular em doses de fluência mínimas, com discriminação do efeito aferido pela menor marca visível observada com filtro verde, dirigido aos locais identificados pela angiografia se existentes. Caso o edema seja superior a 400 μm , ou com evidencia de edema isquémico, e ou alterações quísticas, uso em concomitância um dos antiangiogénicos, no subgrupo dos pseudofaúxicos e quando o edema é difuso, definido pela angiografia utilizo os corticoides intraviteos. Sempre que o edema reduz significativamente por efeito dos antiangiogénicos e ou dos corticoides, completo a grelha com laser, de modo a evitar o stress retiniano resultante do aumento e diminuição do

edema. No início do tratamento e sempre que o edema é resistente ao tratamento ou recorrente reavalio os factores de comorbilidade associados em cima descritos.

BIBLIOGRAFIA

Opinião do autor baseado na sua experiência e nas seguintes referências bibliográficas mais significativas, para este texto.

A nova Medicina, João Lobo Antunes, ed. FFMS e Relógio d'Água., 2011. Virgili G, Parravano M, Menchini F, Evans JR; Anti-vascular endothelial growth factor for diabetic macular oedema (Review); Copyright© 2014 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Klein R, Klein BE, Moss SE, Davis MD, DeMets DL. The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy. IV. Diabetic macular edema. *Ophthalmology* 1984;91(12): 1464–74. Klystra JA, Brown JC, Jaffe GJ, Cox TA, Gallemore R, Greven CM, et al. The importance of fluorescein angiography in planning laser treatment of diabetic macular edema. *Ophthalmology* 1999;106(11):2068–73. Gianni Virgili, Mariacristina Parravano, Francesca Menchini, et al. Cost-effectiveness of treatments for diabetic macular oedema: should we pay more attention to the appraisal and reporting of economic evaluations?; *Br J Ophthalmol* 2014 98: 421–422 originally published online June 20, 2013