



Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular n.º III - Mai./Jun. - 2016
Órgão Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular - Rio de Janeiro

SBACV RJ

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular
Regional do Rio de Janeiro

Palavra do Presidente

Atividades da Diretoria nos primeiros seis meses de gestão

Artigo Científico

Relato de caso e paralelo com Síndrome de
Kassabach-Merrit (Serviço de Cirurgia Vascular HUCFF)

Entrevista

A saúde vascular na rede pública

Especial

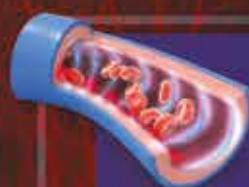
Um panorama das Reuniões Científicas da SBACV-RJ

Informangio

A participação da Regional na Ação Global

Flebon[®]

Pinus pinaster (Pycnogenol[®])
Extrato seco - 50 mg



AUMENTA A RESISTÊNCIA
DA CAMADA ENDOTELIAL ³



PROTEGE O VASO
SANGÜÍNEO E REFORÇA
O TÔNUS VENOSO ⁴



REFORÇA AS PAREDES
DOS CAPILARES ³

**ALÍVIO RÁPIDO E EFICAZ
NOS SINTOMAS DA DVC^{1,2}**

CONTRAINDICAÇÕES: Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula.
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: Não há evidência científica de eventos adversos e alteração de eficácia terapêutica em caso de ingestão simultânea de Flebon[®] com outros medicamentos.

Flebon[®] (*Pinus pinaster* - Pycnogenol[®]). **Apresentação:** embalagem com 30 comprimidos. **Indicações:** na prevenção das complicações causadas pela insuficiência venosa, prevenção da síndrome do viajante e no tratamento da fragilidade vascular e do edema, especialmente nos membros inferiores. **Contraindicação:** hipersensibilidade a qualquer um dos componentes da fórmula. **Advertência e precaução:** não há cuidados especiais quando administrado corretamente. O extrato de *Pinus pinaster* está classificado na categoria B de risco na gravidez. **Interação medicamentosa:** não há evidência científica de interações medicamentosas. **Reações adversas:** até o momento só foi relatada a seguinte reação adversa rara: desconforto gastrointestinal leve e transitório, podendo ser evitado administrando Flebon[®] após as refeições. **Posologia:** problemas circulatórios venosos, fragilidade dos vasos e inchaço (edema): tomar um comprimido de 50 mg três vezes ao dia, via oral. A dose pode ser ajustada a critério médico. **Síndrome do viajante:** tomar quatro comprimidos três horas antes de embarcar, quatro comprimidos seis horas depois da primeira tomada do medicamento e dois comprimidos no dia seguinte. **M.S.:** 1.0390.0181. **Farmoquímica S/A.** CNPJ 33.349.473/0001-58. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** SAC 08000 25 01 10. Para ver o texto de bula na íntegra, acesse o site www.fqm.com.br. Material destinado exclusivamente aos profissionais de saúde habilitados a prescrever e dispensar medicamentos. **Referências Bibliográficas:** 1.Cesarone, MR et al. Comparison of Pycnogenol[®] and Dalfon[®] in treating chronic venous insufficiency: a prospective, controlled study. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*. 2006; 12(2): 205-212. 2.Cesarone MR et al. Rapid Relief of Signs/Symptoms in Chronic Venous Microangiopathy With Pycnogenol[®]: A Prospective, Controlled Study. 2006; 57 (5): 569-576. 3.Rhee-Evans CA, Miller NJ, Paganga G. Structure-antioxidant activity relationships of flavonoids and phenolic acids. *Free Radical Biology & Medicine*. 1996; 20(7): 933-956. 4.Rohdewald P. A review of the French maritime pine bark extract (Pycnogenol[®]), a herbal medication with a diverse clinical pharmacology. *International Journal of Clinical Therapeutics*. 2002; 40(4): 158-168.

JULHO - 2016

Material destinado exclusivamente à classe médica

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.



Palavra do Presidente*Atividades da Diretoria nos primeiros seis meses de gestão*

05

Editorial*O tempo voa, e nós, da Sociedade, estamos atentos...*

07

Palavra da Diretoria Científica*Foco na educação continuada*

08

Palavra do Secretário-Geral*Relatório aos sócios!*

09

Defesa Profissional*QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde*

11

Imagem vascular*Falso aneurisma de arco aórtico em paciente portadora de vasculite*

14

Artigo Científico*Trombocitopenia severa no pós-operatório de reparo endovascular de aneurisma de aorta abdominal volumoso – relato de caso e paralelo com Síndrome de Kassabach-Meritt*

15

Artigo Científico*Tratamento endovascular da dissecção de aorta torácica tipo B e suas complicações: relato de caso*

20

Artigo Científico Internacional*Tevar for adult false aneurysm following open repair of aortic coartaction*

25

Espaço Ecografia Vascular*Papel da ecografia vascular nas trombozes ilíaco-femorais*

30

Entrevista*A saúde vascular na rede pública do Rio de Janeiro*

32

Especial*SBACV-RJ contribuindo para o aprimoramento científico de seus sócios*

34

Artigo*Rol de Procedimentos por Patologia Vascular*

38

Serviço*Não se deixe enganar...*

40

Informangio*Noite de reunião científica no auditório do Cremerj*

42

*A SBACV-RJ na Ação Global: na luta pela melhoria da saúde vascular na área pública**Em reunião com Diretores da SBACV-RJ, o Cremerj confirma o apoio à causa Vascular**569ª Reunião Científica Fora de Sede***Eventos**

46

Revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular Maio/Junho 2016
Presidente

Carlos Clementino dos Santos Peixoto

1º Vice-Presidente

Sergio Silveira Leal de Meirelles

2º Vice-Presidente

Arno von Buettner Ristow

Secretário-Geral

Breno Caiafa

1º Vice-Secretário

Guilherme Peralta Peçanha

2º Vice-Secretário

Felipe Francescutti Murad

Tesoureiro-Geral

Cristiane Ferreira de Araújo Gomes

1º Tesoureiro

Adilson Toro Feitosa

2º Tesoureiro

Bernardo Cunha Senra Barros

Diretor Científico

Julio Cesar Peclat de Oliveira

1º Vice-Diretor Científico

Marcos Areas Marques

2º Vice-Diretor Científico

Daniel Autran Burlier Drummond

Diretor de Eventos

Francisco João Sahagoff de D. V. Gomes

1º Vice-Diretor de Eventos

Paulo Marcio Goulart Canongia

2º Vice-Diretor de Eventos

Leonardo Stambowsky

Diretor de Publicações Científicas

Leonardo Aguiar Lucas

1º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Leonardo Silveira de Castro

2º Vice-Diretor de Publicações Científicas

Stenio Karlos Alvim Fiorelli

Diretor de Defesa Profissional

João Augusto Bille

1º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Felipe Beer

2º Vice-Diretor de Defesa Profissional

Carlos Enaldo de Araujo Pacheco

Diretor de Patrimônio

Marcio Arruda Portilho

1º Vice-Dir. de Patrimônio

Almar Assumpção Bastos

2º Vice-Dir. de Patrimônio

Marcello Capella Moritz

Presidente na gestão anterior

Julio Cesar Peclat de Oliveira

DIRETORIAS INSTITUCIONAIS
Diretor de Informática

Átila Brunet Di Maio Ferreira

Vice-Diretor de Informática

Felipe Silva da Costa

Público

Luiz Alexandre Essinger

Jurídico

Adalberto Pereira de Araújo

Científico

Alberto Coimbra Duque

Publicações

Carmen Lucia Lascasas Porto

Planejamento Estratégico

Paulo Roberto Mattos da Silveira

Residência Médica

Paulo Eduardo Ocke Reis

Vice-Residência Médica

Bruno Morrison

Eventos

Alessandra Fois Camara

Informática

Ruy Luís Schmidt Pinto Ribeiro

Associações Médicas

Raimundo Luiz Senra Barros

Cirurgia Endovascular

Marcus Humberto Tavares Gress

Convênios

Ney Abrantes Lucas

Ações Judiciais

Jackson Silveira Caiafa

Defesa Profissional

Adriana Rodrigues Vasconcellos

Departamentos de Gestão
Relacionamento SUS

Rubens Giamboni Filho

Pós-Graduação

Carlo Sassi

Educação Continuada

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Ciro Denevitz de Castro Herdy

Cristina Ribeiro Riguetti Pinto

Marcelo Andrei Sampaio Lacativa

Marco Antonio Alves Azizi

DEPTOS CIENTÍFICOS
Doenças Arteriais

Celestino Afonso Oliveira Martins

Edilson Ferreira Feres

Fernando Tebet Ramos Barreto

João Marcos Fonseca e Fonseca

Luiz Henrique Coelho

Rogério Cerqueira Garcia de Freitas

Doenças Venosas

Angela Maria Eugenio

Daniel Marques Figueiredo Leal

Enildo Ferreira Feres

Gisele Cardoso Silva

Acesso Vasculares

Hermógenes Petean Filho

Leonardo Oliveira Harduin

MÉTODOS ESPECIAIS
Escleroterapia

Marília Duarte Brandão Panico

Laser

Rosa Claudia Guarido Enes Cota

Radiofrequência

Alexandre Cesar Jahn

Espuma

Diogo Di Battista de Abreu e Souza

Doenças Linfáticas

José Carlos Mayall

Monica Rochedo Mayall

Métodos Diagnósticos
Não Invasivos

Barbara Beatriz Couto Ruivo

Clóvis Bordini Racy Filho

Karla Gomes de Abreu

Luiz Paulo de Brito Lyra

Nostradamus Augusto Coelho

Sergio Eduardo Correa Alves

Vivian Carin Ribeiro Marino

Angiorradiologia e Cirurgia
Endovascular

Alberto Beer

Alexandre Molinaro Corrêa

Ana Cristina de Oliveira Marinho

Brunno Ribeiro Vieira

Guilherme Nogueira Dutra

Rodrigo Soares Cunha

Feridas

Felipe Pinto da Costa

Francisco Gonçalves Martins

José Amorim de Andrade

Julio Diniz Amorim

Maria de Lourdes Seibel

Cirurgia Experimental
e Pesquisa

Bernardo de Castro Abi - Rama

Chimelli

Nivan de Carvalho

Breno França Vieira

Microcirculação

Mario Bruno Lobo Neves

André Marchiori

Trauma Vascular

Bruno Miana Caiafa

 Eduardo Feres (*In memoriam*)

Rita de Cassia Proviatt Cury

Renata Pereira Jollo

Rodrigo Andrade Vaz de Melo

Fórum Científico

Helen Cristina Pessoni

Eduardo André Simas Lemos

Laerte Andrade Vaz de Melo

Marise Claudia Muniz de Almeida

SECCIONAIS
Coordenação

Gina Mancini de Almeida

Norte

Eduardo Trindade Barbosa

Noroeste - 1

Eugenio Carlos de Almeida

Tinoco

Noroeste - 2

Sebastião José Baptista Miguel

Serrana - 1

Eduardo Loureiro de Araújo

Serrana - 2

Celio Feres Monte Alto Junior

Médio Paraíba - 1

Luiz Carlos Soares Gonçalves

Médio Paraíba - 2

Marcio José de Magalhães Pires

Baixada Litorânea

Antonio Feliciano Neto

Baía de Ilha Grande

Sergio Almeida Nunes

Metropolitana 1
Niterói

Edilson Ferreira Feres

Metropolitana 2

Simone do Carmo Loureiro

Metropolitana 3
Nova Iguaçu

Joé Gonçalves Sestello

Metropolitana 4
São Gonçalo

José Nazareno de Azevedo

Metropolitana 5
Duque de Caxias

Fabio de Almeida Leal

Conselho Científico

Antonio Rocha Vieira de Mello

Alda Candido Torres Bozza

Carlos Eduardo Virgini Magalhães

Carlos José Monteiro de Brito

Henrique Murad

Ivanésio Merlo

José Luis Camarinha

do Nascimento Silva

Julio Cesar Peclat de Oliveira

Manuel Julio José Cota Janeiro

Marcio Leal de Meirelles

Marília Duarte Brandão Panico

Rossi Murilo da Silva

Sérgio Silveira Leal de Meirelles

Vasco Lauria da Fonseca Filho

**Órgão de divulgação da
Sociedade Brasileira de Angiologia
e de Cirurgia Vascular
do Rio de Janeiro**

 Praça Floriano, 55 - sl. 1201 - Centro
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-050
Tel.: (21) 2533-7905 / Fax.: 2240-4880
www.sbacvrj.com.br

Jornalista Responsável

Márcia Asevedo

Mtb: 34.423/RJ

Projeto Gráfico e Diagramação

Julio Leiria

Coordenação, Editorial e Gráfica

Selles Comunicação

Av. Rio Branco, 185 - sala 913 - Centro

CEP: 20040-007 - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2233-0005

e-mail: selles@shcom.com.br - www.shcom.com.br

 Textos para publicação na Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular devem
ser enviados para o e-mail: neidemiranda@sbacvrj.com.br

Contato para anúncios: sra. Neide Miranda

(21) 2533-7905 - (21) 7707-3090 - ID 124*67443 - neidemiranda@sbacvrj.com.br



Atividades da Diretoria nos primeiros seis meses de gestão

Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto - Presidente da SBACV-RJ.

Prezados Colegas,

Desde que assumimos a gestão, em 19 de janeiro, temos trabalhado de forma intensa para manter o foco e as ações da gestão anterior. Além de estabelecer as prioridades da nossa Diretoria, com base na educação continuada e na Defesa Profissional, procuramos desde o início reduzir a inadimplência através de medidas que estimulassem os associados a manter atualizados os seus pagamentos com a SBACV. Para isto, criamos o Clube de Vantagens, para os sócios adimplentes, em diversas frentes, como: na realização de *check-up*, assessoria jurídica, assessoria contábil, aquisição de automóveis, seguros, diversões, entretenimento e atualização científica, além da parceria com uma empresa que auxilia na estruturação e estatística para a publicação de trabalhos científicos e descontos para realização do curso de preparação para a prova de título de Especialista. Outra atividade é a criação do Arquivo Virtual Vascular, sob auxílio e orientação do Professor Doutor Carlos José de Brito, que está em execução.

Criamos a Liga Acadêmica de Cirurgia Vascular em três faculdades: Souza Marques, UNIG e Estácio. Desta forma, os acadêmicos, desde o início da faculdade, passam a conhecer a Especialidade de forma ampla. Esta ação visa, principalmente, a torná-la atraente. Manter as reuniões científicas

com alto padrão científico e ter a presença maciça dos associados, residentes e os acadêmicos da Liga é um dos nossos pilares.

Montamos um canal de contato direto do associado com a nossa Diretoria. Através dele, o sócio poderá sugerir, criticar e dar sua colaboração à nossa gestão. A atualização do site é prioridade e está em andamento. A luta pela Defesa Profissional com a implantação, de forma ampla junto à saúde suplementar (planos, seguradoras e cooperativas de saúde), do Rol de Procedimentos nas Patologias Vasculares é necessária e legítima. Pela longa defasagem dos nossos honorários, com o não pagamento de auxiliares e instrumentadoras nas cirurgias, se fez necessário buscar o apoio junto ao Cremerj para caracterizar que o movimento é devido e ético.

Buscar o apoio dos colegas é o grande desafio do movimento para justificar os benefícios à sua adesão, e que os colegas que não aderirem poderão receber "sanções" por este Conselho. O nosso objetivo não é de induzir "punição" a ninguém, e sim de mostrar que a união fará a diferença para a obtenção dos nossos objetivos. Explicar à população que a nossa causa é justa e o nosso movimento tem por objetivo dar um melhor padrão de atendimento.

Através de uma negociação "saudável", junto às

fontes pagadoras, explicar, justificar e convencê-las que ao melhorar os nossos honorários poderemos nos manter em constante atualização, manter consultórios e salas de atendimentos modernas e limpas, com atendimento profissional pela equipe junto aos pacientes, este é o nosso único intuito.

Participamos de mais de quarenta entrevistas nas mídias. O foco é divulgar a nossa Especialidade com informações éticas e que ajudem a população em geral no reconhecimento de possíveis sintomas vasculares, de forma precoce, para evitar suas temidas complicações. Na Ação Global, que ocorreu no Caju, estivemos próximos de cerca de 90.000 pessoas em busca de informações para diversas necessidades. Foi muito gratificante estar próximo dos que, realmente, precisam de atenção e auxílio moral e econômico.

A Reunião Científica realizada em Penedo foi um sucesso, com a presença de quase 50 associados da SBACV-RJ. Pudemos discutir importantes temas. O debate sobre a Defesa Profissional foi um dos pontos altos do evento, procuramos nos aproximar dos colegas de fora da capital para conhecermos suas dificuldades e podermos colaborar de forma ativa na sua solução.

Ainda este ano realizaremos o 2º Fórum da Saúde Vascular na Área Pública, quando discutiremos temas que afetam a população que procura o atendimento público. Esperamos contar com a presença de candidatos a prefeito, à Assembleia Legislativa e Câmara de Vereadores nas eleições de outubro. Nesta reunião, entregaremos um conjunto de propostas como soluções para o setor a estes candidatos.

Em outubro, está programada a nossa ida a Salvador para o Curso de Espuma no tratamento de pacientes com insuficiência venosa dos membros inferiores. Neste Curso, a SBACV-RJ estará viabilizando, em parceria com a iniciativa privada, a ida de vários representantes dos hospitais públicos. O nosso objetivo é que esta grave enfermidade, negligenciada há anos na Saúde Pública, possa ter uma opção ao seu tratamento de forma mais rápida, eficaz e com menores custos.

Temos trabalhado bastante. A SBACV- RJ merece a nossa dedicação de forma plena. Agradeço a minha leal e competente Diretoria, que tem se empenhado, na realização do Programa de Ações. E elas serão contínuas... Fiquem certos!

Abraços!



O tempo voa, e nós, da Sociedade, estamos atentos...

Dr. Leonardo Aguiar Lucas - Diretor de Publicações Científicas da SBACV-RJ.

O tempo passa muito depressa, e para acompanhar tanta rapidez muitas mudanças e transformações acontecem no dia a dia. A Diretoria da SBACV-RJ tem se empenhado para acompanhar toda essa movimentação, por meio da atualização, do compartilhamento e da gestão das demandas apresentadas à Sociedade.

Periodicamente, acontece a reunião da Diretoria da Regional com o objetivo de cumprir o papel de dar andamento a todas as propostas elencadas na ocasião da posse da nova gestão. Todas as decisões tomadas são discutidas exaustivamente para que o melhor caminho seja direcionado.

Nesta edição, inclusive, vamos abordar o caminho percorrido pelo Rol de Procedimentos Vascular. O documento foi aprovado por unanimidade na Assembleia Geral da SBACV-RJ realizada na 1ª Convenção da Sociedade, e validado, no que diz respeito à ética, pelo Conselho Regional de Medicina. Algumas questões já evoluíram, e seria bom que todos estivessem cientes do assunto, que é de extrema importância para nossa Especialidade.

Ainda sobre Defesa Profissional, três Conselheiros do Cremerj, que também são Vasculares, concederam uma entrevista à nossa Revista sobre a situação da Saúde Vascular na rede pública do Rio de Janeiro. Vale conferir o ponto de vista de nossos colegas.

Os colegas também poderão ler os artigos selecionados por esta Diretoria no intuito de cumprir o papel de ser um canal de atualização científica, com seções focadas neste conteúdo. Aproveitando a campanha de incentivo de comparecimento às reuniões científicas da nossa Regional, dedicamos a seção Especial para contar um pouco desta história que começou em 1953. Há muita riqueza neste conteúdo.

Não deixe de conferir as atividades relacionadas à nossa Regional na seção Informangio, além de acompanhar as datas dos próximos eventos da Especialidade, em prol do engrandecimento da nossa Especialidade e conhecimento científico.

Aproveito a oportunidade para reiterar que a nossa Revista é elaborada para todos os colegas e conta com sua contribuição para nosso processo de aperfeiçoamento. Sendo assim, ressaltar a importância da participação de todos nos enviando casos apresentados nas reuniões científicas da Sociedade, para publicação em nossa Revista. Com o bônus de concorrer ao Prêmio Rubens Carlos Mayall, que dá direito ao autor do trabalho a uma viagem para um congresso internacional com as despesas pagas (inscrição, passagens aéreas e hospedagem).

Um abraço.



Foco na educação continuada

Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira - Diretor Científico da SBACV-RJ.

Prezados colegas,

É com muita satisfação que apresentamos este pequeno relatório das atividades desenvolvidas ao longo dos seis primeiros meses da gestão do amigo Carlos Peixoto. Eu e meus companheiros de Diretoria, Marcos Areas e Daniel Drumond, temos nos empenhado para garantir que em nossas reuniões científicas seja apresentada sempre uma seleção variada de temas da Angiologia, da Cirurgia Vascular e da Ecografia, além de assuntos de interesse geral, como os preparativos na área da Saúde para as Olimpíadas. Isso tem gerado grande participação de associados, não apenas nas reuniões ordinárias, realizadas na capital, como também nas reuniões fora de sede, que além de levar aos colegas que residem em outros municípios a oportunidade de educação continuada, de atualização de conhecimentos, sem a necessidade de deslocamento para o Rio de Janeiro, oferece a todos nós a oportunidade de reencontro com os amigos e de troca de experiências.

Gostaria de destacar aqui a reunião realizada nos dias 24 e 25 de junho em Penedo. Agradeço ao colega Luiz Carlos Soares Gonçalves, Diretor da Seccional, pela primorosa organização do evento, e à Gina Mancini, Coordenadora de nossas Seccionais, pelo empenho e trabalho dedicado para manter nossos companheiros dos municípios fluminenses integrados em todas as atividades científicas de nossa Regional.

Além das reuniões científicas, já iniciamos os preparativos da montagem da programação científica do Encontro Carioca de 2017, e temos inclusive convidados internacionais. Em breve faremos a divulgação de seus nomes e temas.

Finalmente, agradeço o apoio fundamental que temos recebido do nosso Presidente em todos os projetos desta Diretoria. Estamos à disposição para receber sugestões de todos os associados sobre temas e propostas de atividades.



Relatório aos sócios!

Dr. Breno Caiafa - Secretário-Geral da SBACV-RJ.

Dedico este espaço para informar o trabalho que foi realizado pelo Presidente da Regional do Rio e sua Diretoria nesses primeiros seis meses de gestão, honrando o compromisso firmado pelo Dr. Carlos Clementino dos Santos Peixoto, em seu discurso de posse no dia 21 de janeiro. Não ficamos um dia sequer sem nos dedicarmos à sociedade e aos interesses e necessidades dos sócios. Cada diretor assumiu com muito empenho sua função, sempre com vontade de inovar e superar o que já foi realizado em outras gestões.

Muitas ideias e muitos projetos já estão sendo executados, como o exemplo da nossa revista de Angiologia e de Cirurgia Vascular da SBACV-RJ (Diretoria de Publicações, Dr. Leonardo Lucas, Dr. Leonardo Castro e Dr. Stenio Fiorelli). Desde a primeira edição do ano, modernizou com um belo projeto gráfico, incluindo novas seções, como o Espaço da Ecografia e Artigo Científico Internacional. A revista está mais leve, mais objetiva e mais atraente aos leitores.

Da mesma forma, tem sido intensa a dedicação da Diretoria de Informática (Dr. Átila Brunet e Felipe Costa), junto a nossa assessoria de Marketing, para o lançamento do novo site; mais dinâmico e interativo, que estará disponível em breve.

Lembro que para cada passo a ser executado muitas reuniões são necessárias, sempre sob a supervisão do Presidente, Dr. Carlos Peixoto, da Vice-Presidência com os Dr. Sergio Meirelles e

Arno Von Ristow; com a participação da Secretaria-Geral com os Drs. Breno Caiafa, Guilherme Peralta e Felipe Murad. Propomos-nos e estamos cumprindo um encontro fixo semanal, toda quinta-feira, no qual, junto com a tesouraria (Dra. Cristiane Araújo, Dr. Adilson Feitosa e Dr. Bernardo Barros), discutimos todos os assuntos da Diretoria Executiva e traçamos metas a serem alcançadas.

Neste mesmo dia, à tarde, nosso Presidente permanece na sede para reuniões com alguma assessoria ou com algum diretor, estando também disponível para qualquer sócio que necessite resolver alguma questão. Reuniões com todas as Diretorias também são realizadas mensalmente. A Diretoria de Patrimônio (Drs. Márcio Arruda Portilho e Almar Assumpção Bastos e Marcello Capella Moritz) está sempre presente nas reuniões mensais.

Ainda nesta gestão, foi criado o Clube de Vantagens, com o objetivo de oferecer benefícios aos sócios: descontos em instituições ligadas à saúde, como a realização de *check-up* na Med Rio, a distribuição de Jalecos com a logo da sociedade (para exercício da atividade profissional), *bottons* para divulgação e identificação dos sócios em eventos e realização de curso preparatório para prova de título de especialista. Recentemente foi fechada uma Consultoria para elaboração de trabalhos científicos e assessoria para adequação de artigos, monografias e teses, às regras para publicação em Revistas das nossas especialidades, para todos os sócios adimplentes, por uma equipe especializada da Uerj.

A Diretoria Científica (Drs. Julio Peclat, Marcos Areas e Daniel Drummond) preparou o excelente XXX Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro. Evento dinâmico, abrangente, inovador, com temas científicos atuais e três convidados internacionais; mais um sucesso de público. Nesse encontro foram divulgados e distribuídos o novo Estatuto e o Regimento Interno da SBACVRJ, que estão disponíveis para os sócios no site e na nossa sede. Foi realizado uma reunião com os Diretores das Seccionais, e tivemos a presença de importantes representantes da SBACV Nacional, CRM, CBC, AMB, Sindicato para discussão de assuntos de defesa profissional.

Foram realizadas três Reuniões Científicas no Auditório do Cremerj, e uma Fora de Sede, que congregou mais de 60 sócios, em um agradável fim de semana em Penedo, com a organização do Diretor da Seccional Médio-Paraíba 1, Dr. Luiz Carlos Soares Gonçalves e da Coordenadora das Seccionais da SBACV-RJ, Dra. Gina Mancini de Almeida.

A Diretoria de Eventos (Drs. João Sahagoff, Paulo Márcio Canongia e Leonardo Stambowsky) esteve sempre em consonância a todos esses eventos, organizando a parte social e na captação de colaboradores. Vale lembrar que, em 09/05, foi realizado um evento social no Shopping da Gávea, uma sessão de cinema para os sócios participantes das duas primeiras reuniões científicas.

Participamos, em 21/05, da Ação Global, no bairro do Caju, um mutirão de solidariedade que contou com a participação de instituições que ofereceram diversos serviços à população. Lá divulgamos ao público a importância da Angiologia e da Cirurgia Vascular, distribuimos cartilhas (que também serão entregues aos sócios) e esclarecemos dúvidas da população; que é um

dos objetivos de comunicação da Diretoria da SBACV-RJ nesta gestão.

Por fim, um dos mais importantes objetivos dessa gestão é a defesa profissional, a luta pela melhoria dos honorários médicos e condições de trabalho. A Diretoria de Defesa Profissional (Drs. João Augusto Bille, Felipe Beer e Enaldo Pacheco), junto com a comissão especial do ROL e a Diretoria Executiva, tem realizado incessantes reuniões para a Implantação do ROL. Realizamos reunião com o Cremerj, no dia 27/6, com assinatura de documento ratificando o compromisso do CRM com o nosso movimento.

Providenciamos que a Assessoria de Imprensa e de Marketing realize uma ampla divulgação de cada passo do movimento em todas as mídias, e contato com advogados do nosso departamento jurídico para nos embasar em cada passo a ser dado. Participamos da Mesa de Defesa Profissional, no Encontro Mineiro, para discussão e divulgação nacional do ROL, assim como nossos representantes na SBACV já o discutem em âmbito nacional. Estaremos em breve divulgando uma Convocação de Assembleia, visando a reforçar o Movimento de Implantação do ROL nas diversas operadoras de planos de saúde. Estamos atentos e em comunicação direta com o CRM e AMB quanto às questões de procedimentos vasculares realizados por profissionais não médicos e médicos de outras Especialidades.

Saibam que a nossa sociedade só conseguirá vencer qualquer desafio se estiver unida. Por isso, convoco a participação de todos os sócios no maior número de eventos, reuniões e, principalmente, na Assembleia, cuja data será divulgada, para que possamos, juntos, defender nossas Especialidades e nossa Sociedade.



QUALISS - Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde

Dr. João Augusto Bille - Diretor de Defesa Profissional da SBACV-RJ

Texto elaborado com apoio da Assessoria Jurídica da SBACV-RJ

A Resolução Normativa DC/ANS n.º 405, em vigor desde 09 de maio de 2016, dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS e dá outras providências.

O QUALISS objetiva a melhoria da qualidade setorial mediante o estabelecimento de atributos de qualificação, bem como a forma pelos quais estes serão obtidos, avaliados e divulgados ao público.

A adesão ao Programa é voluntária e os prestadores de serviços interessados deverão manter os elementos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES atualizados com a inclusão dos atributos de qualificação, inclusive as informações referentes a certificados de acreditação.

Os atributos de qualificação são elencados conforme o tipo de prestador de serviços, a saber: I) *prestadores de serviços hospitalares*; II) *prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais*; III) *profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios isolados*; e IV) *prestadores de serviços de Hospital-Dia Isolado* (art. 4º).

Os atributos da qualidade poderão ser utilizados para a composição dos reajustes nos contratos entre prestadores de serviços e operadoras de planos de assistência à saúde, assim como na definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, desde que atendidas às disposições das resoluções e instruções normativas que tratam das regras de contratualização.

A análise dos atributos, a seu turno, será promovida pelas denominadas “Entidades Participantes”, que serão responsáveis pelo monitoramento, avaliação e envio de dados para a ANS. A relação das entidades participantes credenciadas, colaboradoras (conselho de profissionais da área da saúde) e gestoras será disponibilizada no sítio eletrônico da ANS.

Neste ponto é importante promover a diferenciação entre o QUALISS, que corresponde a todo o complexo de qualificação setorial, do PM-QUALISS, que representa um sistema de medição da qualidade dos prestadores de serviços inserido no âmbito do primeiro.

O PM-QUALISS disponibilizará informações através de indicadores nos domínios: I) *estrutura*, que compreende os recursos físicos, humanos,

materiais e financeiros; II) *segurança*, que objetiva a redução do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde; III) *efetividade*, determinada pelo grau de obtenção dos resultados esperados; e IV) *centralidade no paciente*, que consiste na percepção de satisfação associada ao relato de experiência, escuta atenta, comunicação e envolvimento do paciente nas decisões.

O Capítulo VIII da Resolução Normativa DC/ANS n.º 405/2016, que trata da divulgação da qualificação dos prestadores de serviços pelas operadoras, somente entrará em vigor a partir de 1º de janeiro de 2017.

A íntegra da Resolução Normativa pode ser consultada em www.ans.gov.br.

Quem poderá ser reconhecido como entidade acreditadora: pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência ou de metodologia de acreditação emitido pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pela *The International Society For Quality in Health Care* – ISQua para executar programas de acreditação de prestadores de serviços de saúde;

ou pessoas jurídicas que estejam em processo de reconhecimento pelo INMETRO ou pela ISQua.

Entidades colaboradoras: quem poderá ser reconhecido como entidade colaboradora: pessoas jurídicas que cumpram os seguintes requisitos: ser instituto de pesquisa com experiência na área de avaliação da qualidade em saúde, vinculado a Instituição de Ensino Superior ou Entidades Científicas + atuar há pelo menos 2 anos quando do pedido do seu reconhecimento pela ANS; ou ser reconhecida como Entidade Acreditadora de Serviços de Saúde na forma da RN n.º 405/2016, desde que já tenha obtido o reconhecimento de competência ou metodologia de acreditação emitido pelo INMETRO ou pela ISQua; ou ser conselho de profissionais da área da saúde; ter representação no Brasil.

Público-alvo: sociedade em geral; beneficiários de planos de saúde; prestadores de serviços e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Prestadores elegíveis: todos os prestadores integrantes da rede assistencial das operadoras.



Vem aí o
4º prêmio Mayall

Prepare o seu trabalho.

Terapia compressiva no tratamento pós-operatório imediato

Providenciar materiais compressivos para pacientes após uma cirurgia é um dos procedimentos padrão usados não só em flebologia como também em outras especialidades, como a ortopedia.

Materiais compressivos são também recomendados em diversas diretrizes.^{1,2} A compressão no pós-operatório tem como objetivo evitar a dor, hemorragias e hematomas, edemas e tromboflebite, além de ser uma medida profilática para trombose. Atualmente, na literatura, não existem dados que especifiquem a duração ideal da compressão pós-operatória. Porém, muitos estudos indicam que quanto maior o tempo, melhores serão os resultados.^{3,4} (Recomenda-se o uso de meia medicinal após o tratamento com a Struva® 35).

As bandagens tradicionais, usadas no dia a dia hospitalar, ocupam mais tempo e necessitam maior esforço da equipe médica. Sua eficácia (gradiente de pressão graduada) e a pressão de compressão, dependem do entendimento e competência do profissional que aplica as bandagens. Estudos recentes mostram que o gradiente de pressão diminui até 65% nos primeiros dois dias, mesmo em bandagens de multicamadas, aplicadas com todo o cuidado.⁵

Além disso, as bandagens podem dificultar a mobilidade e o bem estar do paciente, reduzindo a adesão e, consequentemente, o sucesso do tratamento.

A Struva® 35 foi desenhada especialmente para satisfazer as necessidades do uso de compressão no pós-operatório imediato. A estrutura plana da malha evita complicações como constrições e edema de janelas. A Struva® 35 combina elevada segurança médica com eficácia. A colocação da meia é fácil e deve ser feita na sala de cirurgia. Isso reduz os tempos de ocupação da sala e a equipe médica tem maior flexibilidade.

Declaração



Prof. Dr. Hugo Partsch

"O conceito struva® proporciona compressão após a ablação de veias varicosas por via cirúrgica, endovenosa ou escleroterapêutica, resolvendo a lacuna entre as meias trombofiláticas e as meias compressivas, como é prescrito na prática diária. Os produtos struva® são também muito úteis no pós-operatório de outras situações das extremidades inferiores."

Prof. Dr. med. H. Partsch

Presidente Honorário de UIP, Viena (Áustria)



Struva® 35
com ou sem faixa
superior em silicone



medi Butler Hospitalar
Patenteado pela medi, o calçador hospitalar torna mais simples e rápido o calçar

Entregamos em domicílio



Produtos Médicos
vendas e aluguel

www.medishop.com.br
facebook.com/medishop.br

BARRA

Av. Ayrton Senna, 1850 Loja S
Tels.: (21) 3150-3930 / 3150-3924

BOTAFOGO

Rua Voluntários da Pátria, 126
Tels.: (21) 2286-2485 / 2527-4109 / 2527-3955

CENTRO

Rua do Ouvidor, 130 loja E e F
Tels.: (21) 2508-8993 / 2507-0282 / 2688-7620

HUMAITÁ

Rua General Dionísio, 07 - Lojas A e B
Tels.: (21) 2286-0440 / 2535-2223 / 2286-5537

medi

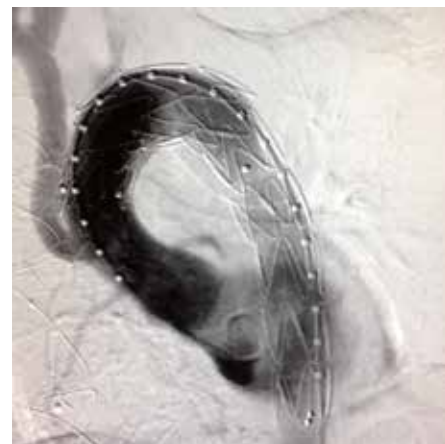
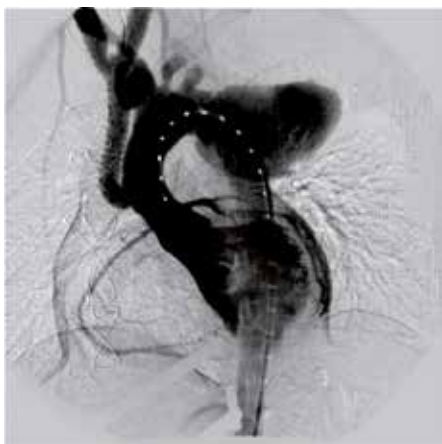
medi.eu me sinto melhor

www.medibrasil.com
facebook.com/medioficial

Falso aneurisma de arco aórtico em paciente portadora de vasculite

Maurício de Amorim Aquino

Membro Titular da SBACV – Atual Presidente da SBACV-BA – Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV; Título de Especialista em Ecografia Vascular pela SBACV; Título de Especialista em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela SBACV.



Mulher, 23 anos, portadora de vasculite cutânea granulomatosa, com melhora dos sintomas associados ao uso de corticoterapia; durante investigação para tuberculose (PPD reagente), referiu dor torácica com irradiação para região esternal e dispneia.

Angiotomografia evidenciou aneurisma sacular em arco aórtico, aneurisma sacular na origem do tronco arterial braquiocéfálico, aneurisma sacular na origem da artéria carótida comum esquerda e oclusão da artéria subclávia esquerda.

Os aneurismas de aorta em pacientes jovens estão geralmente relacionados às vasculites,

como a arterite de Takayasu (mais provável nesta paciente). Outra causa menos comum e que pode mimetizar Takayasu é a arterite por tuberculose, geralmente secundária à disseminação da infecção por *Mycobacterium tuberculosis* dos pulmões e mediastino para a aorta, mas geralmente esses aneurismas não acometem múltiplos sítios.

A paciente foi submetida à cirurgia híbrida, com *debranching* em troncos supra-aórticos seguido do implante da Endoprótese E-Vita (Jotec) 26 X 26 X 170 mm, em arco aórtico, por acesso retroperitoneal e conduto em íliaca comum direita (artérias femorais de calibre reduzido).

Trombocitopenia severa no pós-operatório de reparo endovascular de aneurisma de aorta abdominal volumoso – relato de caso e paralelo com Síndrome de Kassabach-Meritt

Severe thrombocytopenia in post-operative endovascular repair of massive aortic abdominal aneurism – case report and comparison to Kassabach-Meritt Syndrome

Joana P. Sardenberg; Prof. Gaudencio Epinosa; Prof. Marcio Filippo; Luciana M Farjoun;
Ana Cristina de O. Marinho; Carla F. Gonçalves; Guilherme Campos; Rafael Rezende da Costa;
Alessandra Collares; Fernando Tebet; Luiza Máximo; Camila Chulvis.
Serviço de Cirurgia Vascular – Hospital Clementino Fraga Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro – HUCFF/UFRJ

Resumo:

No reparo endovascular de aneurisma de aorta (EVAR), são descritas complicações mecânicas relacionadas ao enxerto, porém complicações inflamatórias e sistêmicas também podem acontecer. O conjunto dessas alterações constitui a síndrome pós-implante (PIS). Neste relato, apresentamos um caso em que a paciente evoluiu com plaquetopenia severa no décimo sétimo dia de pós-operatório de reparo endovascular de aneurisma de aorta abdominal volumoso. Baseado nesse fato, traçamos um paralelo entre a trombocitopenia da Síndrome Pós-implante com possível caso de Síndrome de Kassabach-Merritt.

Palavras-chave:

Síndrome pós-implante; trombocitopenia; EVAR; aneurisma de aorta abdominal

Abstract:

Endovascular repair of aortic aneurysms (EVAR) are described mechanical complications related to the graft, but inflammatory and systemic complications may also occur. The combination of these complications are the post-implant syndrome (PIS). In this report, we present a case in which the patient developed severe thrombocytopenia on the seventeenth day of post operative endovascular repair of large abdominal aortic aneurysm. Based on this fact, we draw a parallel between thrombocytopenia and syndrome Post-implant with possible case of Kassabach-Merritt syndrome.

Key words:

Post-implantation syndrome; thrombocytopenia; EVAR; Abdominal Aortic Aneurysm

Introdução:

Em todos os tipos de cirurgias, o grande desafio são as complicações pós-operatórias. No reparo endovascular de aneurisma de aorta (EVAR), são frequentes as complicações mecânicas associadas ao enxerto e à anatomia do aneurisma, bem como as complicações sistêmicas e inflamatórias, conhecidas como Síndrome Pós-implante (PIS).

Esta síndrome se caracteriza por um conjunto de alterações sistêmicas que podem se manifestar de diversas formas. Porém, atualmente, não há nenhum critério diagnóstico estabelecido para avaliação da PIS, o que dificulta o registro de casos. A Síndrome de Kassabach-Meritt (SKM), por outro lado, constitui-se por intensa coagulopatia por consumo, com plaquetopenia severa e sangramentos, num contexto de tumor vascular.

Sendo assim, questiona-se se a plaquetopenia por consumo da PIS teria comportamento simi-

lar a SKM no contexto de um aneurisma de aorta volumoso. Para tal resposta, seriam necessários mais estudos em que se avaliaria o comportamento desses aneurismas no pós-operatório.

Objetivo:

Relatar complicação hematológica no tratamento endovascular do aneurisma de aorta e discutir um possível caso de Síndrome de Kasabach-Meritt, como forma de Síndrome Pós-Implante (PIS).

Relato de Caso:

MNM, 71 anos, sexo feminino, negra, hipertensa em uso de três medicações, diabética não insulino-dependente, hipotireoidea e tabagista de carga tabágica 40 maços/ano, vinha em investigação de doença renal crônica (ureia 102 e creatinina 1,92). Realizou, então, ultrassonografia de vias urinárias em que se identificou aneurisma de aorta abdominal volumoso. Prosseguindo investigação, foi submetida à angiotomografia de

aorta abdominal em que se identificou AAA volumoso (11,7 X 7,8 cm) – figura 1.

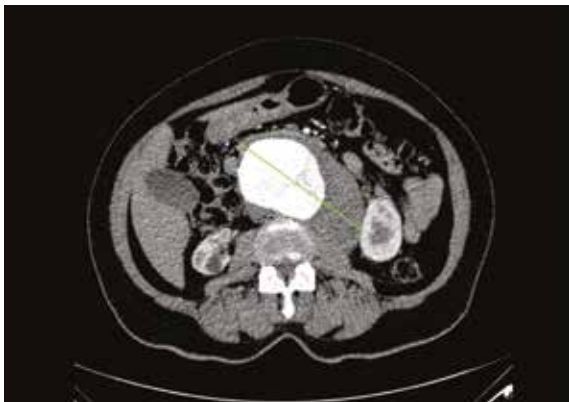


Figura 1

Ao exame físico, paciente obesa, com dificuldade de deambulação, apresentando abdome globoso de difícil palpação com massa pulsátil periumbilical de difícil delimitação, levemente doloroso em fossa ilíaca esquerda. Membros aquecidos com todos os pulsos palpáveis.

Foi submetida a reparo endovascular (EVAR) do aneurisma de aorta com endoprótese Endurant 28 X 13 X 170 cm com extensão contralateral 28 X 120 cm em íliaca direita, com boa evolução pós-operatória. Foi submetida também a implante de cateter duplo J, pela equipe de Urologia, devido à hidronefrose esquerda por compressão extrínseca pelo aneurisma. Recebeu alta assintomática 10 dias após a cirurgia – figura 2 e figura 3.



Figura 2



Figura 3

No décimo sétimo dia de pós-operatório, apresentou hematúria maciça espontânea (figura 4) com plaquetopenia severa (4000 mil/mm³), sem instabilidade hemodinâmica e sem outros comemorativos. A paciente foi submetida à transfusão de concentrados de plaquetas, porém não obteve resposta. No prosseguimento de investigação clínica realizou exames hematológicos que confirmaram plaquetopenia severa, sem identificação de plaquetas na periferia.



Figura 4

Durante evolução do quadro, a paciente apresentou petéquias disseminadas e manutenção da hematuria, com contagem de plaquetas documentadas em 0 mil/mm³. Além disso, apresentou um pico febril isolado, com culturas negati-

vas. Não houve alteração da leucometria, nem dos tempos de coagulação. Houve persistência de anemia leve com parâmetros hematimétricos estáveis, sem necessidade de hemotransfusão. Resultados de dosagem de fatores de coagulação não se alteraram.

Aventadas as hipóteses de Purpura Trombocitopênica Idiopática (PTI) e Trombocitopenia Induzida pela Heparina (HIT), iniciou-se tratamento com pulsoterapia de corticoide e imunoglobulina humana, além da suspensão do uso da medicação anticoagulante. Ainda assim, realizou-se angiotomografia de controle que não evidenciou endoleak nem outras complicações mecânicas relacionadas ao enxerto – figura 5.



Figura 5

Não houve resposta satisfatória ao tratamento farmacológico, com persistência da trombocitopenia e sangramento. Exames laboratoriais não evidenciaram alterações imunológicas, portanto foram descartadas as hipóteses de Trombocitopenia Induzida pela Heparina e Purpura Trombocitopênica Idiopática.

Estava-se diante de um quadro de trombocitopenia severa associada a um processo trombo gênico pós-operatório relacionado a aneurisma de aorta volumoso.

Discussão:

A Síndrome Pós-implante (PIS) é caracterizada por febre, leucocitose, aumento de proteína C-reativa e alterações da coagulação no pós-

-operatório. Atualmente, não há nenhum critério diagnóstico estabelecido para avaliação da PIS, o que dificulta o registro de casos.

A incidência dessa síndrome é incerta, porém estudos recentes mostram valores variando de < 20% até 60%. A etiologia da PIS também não está totalmente definida, mas se baseia em princípios fisiopatológicos de alguns fatores, tais como o meio de contraste, manipulação do trombo parietal, trombose do saco aneurismático e resposta inflamatória à superfície da prótese.

Autores descrevem que fatores desencadeantes da PIS seriam a interleucina IL-6, liberada pela superfície do trombo durante a manipulação intra-operatória e a interleucina IL-8, liberada por estímulo do material do enxerto, sendo o poliéster o mais relacionado. O tratamento da PIS é simples e se baseia em cuidados sintomáticos com anti-inflamatórios comuns e conduta expectante.

Por outro lado, a Síndrome de Kasabach-Merritt se caracteriza por coagulopatia por consumo no contexto de um tumor vascular (hemangioendoteliomas kaposiformes e angiomas em tufo até hoje descritos), caracterizada por trombocitopenia severa, anemia microangiopática, hipofibrinogenemia e aumento dos produtos de fibrinólise. Esse fenômeno está relacionado ao sequestro de plaquetas e fatores de coagulação pelo tumor vascular, resultando em coagulação intravascular disseminada.

A apresentação clínica se dá basicamente com a presença de petéquias e contagem de plaquetas abaixo de 10000. Cinquenta por cento dos casos cursam com sangramentos de variadas formas. Achados clínicos e laboratoriais são: plaquetopenia, hipofibrinogenemia, aumento de d-dímero (>1) e, em alguns casos, evidências laboratoriais de hemólise.

Diante desses fatos, questiona-se: poderia o fenômeno de Kassabach-Merrit ocorrer na presença de aneurisma de aorta volumoso durante o processo de trombose do saco aneurismático que ocorre no pós-operatório?

Sendo assim, o aneurisma se comportaria como um tumor vascular que, através de uma lesão endotelial, deflagraria a cascata de coagulação, levando à coagulopatia por consumo.

Conclusão:

Reações inflamatórias são esperadas no pós-operatório de implante de endoprótese de aorta.

A PIS pode se manifestar em amplo espectro, com diversas formas de apresentação. Nos aneurismas volumosos, observamos intensa coagulopatia por consumo, que poderia levar o paciente a um possível quadro e Síndrome de Kasabach-Merritt. Para melhor elucidação do caso, seriam necessários mais estudos sobre os fenômenos relacionados ao pós-operatório de EVAR e suas manifestações.

Referências Bibliográficas:

1. De Brito, Carlos José. Cirurgia Vascular - Cirurgia Endovascular - Angiologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda., 2014.

2. D'Ayala, Marcus MD; Deitch, Jonathan S. MD; Wise, Leslie MD. Complications of Endovascular Surgery for Abdominal Aortic Aneurysms. Department of Surgery, New York Methodist Hospital. Current Surgery , volume 61, número 2. Abril, 2004.

3. Bischoff, MS; Hafner, S; Able, T; Peters, AS; Hyhlik-Dürr, A; Böckler, D. Incidence and treatment of postimplantation syndrome after endovascular repair of infrarenal aortic aneurism.

ms. Universidade de Heidelberg. Gefässchirurgie 5. 2013.

4. Kelly, Michael. Kasabach-Merritt Phenomenon. Department of Pediatrics, Division of Hematology/Oncology/Bone Marrow Transplant, Medical College of Wisconsin. Milwaukee, USA. Pediatric Clin N Am 57 (2010) 1085 – 1089.

5. Larsen, Eric C; Zinkham, William H; Eggleston, Joseph C; Zitelli, Basil J. Kasabach-Merritt Syndrome: Therapeutic Considerations. Pediatrics . v. 79 No 6. June 1987.

6. Greenberg, Edythe M; Kaled, Elizabeth S. Thrombocytopenia. Department of Leukemia, Houston, USA. Crit Care Nurs Clin N Am 25 (2013) 427 - 434.

Tratamento endovascular da dissecação de aorta torácica tipo B e suas complicações: relato de caso

Pablo da Silva Mendes^{1*}, Fabio Luiz Costa Pereira^{2*}, Fabrício Machado Rossi^{3*}, Carlos André Daher Santos^{4*}

1. Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV); Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV; Título de Especialista em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela SBACV.

2. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV); Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV; Título de Especialista em Ecografia Vascular pela SBACV.

3. Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV); Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV.

4. Membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV); Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV.

* SBACV-ES

Resumo:

A dissecação de aorta tipo B de Stanford tem altas taxas de morbidade e mortalidade em sua forma complicada. Está indicado o tratamento cirúrgico ou endovascular quando ocorre rápido aumento do diâmetro, sinais de ruptura, síndromes isquêmicas ou dor intolerável. Os autores relatam o caso de uma paciente de 47 anos, com diagnóstico de dissecação tipo B de aorta torácica com seguimento de 14 meses, evoluído com quadro clínico de dor torácica incoercível. Optou-se pelo tratamento endovascular.

Palavras-chave:

Dissecação de aorta torácica, TEVAR.

Abstract:

Type B stanford Aortic dissection has high rates of morbidity and mortality in a complicated way. It is indicated for surgical or endovascular treatment when there is rapid increase in the diameter of rupture, ischemic syndromes or intolerable pain. The authors report the case of a 47 years old patient diagnosed with type B dissection of the thoracic aorta and followed for 14 months; presenting intrac-table chest pain. It was opted for endovascular treatment.

Key words:

Aortic dissection, TEVAR.

Introdução:

A dissecação de aorta tipo B de Stanford (não envolve a aorta ascendente) ocorre em pacientes mais jovens com elevada mortalidade em decorrência de complicações diretas da doença¹. Predomina no sexo masculino (3:1), aproximadamente 25 a 30%³ necessitam de intervenções cirúrgicas devido às complicações. Raramente evoluem com resolução espontânea.

Determinar o melhor método de tratamento para pacientes com dissecação de aorta tipo B sempre foi um desafio intrigante para os cirurgiões. Frequentemente confrontamos entre o equilíbrio da abordagem conservadora e as abordagens cirúrgicas (tratamentos cirúrgicos convencionais ou endovasculares). Com a elevada taxa de mortalidade cirúrgica das dissecações do tipo B com complicações agudas, muitos centros de referência têm adotado o uso da terapia endovascular da aorta torácica (TEAT) com maior frequência. Com a aprovação de dispositivos para o TEAT pelo FDA (*Food and Drug Administration*), está ocorrendo uma ampliação das indicações para o tratamento de todos os tipos de dissecações do tipo B e suas complicações².

Relato de caso:

Paciente feminina: 47 anos, em acompanhamento clínico de um quadro de dor torácica aguda há 14 meses e diagnóstico de dissecção de aorta torácica tipo B e hipertensão refratária. Submetida à angiotomografia, que demonstrou a presença de dissecção de aorta descendente com diâmetro de 5,3 cm (crescimento de 1,7cm em 4 meses) e luz verdadeira diminuta (figura 1A e 1B). Adotamos neste caso o algoritmo publicado por Dr. Michael D. Dake (figura 2) ^{5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17}, visto que a paciente apresentava vários fatores preditivos de ruptura com indicação terapêutica.



Figura 1 A

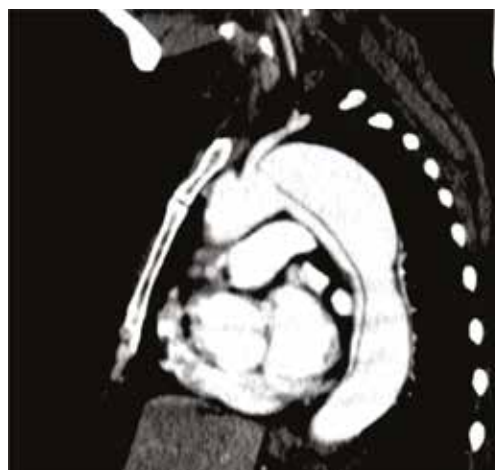


Figura 1 B

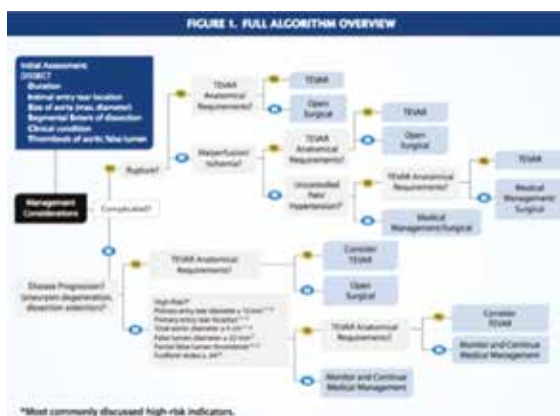


Figura 2

Paciente portadora de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) severa, sendo considerada de elevado risco pela cirurgia cardíaca para abordagem convencional naquele momento. Foi indicado o tratamento endovascular.

A dissecação com lesão aneurismática era justa artéria subclávia esquerda (ASE) e apresentava a distância de 1,7 cm da subclávia esquerda até o início da artéria carótida comum esquerda (ACCE) (Figura 3). Optou-se por realizar a técnica de "chaminé" com Viabahn pela ASE, interpondo a endoprótese C-TAG Gore até a ACCE. (Figura 4). Após liberação da endoprótese C-TAG e Viabahn sem *rapid pacing* (comprometimento da função cardíaca), observamos a migração da endoprótese perpetuando fluxo pela falsa luz da dissecação (Figura 5).

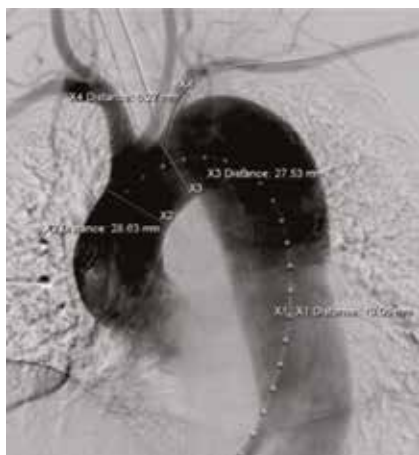


Figura 3 (medidas na tela confirmadas pela angiotomografia)

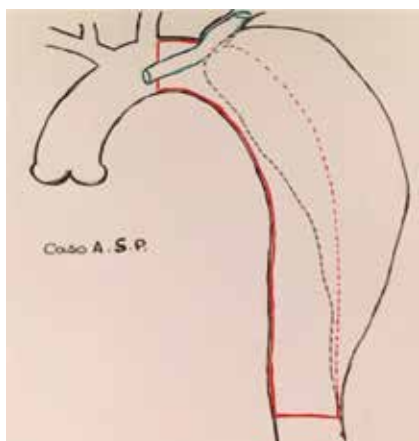


Figura 4

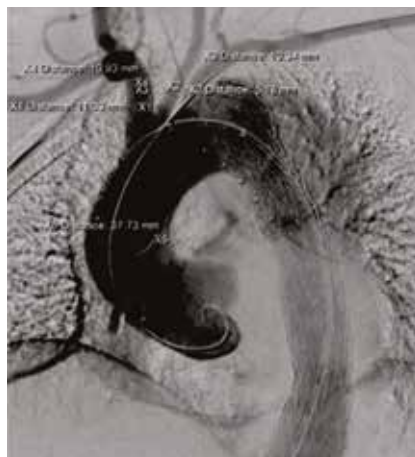


Figura 5

Frente ao cenário de migração da endoprótese pela angulação do arco aórtico e mantendo fluxo na falsa luz, optamos por procedermos a revascularização endovascular total dos ramos supra-aórticos¹⁸. Foram utilizadas uma endoprótese Viabahn no tronco braquiocéfálico (com introdutor na axilar direita); uma endoprótese Viabahn na ACCE (com introdutor pela mesma), conduzindo-os para a aorta ascendente; uma Viabahn pela ASE conduzida para aorta descendente (*retrograde flow*); uma endoprótese C-TAG GORE (40 X 150 mm) posicionada até aorta ascendente (Figura 6). Realizamos a liberação da endoprótese C-TAG, acomodação da mesma e, na sequência, liberamos os Viabahns. A angiografia de controle demonstrou a exclusão completa da dissecação com revascularização completa de todos os troncos supra-aórticos (Figura 7). A paciente evoluiu com alta hospitalar após três dias de internação. Angiotomografia após três meses do procedimento demonstra o sucesso técnico com exclusão total da dissecação e perviedade de todos os ramos supra-aórticos (Figura 8).

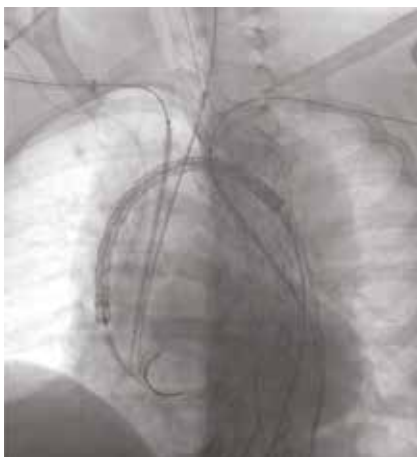


Figura 6

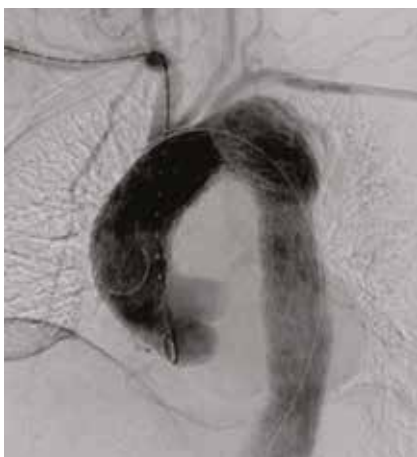


Figura 7



Figura 8

Discussão:

O tratamento convencional com substituição total de arco aórtico permanece entre as operações cardiovasculares mais desafiadores e complexas, com alta mortalidade e complicações associadas^{18,19}.

Com o avanço dos procedimentos endovasculares, Criado²⁰, no ano de 2007, publicou a utilização da técnica de chaminé para reparação parcial do arco aórtico (zona 1 ou 2). Mais tarde, Lobato²¹ relatou substituição total do arco aórtico (zona 0) com a técnica de sanduíche, quebrando barreiras no arco aórtico.

Inicialmente, a técnica de *stents* paralelos foi descrita para a recuperação de artéria renal coberta de forma inadvertida durante um tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal²². Acreditamos que técnicas de “Sanduíche, Chaminé e Snorkel” são de grande importância no tratamento dos aneurisma e dissecções no território aórtico, principalmente em situações de exclusão ou emergenciais.

Conclusão:

A reparação total do arco aórtico e dos troncos supra-aórticos com a técnica endovascular é uma realidade, técnica minimamente invasiva, devendo ser utilizadas em casos de exceções. Vale ressaltar que um bom planejamento é fundamental para o sucesso dos procedimentos. Entretanto, se faz necessária a realização de estudos relacionados ao tema para avaliarmos os resultados e podermos utilizá-los em nosso arsenal terapêutico diário.

Bibliografia

1. Nienaber CA, Cristoph A, Eagle KA, Nagai R, Sakomura Y, Weber F, et al. Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2003;108 Suppl 1:II312-7.
2. Abel DB. Innovation in regulation applied to descending thoracic aortic endografts. *Endovasc Today*. 2013;12:68-69,81.
3. Fattori R, Montgomery D, Lovato L, et al. Survival after endovascular therapy in patients with type B aortic dissection: a report from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *JACC Cardiovasc Interv*. 2013;6:876-882.
4. Svensson LG, Kouchoukos NT, Miller DC, Bavaria JE, Coselli S, Curi MA, et al. Expert consensus document on the treatment of descending thoracic aortic disease using endovascular stent-grafts. *Ann Thorac Surg*. 2008;85(1 Suppl):S1-41.
5. Trimarchi S, Eagle KA, Nienaber CA, et al. International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD) Investigators. Importance of refractory pain and hypertension in acute type B aortic dissection: insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2010;122:1283-1289.
6. Fattori R, Montgomery D, Lovato L, et al. Survival after endovascular therapy in patients with type B aortic dissection: a report from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *JACC Cardiovasc Interv*. 2013;6:876-882.
7. Akin I, Kische S, Ince H, Nienaber CA. Indication, timing and results of endovascular treatment of type B dissection. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009;37:289-296.
8. Nienaber CA, Kische S, Rousseau H, et al. INSTEAD-XL trial. Endovascular repair of type B aortic dissection: long-term results of the randomized investigation of stent grafts in aortic dissection trial. *Circ Cardiovasc Interv*. 2013;6:407-416.
9. Evangelista A, Salas A, Ribera A, et al. Long-term outcome of aortic dissection with patent FL: predictive role of entry tear size and location. *Circulation*. 2012;125:3133-3141.
10. Loewe C, Czerny M, Sodeck GH, et al. A new mechanism by which an acute type B aortic dissection is primarily complicated, becomes complicated, or remains uncomplicated. *Ann Thorac Surg*. 2012;93:1215-1222.
11. Weiss G, Wolner I, Folkmann S, et al. The location of the primary entry tear in acute type B aortic dissection affects early outcome. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2012;42:571-576.
12. Kato M, Bai H, Sato K, et al. Determining surgical indications for acute type B dissection based on enlargement of aortic diameter during the chronic phase. *Circulation*. 1995;92(9 suppl):II107-II112.
13. Takahashi J, Wakamatsu Y, Okude J, et al. Maximum aortic diameter as a simple predictor of acute type B aortic dissection. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2008;14:303-310.
14. Song JM, Kim SD, Kim JH, et al. Long-term predictors of descending aorta aneurysmal change in patients with aortic dissection. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:799-804.
15. Tanaka A, Sakakibara M, Ishii H, et al. Influence of the FL status on clinical outcomes in patients with acute type B aortic dissection. *J Vasc Surg*. 2014;59:321-326.
16. Tsai TT, Evangelista A, Nienaber CA, et al. International Registry of Acute Aortic Dissection. Partial thrombosis of the FL in patients with acute type B aortic dissection. *N Engl J Med*. 2007;357:349-359.
17. Marui A, Mochizuki T, Koyama T, Mitsui N. Degree of fusiform dilatation of the proximal descending aorta in type B acute aortic dissection can predict late aortic events. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2007;134:1163-1170.
18. Quintana E, Bajona P, Schaff H V, et al. Open aortic arch reconstruction after previous cardiac surgery: outcomes of 168 consecutive operations [published online ahead of print July 29, 2014]. *J Thorac Cardiovasc Surg*. PMID: 25152481.
19. Coselli J S, Green S Y, Zarda S, et al. Outcomes of open distal aorticaneurysm repair in patients with chronic DeBakey type I dissection [published online ahead of print August 2, 2014]. *J Thorac Cardiovasc Surg*. PMID: 25212053.
20. Criado F J. Chimney grafts and bare stents: aortic branch preservation revisited. *J Endovasc Ther*. 2007;14:823-824.
21. Lobato A C, Camacho Lobato L. Endovascular treatment of complex aorticaneurysms using the sandwich technique. *J Endovasc Ther*. 2012;19:691-706.
22. Lobato AC, Camacho-Lobato L. Endovascular treatment of complex aortic aneurysms using the sandwich technique. *J Endovasc Ther*. 2012;19:691-706.

TEVAR for adult false aneurysm following open repair of aortic coarctation

Authors: Mariano Castelli, Guillermo Pfund, Ignacio de Luca, Darío Chikiar,
Mariano Castelli, Paula Socias, Juan Padilla, Patricio Zaefferer.
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires.

Abstract

The narrowing of the aorta known as coarctation (CoA) is a common congenital malformation diagnosed and corrected during infancy in most cases. Those patients that had been surgically corrected, may develop false aneurysms (FA) at the repair site related to all methods of surgical correction. The endovascular procedure was proposed by several authors for the treatment of adult FA, and for other complications developed many years after surgical reconstruction. We describe our experience with TEVAR in four patients.

Caso N°1: 35 year old male patient with history of type B aortic arch interruption corrected at age 5 with a 16 mm Dacron graft interposition; mechanical aortic valve and ascending aorta replacement with bilateral subclavian bypass due to a 49 mm rapidly increasing ascending aorta aneurysm with moderately insufficient bicuspid aortic valve at age 29, that required reoperation for bleeding and for which he is currently under oral anticoagulation. He developed a 60 mm descending thoracic false aneurysm at the distal anastomosis of the Dacron interposition graft (Figure 1A). A two-staged hybrid repair was attempted at another institution; first a right to left carotid-carotid bypass with proximal left carotid occlusion was made and then, TEVAR exclusion of the false aneurysm was attempted but failed due to technical issues. After interdisciplinary approach at our institution, we decided to attempt endovascular repair, even though there was a prior failed attempt, as a third re-do operation would have been techni-

cally demanding and risky. Under general anesthesia through surgical right femoral access a Zenith TX 2 (Cook Medical, Bloomington, IN) was deployed into the descending aorta excluding the false aneurysm. As a type IB endoleak was seen in the intraoperative angiogram, an XXL Andrastent balloon expandable stent (Andramed, Reutlingen, DE) was deployed to achieve an adequate distal seal. 1-month CT angiography shows patent graft with a retrograde type II endoleak coming from both native subclavian arteries. The endoleak was addressed with endovascular treatment. Under general anaesthesia through percutaneous bilateral radial access both native subclavian arteries were plugged with a 14 mm Amplatzer Vascular Plug II (AGA Medical Corp, Plymouth, MN) and the false aneurysm coiled with three 20 mm Azur Framing coils (Terumo, Somerset, NJ) Postoperative CT angiography shows a recurrent type II endoleak from the left subclavian artery with right subclavian artery occluded.



Figure 1: A: Preoperative CT reconstruction. B- 1 month follow up CT scan after the first procedure shows type II endoleak from both subclavian arteries. C: CT scan after second procedure shows persistent type II endoleak from the left subclavian with right subclavian occlusion.

Case N°2: 34 year old female patient with history of childhood aortic coarctation repaired at age 3 with open patch aortoplasty who presents in a routine follow-up exam with an asymptomatic 60 mm false aneurysm of the aortic patch involving the origin of the left sub-

clavian artery (zone 2). The patient was treated with a two-stage procedure; first a left carotid-subclavian ePTFE bypass graft was made and then the pseudoaneurysm was excluded by deploying a 26 mm thoracic endograft and a left subclavian plug.



Figure 2-A: CT-angiography showing a 60 mm descending thoracic aorta false aneurysm involving the origin of the left subclavian artery. Innominate and left carotid arteries are not affected.

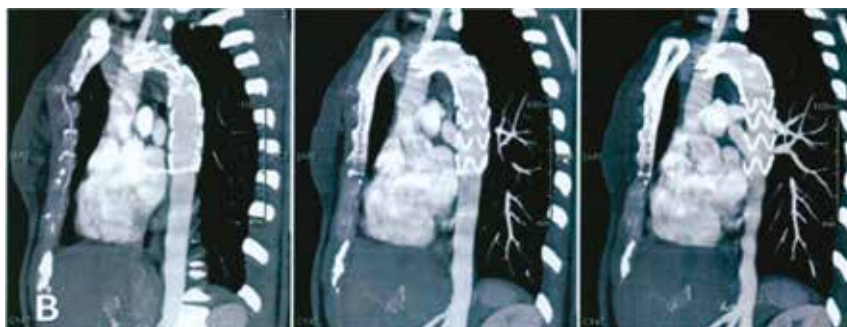


Figure 2 B: 5-year CT angiography shows complete exclusion of the false aneurysm with patent graft and sac shrinkage.

Case N°3: 38 year old male patient who was surgically treated when he was 2 y-o for aortic coarctation with a left subclavian artery patch, having an uneventful recovery. At age 28, he was studied because of arterial hypertension. A thoracic false aneurysm was suspected in a chest Xray and was confirmed with a CT Scan. The 70 mm false aneurysm originated immediately distal to a re-stenosis of the previously repaired coarctation. Having no space of healthy aorta distal to the left carotid artery, a right to left carotid-carotid bypass with proximal left carotid ligation was performed prior to the endovascular treatment. A

week later the endovascular procedure was done successfully, using two Relay Plus (Bolton Medical, Barcelona, ES) stent-grafts (24 X 145 mm and 28 X 145mm) to exclude the false aneurysm and after that, once the re-coarctated aorta was protected by the endograft, 16, 20 and 22 mm balloon angioplasty was performed in order to dilate it. The patient was lost to follow for 8 years until he came back last year. He was asymptomatic and a CT Scan was performed (fig 3). The false aneurysm is still completely excluded, the sac shrunk and both the carotid to carotid bypass and left carotid artery are occluded.



Figure 3-A: Intraoperative angiogram.

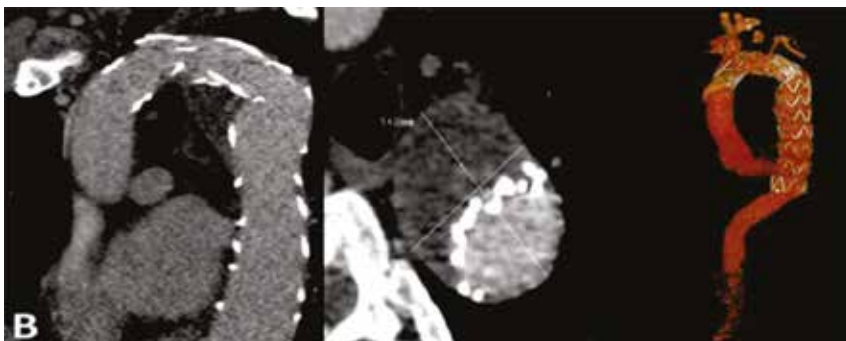


Figure 3-B: 8 years Control CT scan, the false aneurysm excluded.

Caso N°4: 55-year-old hypertensive female with history of aortic coarctation from the transdiaphragmatic aorta (T9) up to the level of the take-off of the superior mesenteric artery (L1) repaired at age 15 with an aortic 20-mm Dacron bypass graft (from T9 to L1). Twenty-one years later, she developed a false aneurysm at the distal anastomosis (L1, zone V1) successfully treated with another aorto-aortic bypass from the

prior graft to the native aorta. Both renal arteries were reimplemented to the second graft. In regular follow up visit, a Contrast enhanced magnetic resonance imaging and three-dimensional reconstruction computed tomography scan showed a 7 cm diameter pseudoaneurysm (1) at the proximal anastomosis (located at T9, zone V3; 7 cm above the celiac trunk and 14 cm below the left subclavian artery, figure). Distal anastomosis

and visceral arteries appeared intact. Due to the patient's prior surgical history and to high risk of visceral and spinal cord ischemia, open repair was deemed challenging and risky, so a decision was made to perform an hybrid approach with open cut-down access to the bypass and abdominal aorta and endovascular grafting of the pseudoaneurysm. Under general anesthesia, a median laparotomy was performed, identifying the bypass graft and diaphragmatic abdominal aortic stump. An 8-mm Dacron polyester graft was sutured to the bypass in an end-to-side fashion as a working channel to enhance prosthesis handling. Access to the abdominal aortic stump (above celiac trunk) was gained through a 9F introducer sheath and a pigtail catheter was progressed over a 0,035 inch guide wire into the aortic arch to perform diagnostic angiograms. An aorto-aortic graft-to-native aorta stump crossover maneuver was made to deploy the contralateral limb. Through the working channel, a 10 F sheath was inserted and a Lunderquist Extra Stiff wire (Cook Inc., Bloomington, IN) was advanced into the ascending aorta and the she-

ath was withdrawn. Subsequently, a 28x16x140 mm Powerlink unibody bifurcated aortic endograft (Endologix, Irvine, CA) was delivered to the descending thoracic aorta. The ipsilateral limb of the graft was placed into the bypass graft covering the false aneurysm, whereas the contralateral limb was opened in the abdominal aorta, above the celiac trunk. An angiogram revealed an ipsilateral limb type IB endoleak into the pseudoaneurysm. This resolved after deployment of a 20 x 25 x 65 mm distal extension cuff (Endologix, Irvine, CA) at the edge of the ipsilateral limb and low-pressure dilatation with an Amplatzer II 34 mm sizing balloon (AGA Medical). Completion angiogram showed total exclusion of the pseudoaneurysm with normal flow through the bypass and celiac and superior mesenteric arteries patency. The patient was transferred to intensive care unit postoperatively, where recovery was satisfactory with no complication. Patient was discharged at postoperative day five. At 3 years postoperative imaging, complete exclusion of the pseudoaneurysm was confirmed by computed tomography angiography.

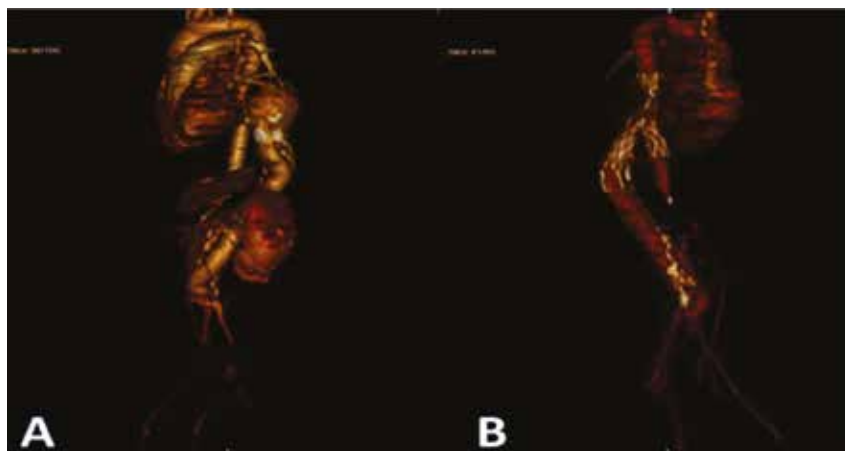


Figure 4: A: Preoperative 3D CT scan reconstruction showing the false aneurysm. B: 3 years follow up CT scan 3D reconstruction showing false aneurysm exclusion.

Discussion

CoA is the congenital narrowing of part of the aorta distal to the left subclavian artery, with an incidence of 0.3-0.4/1000 live births. Narrowing of the isthmus around the insertion of the arterial duct is the most common site of obstruction and leads to thoracic CoA ⁽¹⁾. The surgical treatment of coarctation with patch aortoplasty or angioplasty without stent presents high incidence of late complications like pseudoaneurysm ^(1, 2). Even with initial success, up to 9% of patients develop this lesion long after the procedure ⁽²⁾. According to Knyshov et al, conservative treatment of pseudoaneurysm after CoA surgical repair is unpredictable in short and medium follow-up, with 100% of rupture within 15 years ⁽³⁾. Open surgery after previous patch aortoplasty carries a 14% incidence of mortality or laryngeal nerve lesion and bleeding complications ^(4,5).

Different authors demonstrated that the use of stent-grafts for pseudoaneurysm post CoA is

safe and effective ^(1,4,5). In our cases we used three different stentgrafts, Relay Plus, Zentih TX2, and in one special case an abdominal bifurcated stent-graft, Powerlink.

Ince et. al. ⁽⁴⁾ in a series of six patients, described the occlusion of left subclavian artery in three cases without revascularization, and reported no complications. We needed to occlude the subclavian artery in two patients. In another case, the left carotid artery was also occluded to extend the proximal landing zone into healthy aorta. In all cases, target arteries were revascularized with carotid-subclavian or carotid-carotid by-pass with no complications.

Conclusion:

False aneurysms developing in adults after a prior CoA surgical correction during childhood can be treated safely with endovascular therapy. Nevertheless, long-term results still have to be expected.

References

1-. Perera A.H., Rudarakanchana N., Hamady M., Kashef E., Mireskandari M., Uebing A., Cheshire N.J., Bicknell C.D.: New-generation stent grafts for endovascular management of thoracic pseudoaneurysms after aortic coarctation repair. *J Vasc Surg* 2014; 60:330-6.

2-. Vriend JW, Mulder BJ. Late complications in patients after repair of aortic coarctation: implications for management. *Int J Cardiol* 2005; 101(3):399-406.

3-. Knyshov GV, Sitar LL, Glagola MD: Aortic aneurysms at the site of the repair of coarctation of the aorta. A review of

48 patients. *Ann Thorac Surg* 1996; 61: 935-939.

4-. Ince H., Petzsch M., Rehders T., Kische S., Körber T., Weber F., Nienaber C.A.: Percutaneous Endovascular Repair of Aneurysm After Previous Coarctation Surgery. *Circulation*. 2003; 108:2967-2970.

5-. García-Pavíaa P., Goicolea Ruigómez J., López-Mínguez J.R., Fresneda Roldán P., Nogales Asensiob J.M., Domínguez J.R., Segovíaa J., Alonso-Pulpóna L. Tratamiento endovascular de complicaciones tardías tras la reparación quirúrgica de la coartación aórtica. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(4):473-7.

Papel da ecografia vascular nas trombooses ilíaco-femorais

Felipe Coelho Neto

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV); Presidente da atual gestão SBACV-DF; Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV; Título de Especialista em Ecografia Vascular pela SBACV.

Anna Paula Sincos

Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV; Título de Especialista em Ecografia Vascular pela SBACV; Título de Especialista em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela SBACV; Membro da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV).

Igor Rafael Sincos

Doutorado em Técnica Cirúrgica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP; Título de Especialista em Cirurgia Vascular pela SBACV; Título de Especialista em Ecografia Vascular pela SBACV; Título de Especialista em Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular pela SBACV.

Paciente do sexo feminino, 40 anos, designer gráfica.

História da moléstia atual:

Há 12 anos, evento de trombose venosa profunda (TVP), tratada por 18 meses com Cumarina e drenagem linfática, com boa evolução. Desde então, sem acompanhamento médico adequado. Sua profissão exige que ela fique muito tempo em posição sentada. Nos últimos dois meses, refere grande desconforto na perna esquerda apesar de não apresentar edema. Relata que houve melhora após uso de medicação flebotônica.

Antecedentes pessoais:

- Foi realizada pesquisa de trombofilia, à época negativa.
- Realiza atividade física regularmente.
- Em uso regular de flebotônico.

Antecedentes familiares:

- Familiares com histórico de doença cardiovascular.
- Sem história de trombose venosa na família.

Exame físico:

- Diferença de 1 cm em coxa, perna e tornozelo (MIE > MID).

- Varizes reticulares em coxas e pernas (pior à esquerda).
- Dermatite ocre incipiente na perna esquerda.
- Pulsos cheios e simétricos bilateralmente.

Hipótese diagnóstica:

- Síndrome pós-trombótica MIE.
- Varizes secundárias à esquerda.

Conduta:

A paciente, apesar do diagnóstico de trombose venosa profunda (TVP) ilíaco-femoral à esquerda, não foi submetida à avaliação por imagem dos vasos ilíacos e veia cava inferior. À época do diagnóstico, foi afastada a hipótese de trombofilia e o quadro de TVP foi considerado como de causa indefinida.

Após avaliação clínica detalhada, a paciente foi submetida a Ecocolor-Doppler de veia cava e veias ilíacas. No exame a veia cava apresentava-se pérvia e com fluxo característico ao modo espectral, bem como a veia ilíaca comum direita. Foi possível identificar trabéculas luminais em veia ilíaca comum esquerda; e no ponto de cruzamento da veia ilíaca comum esquerda com a artéria ilíaca interna esquerda, observou-se

imagem que sugere compressão da veia pela artéria. O calibre da veia ilíaca comum esquerda apresentava-se diminuído em relação à veia contralateral, ratificando os achados das trabéculas luminais, compatível com síndrome pós-trombótica (recanalização parcial).

O tratamento inicial proposto consiste em medidas clínicas: meias elásticas, flebotônicos, drenagem postural, atividade física e prevenção de longos períodos em ortostase.

Nos casos sem melhora expressiva dos sintomas, procede-se a avaliação com exames complemen-

tares de imagem (angiotomografia/angiorressonância) para ratificação dos achados ultrassonográficos e avaliação da gravidade da compressão, bem como auxiliar na decisão terapêutica.

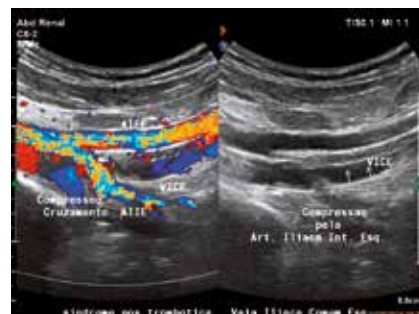
O Ecocolor-Doppler consolida-se como ferramenta indispensável na investigação dos casos de trombose venosa profunda, notadamente com extensão para veias ilíacas. O Cirurgião Vascular deve estar atento para o diagnóstico da síndrome compressiva das veias ilíacas como causa primária de TVP, assim como causa de varizes atípicas assimétricas de membros inferiores ou sintomas exuberantes unilaterais de membro inferior sem varizes aparentes.



Calibre VICD



Calibre VICE



Compressão VICE pela AIIE 1



Compressão VICE pela AIIE 2



Compressão VICE pela AIIE trabéculas 2



Compressão VICE pela AIIE trabéculas 3



Compressão VICE pela AIIE trabéculas



A saúde vascular na rede pública do Rio de Janeiro

Drs. Carlos Enaldo de Araújo Pacheco, Joé Gonçalves Sestello e Rossi Murilo da Silva
Conselheiros do Cremerj e Membros da Diretoria da SBACV-RJ.

A situação da saúde pública no estado do Rio de Janeiro tem sido exposta e criticada em diversos veículos de comunicação, atualmente. O funcionamento das unidades de saúde e as necessidades dos serviços nestas unidades são alguns dos temas noticiados.

Nesta edição, convidamos três cirurgiões vasculares, também Conselheiros do Cremerj, os Drs. Carlos Enaldo, Joé Sestello e Rossi Murilo, para falar um pouco sobre o funcionamento e as demandas, no caso dos serviços de Cirurgia Vascular, nas unidades de saúde do Estado. A SBACV-RJ e o Cremerj têm seguido em parceria em busca de soluções e respostas das autoridades competentes, com a realização de ações direcionadas a dar visibilidade à causa.

Revista da Vascular - Atualmente, como pode ser avaliado o Serviço da Cirurgia Vascular nos hospitais do estado do Rio de Janeiro?

Resposta: Existe uma desproporção entre a demanda e o número de vagas oferecidas, proporcionando um retardo no atendimento aos vasculopatas.

Revista da Vascular - Quanto às vagas ofertadas para Cirurgia Vascular nos concursos e contratações, são compatíveis?

Resposta: Em relação ao número absoluto de RH sim, mas pela forma de vínculo de contratação não. Os vínculos não são os adequados e, infelizmente, a situação do concurso não é exclusiva da Cirurgia Vascular devido a não haver concurso.

Revista da Vascular - Que ações têm sido realizadas para apresentar a necessidade da ampliação do cuidado em Cirurgia Vascular?

Resposta: A linha de cuidados em Cirurgia Vascular está fragmentada perante os municípios.

Em razão disso, a Sociedade, junto ao Conselho Regional de Medicina, está pontuando as deficiências das unidades públicas e sinalizando para o Ministério e demais autoridades competentes.

Revista da Vascular - "Mais da metade das pessoas que procuram a emergência hospitalar no estado do Rio, com problema de pé diabético, acabam sofrendo amputação". Baseado nesta afirmação, quais propostas apresentadas às autoridades de saúde já foram postas em prática e o que precisa ser feito? Que medidas, efetivamente, têm sido tomadas para prevenir essas amputações?

Resposta: Já apresentamos inúmeras vezes a importância do tratamento primário na atenção básica do paciente que é diabético e do portador de doença venosa, mas muito pouco foi feito pelas autoridades. Em razão disso, os pacientes já chegam com doenças avançadas e às vezes os casos são irreversíveis, evoluindo para amputações. O ideal seria haver maior incenti-

vo na atenção primária. Por exemplo, se o paciente diabético chega ao ambulatório e o médico consegue fazer um controle da glicemia, esse paciente não vai evoluir para amputação; o paciente que tem insuficiência venosa, se for orientado, tomar o remédio, usar meia elástica e medidas posturais, ele não vai evoluir com úlcera venosa. A precariedade da atenção básica, na maioria dos municípios, e ausência da regulação do estado em relação ao pé diabético são situações que precisam de mais atenção das autoridades.

Revista da Vascular - Como são definidas as urgências e cirurgias eletivas vasculares para diminuir a espera?

Resposta: O funcionamento é de acordo com a demanda e a conduta de cada serviço.

Revista da Vascular - Como avaliar a qualidade no trato a pacientes graves na rede pública?

Resposta: Infelizmente, os serviços ficam à mercê da estrutura das unidades, onde há carência constante de material e equipamentos.



1,5 ponto

Reuniões Científicas Mensais 2016

JUL

570ª Reunião Científica - 28 de julho (5ª feira)

Local: Auditório B do CBC – Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo – Rio de Janeiro

Horário: 19h30

AGO

571ª Reunião Científica - 25 de agosto (5ª feira)

Local: Auditório B do CBC – Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo – Rio de Janeiro

Horário: 19h30

SET

572ª Reunião Científica - 29 de setembro (5ª feira)

Local: Auditório B do CBC – Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo – Rio de Janeiro

Horário: 19h30

OUT

573ª Reunião Científica - 27 de outubro (5ª feira)

Local: Auditório B do CBC – Colégio Brasileiro de Cirurgiões
Rua Visconde Silva, 52 – Botafogo – Rio de Janeiro

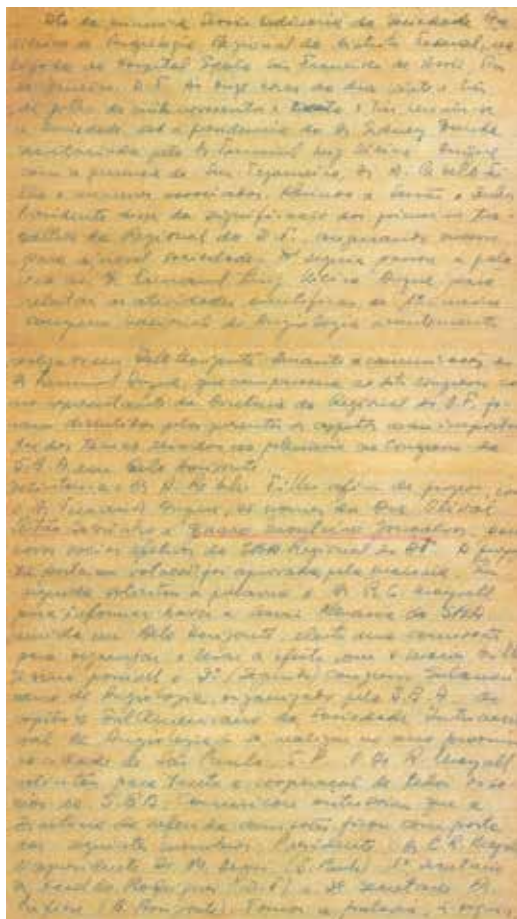
Horário: 19h30



SBACV-RJ contribuindo para o aprimoramento científico de seus sócios

Márcia Asevedo

Há mais de 60 anos a SBACV-RJ apresenta uma produção regular (periodicidade mensal), e de grande importância, de trabalhos científicos visando ao desenvolvimento da Angiologia e da Cirurgia Vascular. *“Em todas as reuniões a presença e participação dos associados são fundamentais na colaboração como espectadores e multiplicadores do saber, levando suas experiências e conhecimentos para a discussão com seus pares”*, explicou o Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Diretor Científico da SBACV-RJ.



Ata da primeira reunião ordinária - 1953.

As reuniões científicas da Regional começaram a existir em 1953, e, na primeira edição, foram contados 36 médicos presentes, inclusive o Dr. Antônio Luiz de Medina (falecido), que na época era graduando em Medicina; ele esteve presente na assinatura da ata da primeira reunião.

No ano de 2009, a Regional comemorou a sua 500ª reunião científica, durante a gestão do Dr. Ivanésio Merlo, atual Presidente da Nacional. O Dr. Medina também participou da sessão comemorativa pelas 500 reuniões realizadas, como Presidente de Honra. Na ocasião das comemorações, em depoimento, o especialista expressou sua alegria: “Quero agradecer a Deus por ter me dado o privilégio de estar na primeira e na quingentésima reunião científica”.

Embora existam sócios que vão a todas as reuniões, outros comparecem de vez em quando. Porém, a Diretoria da Regional considera de grande importância a participação de todos os sócios, isso porque, no que diz respeito à produção científica, as reuniões representam o dia a dia dos especialistas. Nesses encontros, os sócios apresentam casos clínicos dos serviços onde

trabalham e têm a chance de dividir, aprender e discutir casos, muitas vezes complicados, com os colegas. Além de ter papel fundamental no aprofundamento científico, o evento tem potencial de despertar novos valores entre os associados e levá-los cada vez mais a um padrão científico ainda mais elevado.

A reunião científica também tem a função de congregar os sócios da Regional do Rio em prol do fortalecimento da classe. A proximidade e o envolvimento dos associados com a Sociedade proporcionam maior adesão e unidade em ações voltadas à defesa profissional e evolução científica. A linguagem precisa ser a mesma; melhor entrosamento, melhor aceitação das ações propostas e mais mobilização em prol da Angiologia e da Cirurgia Vascular.

"A reunião científica também tem a função de congregar os sócios da Regional do Rio em prol do fortalecimento da classe."

Os encontros acontecem, normalmente, na cidade do Rio de Janeiro, intercalando com as datas de reuniões realizadas fora de sede, que acontecem com menos frequência. A organização do evento em outra cidade facilita o acesso dos especialistas que moram fora da cidade do Rio de Janeiro, além de promover a interação entre todos. Esta é uma forma de democratizar o conhecimento e a troca de informações.

As reuniões fora de sede já foram realizadas algumas cidades do Rio de Janeiro, como: Penedo, Búzios, Petrópolis e Paraty. Nestes casos, a organização é feita por representantes das seccionais, em parceria com o Diretor Científico e de Eventos.



Reunião científica no auditório do Cremerj.

Reuniões Fora de Sede.



O projeto principal da Diretoria da SBACV-RJ é agregar!

A partir dessa premissa, citada pelo Presidente Dr. Carlos Clementino Peixoto, a Diretoria da Regional tem focado em aumentar a participação dos sócios nos encontros da Regional e fortalecer o relacionamento entre eles e a Sociedade. Para isso, foi criado o projeto de incentivo à participação dos associados nas reuniões científicas promovido pela SBACV-RJ, para incentivar uma presença maior dos sócios adimplentes nestas reuniões.

"Estamos trabalhando para que a Sociedade seja cada dia mais dinâmica e profissionalizada, oferecendo possibilidades de crescimento. Pensamos em fazer um projeto para todos, queremos unir o grupo. Esse é o objetivo maior dessa gestão."

(Dr. Carlos Peixoto, Presidente da Regional do Rio, sobre o projeto de incentivo aos Especialistas).

Aliar educação continuada e entretenimento tem sido o caminho trilhado para a aproximação dos sócios. O primeiro evento foi uma sessão de cinema, no Cine Estação Gávea, em 09 de maio, a partir da distribuição de convites para os sócios adimplentes que participaram das duas primeiras reuniões científicas do ano. "Nós teremos outros eventos. Queremos organizar atividades que estimulem o associado para que ele possa sentir que a Sociedade o está acolhendo para uma melhoria das nossas Especialidades", disse o Dr. João Sahagoff, Diretor de Eventos da SBACV-RJ.



Drs. João Sahagoff, Sergio Leal de Meirelles, Marcio Arruda Portilho e Breno Caiafa no Cine Estação Gávea.

Os melhores trabalhos científicos são premiados

Mais um benefício aos associados mais participativos é a possibilidade de receber o Prêmio Rubens Carlos Mayall, que dá direito ao autor do trabalho a uma viagem para um congresso internacional com as despesas pagas (inscrição, passagens aéreas e hospedagem). *"Para concorrer, o trabalho deve ser publicado na revista da SBACV-RJ e apresentado em reunião científica da Regional, além de ser inédito"*, alertou o Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, Diretor Científico.

Criado e concedido pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, na gestão do Dr. Carlos Eduardo Virgini (2012), o Prêmio Rubens Carlos Mayall tem como principal objetivo incentivar a produção científica dos sócios

da Regional do Rio de Janeiro, e, de forma oportuna, homenagear a dedicação de um dos fundadores da Sociedade de Angiologia, o Dr. Rubens Carlos Mayall, que foi um importante especialista. Ele deixou um grande legado para várias gerações.

O Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, que ocupava o cargo de Diretor de Publicações Científicas à época, participou da criação do Prêmio. *"Criamos o Prêmio Rubens Carlos Mayall como estímulo às publicações científicas da Regional"*, explicou o Diretor.

Prêmios concedidos aos melhores trabalhos apresentados nos Encontros Cariocas da SBACV-RJ, para os autores:

- **Prêmio na 1ª edição:** participação no Veith Symposium, nos Estados Unidos;
- **Prêmio na 2ª edição:** participação no VIVA, em Las Vegas;
- **Prêmio na 3ª edição:** participação no American Venous Forum, em Orlando, nos Estados Unidos.

O autor premiado na quarta edição será apresentado no Encontro Regional de Angiologia e de Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro, que acontecerá em 2017.

As regras para participação no Prêmio podem ser encontradas no site da SBACV-RJ.



Entrega do Prêmio Mayall.

Conduzindo você e seu negócio a soluções de sucesso

condux

contabilidade - consultoria fiscal e tributária
departamento pessoal - legalizações

Rua República do Líbano, 61 gr. 1102
Centro - Rio de Janeiro - RJ

www.condux.com.br condux@condux.com.br

Ajudamos você a entender as suas necessidades fiscais, oferecendo soluções que o levarão a atingir os seus objetivos.

Tel/Fax
(21) 3203-4348



Dr. Sergio Silveira Leal de Meirelles - Vice-Presidente da SBACV-RJ, Secretário-Geral da SBACV.

Rol de Procedimentos por Patologia Vascular

A elaboração de uma lista hierarquizada de procedimentos que contemplasse todas as especialidades e remunerasse dignamente os serviços profissionais era, ao mesmo tempo, o anseio e o sonho da classe médica brasileira.

Com esse objetivo foi criada, em 2003, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), fruto de um trabalho conjunto da Associação Médica Brasileira e suas Sociedades de Especialidade, juntamente com o Conselho Federal de Medicina, utilizando a metodologia proposta pela Fipe – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo.

A CBHPM apresentava, na ocasião, um novo conceito e uma nova metodologia no referencial médico. Essa nova filosofia proposta pelas entidades médicas nacionais alterava também os princípios dos entendimentos e negociações com as diversas operadoras e prestadores de serviços de saúde.

Com o passar do tempo, no entanto, por diversos fatores, deixou de atender adequadamente a esse objetivo, no que tange a nossas Especialidades, mais especificamente aos diversos procedimentos relacionados à Cirurgia Vascular.

Um dos principais problemas foi que na sua elaboração foram criados dois Capítulos que eu chamaria de "especiais": o Capítulo 3, denominado "Procedimentos Cirúrgicos e Invasivos", no qual todos os procedimentos "vasculares" estão contemplados, e o Capítulo 4, denominado "Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos", no qual foram listados procedimentos que seriam realizados por radiologistas.

Embora isto não esteja escrito em nenhum lugar na referida Classificação, algumas operadoras e prestadores de serviços de saúde passaram a interpretar que o Cirurgião Vascular só poderia fazer uso dos itens contidos no Capítulo 3. Tal conceito dificultou mais ainda a nossa atividade quando passamos a realizar, com uma maior frequência, procedimentos endovasculares.

Outra interpretação intencionalmente equivocada foi aceitar apenas itens do Capítulo 4 quando realizamos qualquer procedimento endovascular. Algumas operadoras passaram a pagar por uma cirurgia de aneurisma de aorta abdominal o valor correspondente ao implante de um *stent* na aorta, ainda considerando, em uma atitude próxima ao deboche, que qualquer procedimento adicional, por ventura realizado durante esta cirurgia, por não constar no Capítulo 4, estaria incluído no

valor deste item (implante de *stent* em aorta).

A atual Diretoria da Nacional, capitaneada pelo nosso Presidente, Dr. Ivanésio Merlo, e com o inestimável apoio de Julio Peclat, atual Tesoureiro-Geral, após sucessivas e profícuas reuniões dentro da AMB, está corrigindo este absurdo e, com a inclusão de expressões como "qualquer técnica" e "cirurgia híbrida (com o emprego de ambas as técnicas)" adicionadas aos diversos procedimentos vasculares contidos no Capítulo 3, está corrigindo essa grave distorção. Isso permitirá, em um futuro bastante breve, que essa manobra das operadoras de saúde seja legalmente anulada.

A iniciativa da Regional Rio de Janeiro

Em 2014, durante a gestão de Júlio Peclat, foi realizado um grande trabalho pela SBACV-RJ, com assessoria de profissionais especializados e com comprovada experiência. Esse estudo mostrou que por mais que se elevem os valores dos procedimentos dentro da CBHPM, não serão alcançados valores satisfatórios para as cirurgias realizadas atualmente pelos Cirurgiões Vasculares, em curto prazo, não só no Rio de Janeiro, mas em todo o Brasil.

Assim, com intuito de permitir uma melhora significativa nos honorários médicos, o grupo de Vasculares, e merece destaque aqui o trabalho incansável de Breno Caiafa, atual Secretário-Geral da SBACV-RJ, responsável pelo trabalho, percebeu que agrupar conjuntos de procedimentos, que poderiam (ou não) vir a ser realizados concomitantemente ao procedimento principal,

permitiria que o alcance de honorários mais dignos fossem alcançados.

Essa listagem com o agrupamento de procedimentos foi intitulada Rol de Procedimentos por Patologia Vascular. O trabalho foi aprovado por unanimidade em assembleia da SBACV-RJ e sua legitimidade reconhecida pelo Cremerj.

É importante frisar que a adoção do Rol tem que ser acertada previamente com as operadoras, para que os colegas solicitem apenas o código principal e a operadora agrupe os códigos na ocasião de efetuar o pagamento. Assim, o Cirurgião não tem que pedir nem descrever que realizou qualquer procedimento que não tenha sido efetivamente realizado: basta pedir o código principal no ato da solicitação da cirurgia à operadora.

Além de vantajoso para os Vasculares, a adoção do Rol é benéfica para as operadoras também: com ele, as operadoras eliminam o trabalho de interpretação dos pedidos dos diversos Cirurgiões Vasculares: todos os pedidos seguem o acordado pelo Rol.

O que é importante entender é que, para que essa "combinação" com as operadoras tenha sucesso, é necessário contar com a união dos Cirurgiões Vasculares, de modo que as empresas se sintam pressionadas a adotar o Rol.

Carlos Peixoto, atual Presidente da nossa Regional, e sua Diretoria estão envolvidos integralmente nesse projeto. O próximo passo é contar com o apoio oficial da AMB.

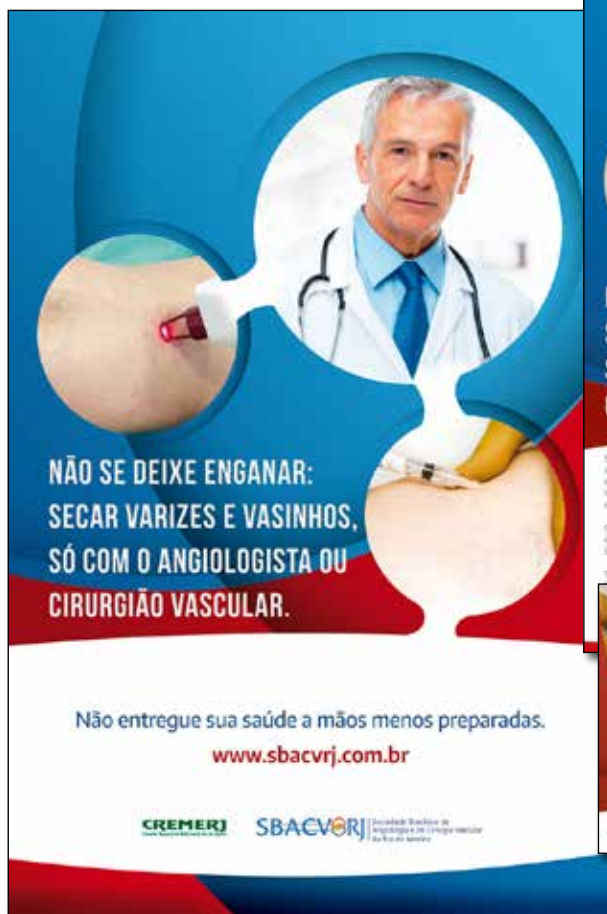
Não se deixe enganar...

Em prol do bem-estar da população e da preservação do ato médico nas Especialidades de Angiologia e de Cirurgia Vascular, a SBACV-RJ desenvolveu, junto à assessoria de marketing e comunicação da Regional do Rio, uma campanha para alertar sobre os riscos na realização da escleroterapia com profissionais que não sejam médicos.

Na campanha, que vai até outubro, as peças vão circular em mídia social (post), na revista da Vascular e no site. Para o mês de outubro, estão previstas mais ações, que vão desde anúncio em mídia de grande circulação e mobiliário urbano até ações de conscientização da população em

praças. O conteúdo elaborado se destina tanto à população quanto à classe dos especialistas, para divulgação e, caso seja preciso, mais esclarecimentos referentes aos procedimentos que não necessariamente são estéticos.

Afinal, é importante que a população saiba que "tratar" varizes e vasinhos só com Angiologista ou Cirurgião Vascular. Entendendo que a escleroterapia malfeita ou com profissionais que não tenham condições de dar continuidade mediante uma complicação pode, de fato, gerar outros problemas, desde mancha na perna, ferida e até uma trombose.



Painel metrô



Posts internet

Anúncio
Veja Rio



INFORMAÇÃO PODE FAZER TODA DIFERENÇA!

Por isso é tão importante que você converse com seus pacientes e mostre a eles porque a escleroterapia é um procedimento médico.

Acesse www.sbacvrj.com.br e confira todo o material da campanha.

Compartilhe os posts publicados em nossa fanpage: [/SBACV-RJ](#)

Noite de reunião científica no auditório do Cremerj



Dr. Carlos Henrique de Souza Levinho recebendo o certificado de Sócio Aspirante da SBACV-RJ.



Aula do Dr. Gaudêncio na 568ª Reunião Científica.

A Diretoria Científica da SBACV-RJ reuniu especialistas da Angiologia e Cirurgia Vascular do Rio de Janeiro no auditório Julio Sanderson, no Cremerj, para a 568ª Reunião Científica. Na noite de 02 junho, foram apresentados temas que geraram debates que contribuíram para o crescimento científico.

O Dr. Clóvis Bordini abriu a sessão com a apresentação de casos interessantes de "Ecografia Venosa Abdominal". Em sua explanação, o especialista ministrou sobre suas experiências no dia a dia, com a apresentação de imagens de casos rotineiros no serviço Ecografia Vascular. Os Drs. Nostradamus Augusto Coelho, Adriana Rodrigues Vasconcelos e Carmem Porto Lascasas foram os debatedores do tema.

Em seguida, o Dr. Breno Paes de Sousa falou sobre o "Uso de enxertos Hybrid e Propaten como primeira opção para confecção de fístulas arteriovenosas e como substitutos de enxertos autólogos em pontos distais" em aula que teve o apoio da empresa WLGore/Endotex. O Dr. Leonardo Harduin foi o convidado para debater o assunto. O Dr. Breno faz parte do serviço de Cirurgia Vascular/Endovascular Rios D'Or e Oeste D'Or.

O Dr. Gaudêncio Espinosa, Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, apresentou aula sobre "Técnicas de *debranching* para o tratamento endovascular do arco aórtico" com o apoio da empresa WLGore/Endotex. Para debater o assunto, foram convidados os Drs. Marcus Humberto Tavares Gress e Roberto Young Junior.

Encerrando a noite, foram apresentados relatos de casos de autoria dos especialistas Cristina Ribeiro Riguetti Pinto, Marcelo Lacativa, Adilson Feitosa, José Ricardo Brizzi, Diego Alvares de Melo Santos e Maria Menezes Lopes sobre "Complicações precoces e tardias relacionadas ao filtro de veia cava inferior", do serviço Endocurso RJ. Além de ter parte na autoria, o Dr. Diego Alvares teve a missão de apresentar o trabalho, que foi debatido pelos Drs. Alberto Vescovi, Leonardo Stambowsky e Rodrigo Soares Cunha.

Aproveitando a oportunidade, o Presidente da Regional do Rio, Dr. Carlos Peixoto, falou sobre a campanha de valorização do médico, que a diretoria da SBACV-RJ fará junto à mídia, visando a preservar o ato médico das Especialidades. O objetivo é alertar a população sobre os cuidados

que se deve ter na execução dos procedimentos vasculares, assim como a importância de se procurar o Especialista para evitar complicações na saúde. As ações contarão com o apoio do Cremerj, anunciou o Dr. Carlos Peixoto.

O Diretor Científico da Regional, Dr. Julio César

Peclat de Oliveira, ressaltou a presença dos acadêmicos da liga da Faculdade Souza Marques; além de agradecer a presença, e apoio, dos patrocinadores da Reunião Científica, as empresas Gore/Endotex, Takeda e Venosan. Ao final da Reunião, o Dr. Carlos Henrique de Souza Levinho recebeu o certificado de Sócio Aspirante da SBACV-RJ.

A SBACV-RJ na Ação Global: na luta pela melhoria da saúde vascular na área pública



Diretoria e equipe da SBACV-RJ na Ação Global.



Material distribuído na Ação Global.

Divulgar ao público a importância da Angiologia e da Cirurgia Vascular é um dos objetivos de comunicação da Diretoria da SBACV-RJ para os próximos dois anos de gestão. Para isso, especialistas ligados à Regional marcaram presença na Ação Global, realizada no bairro do Caju, no Rio de Janeiro, no dia 21 de maio. Segundo dados coletados, foram distribuídas 826 cartilhas com informações básicas sobre doenças ligadas ao sistema vascular, que incentivaram a aproximação dos presentes (28) para mais esclarecimentos sobre as patologias.

O Drs. Adilson Feitosa, Breno Caiafa, Carlos Peixoto e Leonardo Stambowsky participaram do evento esclarecendo ao público dúvidas sobre

saúde vascular. Um trabalho de conscientização à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças vasculares que, muitas vezes, são ocasionados por falta de conhecimento. As informações podem não só melhorar a qualidade de vida da população, mas, também, prevenir doenças e seu agravamento.

A Ação Global é promovida pela Globo, em parceria com o Sesi, e oferece serviços visando à cidadania com atendimentos e atividades que acontecem simultaneamente em vários estados brasileiros. Este ano, 26 estados mais o Distrito Federal receberam na Ação 950 mil atendimentos, ao longo do dia de sábado, em todo país.

Em reunião com Diretores da SBACV-RJ, o Cremerj confirma o apoio à causa Vascular



Diretores da SBACV-RJ no Cremerj.



Diretoria da SBACV-RJ com o Presidente do Cremerj, Dr. Pablo Vasquez Queimadelos.

No dia 27 de junho a Diretoria da Regional do Rio de Janeiro deu mais um passo em defesa dos Especialistas. Membros da Diretoria estiveram na sede do Cremerj, no bairro de Botafogo, em reunião com o Presidente da entidade, Pablo Vazquez Queimadelos, para renovar o apoio para melhorias dos honorários dos procedimentos vasculares. O Dr. Pablo Vazquez Queimadelos assinou manifesto abraçando a causa Vascular.

Na ocasião, também foi discutida a situação da invasão de área da Especialidade, com a prática dos não médicos ao tratamento de escleroterapia. A saúde pública na Cirurgia Vascular também foi tema do encontro no Cremerj.

Os representantes da Sociedade aproveitaram para comunicar ao Dr. Pablo Vazquez da realização do segundo fórum da Especialidade com o objetivo de finalizar o dossiê, que mostra o diagnóstico da situação da Cirurgia Vascular nos

hospitais públicos do Rio de Janeiro, que será encaminhado para o Ministério Público.

É importante lembrar que o primeiro fórum foi realizado em 2015, na gestão do Ex-Presidente Dr. Julio Cesar Peclat de Oliveira, em parceria com o Cremerj, com as presenças do Deputado Estadual Raphael Picciani e do Vereador Thiago K. Ribeiro, o Presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, Dr. Pablo Vasquez Queimadelos, o Diretor do Conselho Federal de Medicina e ex-presidente do Cremerj, Dr. Sidnei Ferreira, além de membros da Diretoria da Regional do Rio.

Ao final do encontro, o Presidente do Cremerj recebeu uma homenagem em reconhecimento aos serviços prestados à Sociedade: a Medalha de Mérito Vascular Professor Antônio Luiz Medina, entregue pelo Presidente da SBACV-RJ, Dr. Carlos Peixoto, em nome da Sociedade.

569ª Reunião Científica Fora de Sede

*Um momento de atualização científica e confraternização
entre os especialistas e suas famílias.*



Dra. Yanna Cristhina Moreira Thomaz recebendo o título de Sócia Aspirante, ao lado de seu marido, Dr. Alexandre Cesar Jahn, com a Diretoria da Regional.



Participantes da 569ª Reunião Fora de Sede na porta do auditório onde foi realizado o evento.

O local escolhido para receber os Especialistas da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular foi a cidade de Penedo, localizada na região sul do estado do Rio de Janeiro, entre os dias 24 e 26 de junho, no Hotel da Cachoeira.

Após uma recepção de boas-vindas aos quase 50 participantes, o primeiro tema foi apresentado e tratou a "Recanalização Venosa", apresentado pelo Dr. Leonardo da Cruz Renó; em seguida o Dr. Luiz Carlos Soares Gonçalves falou sobre a "Síndrome do Quebra Nozes"; o Dr. Fabio Monteiro da Costa abordou a "Síndrome da Veia Cava Superior"; finalizando as apresenta-

ções, o Dr. Luiz Henrique Coelho expôs o tema V, "Sessão Desafio", e os desafiados foram os Drs. Adalberto Pereira e Carlos Peixoto.

O evento foi organizado pelo Dr. Luiz Carlos Soares Gonçalves, Diretor da Seccional Médio Paraíba 1, e pela Dra. Gina Mancini, Coordenadora de Seccionais, e apoiado pelas empresas Aché, APSEN, Elite Cirúrgica, FQM, Takeda, Venosan e Vasculaine. Estiveram presentes os Diretores de Seccionais os Drs. Simone Loureiro, Sebastião José Baptista Miguel, os membros da Diretoria Executiva da SBACV-RJ, além de vários especialistas do interior do Estado.

Novos Sócios

ASPIRANTES - MÊS JUNHO

Yanna Cristhina Moreira Thomaz
Breno Paes de Sousa

Paraná Vascular 2016 - XV Encontro Paranaense de Cirurgia Vascular e Endovascular, Angiologia e Ecografia Vascular / I Encontro das Ligas Acadêmicas de Cirurgia Vascular do Paraná

Data: 05 e 06 de agosto de 2016

Local: Hotel Bristol Metrópole – Maringá, (PR)

Telefones de contato:

(41) 9901-0032 / 3092-2176

Informações: www.paranavascular.com.br

5º Controvérsias em Cirurgia Vascular e Endovascular e IV Simpósio SVS Capítulo Brasil

Data: 18 a 21 de agosto de 2016

Local: Hotel Senac – São Paulo (SP)

Telefone de contato: (11) 3831-6382

Informações: camila@tecnomkt.com.br

VII Congresso Brasileiro de Ecografia Vascular 2016



Data: 07 a 10 de setembro de 2016

Local: Ouro Minas Palace Hotel

Belo Horizonte (MG)

Telefone de contato:

(31) 3213-0572 / 8458-2493

Informações: contato@organizaevento.net.br

11º Encontro Norte Nordeste de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 08 a 10 de setembro de 2016

Local: Seara Praia Hotel – Fortaleza (CE)

Telefone de contato: (85) 40111573

Informações: www.nnevascular.com.br

divulgacao@arxeventos.com.br

Fanpage: CirurgiaVascular2016

XIV Panamerican Congress on Vascular Surgery



Data: 05 a 08 de outubro de 2016

Local: Windsor Barra Hotel – Rio de Janeiro (RJ)

Telefone de contato: (21) 2548-5141

Informações: www.pan2016.com.br

IV Jornada Baiana de Angiologia e Cirurgia Vascular / 1º Encontro Nacional das Ligas Acadêmicas de Angiologia e Cirurgia Vascular

Data: 28 e 29 de outubro de 2016

Local: Hotel Sheraton da Bahia – Salvador (BA)

Telefone de contato: (71) 3271-5369

Informações: secretaria@sbacvba.com.br;

aquino.ma@gmail.com

XIII Encontro de Angiologia e de Cirurgia Vascular CONE SUL 2016

Data: 04 e 05 de novembro de 2016

Local: Hotel Costão do Santinho

Florianópolis (SC)

Telefone de contato: (48) 3037-4637

Informações:

conesul2016@paulasalleseventos.com.br

I Congresso Nacional das Ligas Acadêmicas de Cirurgia Vascular e Endovascular

Data: 12 de novembro de 2016

Local: São Paulo (SP)

Telefone de contato: (11) 3188-4334

Informações: secretaria@sbacvsp.org.br

42º Congresso Brasileiro de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Data: 09 a 13 de outubro de 2017

Local: Natal (RN)

Telefone de contato: (84) 3221-3200

Sistema de stent auto expansível de nitinol

Equilíbrio entre adaptabilidade e suporte arterial

Resistente a fratura

Força Radial Homogênea

Alta visibilidade

Anti-kinking

Bainha Tripla

Flexível

Estrutura Contínua Sem Pontes

Não Recoberto

Acomodação total ao vaso



VASCULINE

Referência na Cirurgia Vascular, Endovascular e Neurovascular

TrapEase™
Permanent Vena Cava Filter



PALMAZ
Genesis™



ANGIOGUARD™
EMBOLI CAPTURE GUIDEWIRE SYSTEM



SMART Control™



OUTBACK



FRONTRUNNER



Cordis
a Johnson & Johnson company

Cordis OptEase
Retrievable Vena Cava Filter



Cateter de Dilatação
EMPIRA™

Cordis
a Johnson & Johnson company