

11/08/2015

Nota técnica 33/2015-

Tema: Tratamento cirúrgico da mielopatia cervical espondilótica

SOLICITANTE: ARNOLDO ASSIS RIBEIRO JÚNIOR, 5ª UNIDADE JURISDICIONAL CÍVEL

NÚMERO DO PROCESSO: 90409211120158130024

Ré: Unimed – Cooperativa de Trabalho Médico (Rio de Janeiro)

SOLICITAÇÃO/ CASO CLÍNICO

“Pelo presente, extraído dos autos em epígrafe, visando a subsidiar a análise do pedido liminar, solicito a V.Sa que preste a esse Juízo informações técnicas acerca do procedimento cirúrgico para tratamento da patologia apresentada pela parte promovente, conforme documentos que instruem esse ofício, no prazo de cinco dias.”

RECOMENDAÇÕES DO NATS

1. Os procedimentos *“Artrodese de coluna via anterior ou póstero lateral - tratamento cirúrgico”* e *“Hérnia de disco cervical tratamento cirúrgico”* têm cobertura obrigatória no rol de procedimentos da ANS e estão indicados no tratamento de mielopatia cervical espondilótica refratária a medidas conservadoras.
2. O dispositivo intersomático em cirurgias de artrodese cervical é preconizado em consensos de especialistas. É órtese passível de cobertura obrigatória segundo orientação da ANS.

3. Não há recomendação para uso de osteoindutores/ostecondutores cerâmicos, uma vez que não há evidências científicas consistentes para seu emprego em substituição ao enxerto autólogo.

CONTEXTO

SOBRE A DOENÇA E SEU DIAGNÓSTICO

Mielopatia cervical espondilótica é a mielopatia adquirida não traumática mais frequentemente observada na clínica diária, principalmente após 55 anos^{1,2}.

Este problema é causado por várias alterações degenerativas da coluna vertebral cervical, tais como: hipertrofia facetária, hipertrofia do ligamento amarelo, osteófitos nas margens posteriores dos corpos vertebrais direcionados para o canal vertebral e para os forâmens, calcificação do ligamento longitudinal posterior e hérnias discais. Todas estas alterações degenerativas, associadas ou não, provocam a diminuição do diâmetro do canal vertebral e dos forâmens intervertebrais resultando em compressão da medula e das raízes nervosas^{1,2}.

Não há tratamento clínico curativo. Muitas vezes, para aliviar os sintomas decorrentes dessa doença, prevenir a deterioração neurológica ou até reverter parcialmente as lesões o tratamento cirúrgico é indicado^{1,2}.

SOBRE A CIRURGIA NA MIELOPATIA CERVICAL ESPONDILÓTICA

Ainda não há consenso sobre qual o melhor tipo de cirurgia ou o melhor momento para sua realização na mielopatia cervical por espondilose³. Isso se deve à variedade de métodos cirúrgicos, desenvolvimento de novas tecnologias, falta de estudos com métodos mais consistentes e pouco tempo de acompanhamento dos desfechos³. Os tipos mais frequentes de cirurgia são descritos na tabela 1.

Tabela 1. Cirurgias mais comumente realizadas no tratamento da mielopatia cervical espondilótica

Nome	Como é feita	Link para Vídeos
Discectomia cervical anterior e fusão vertebral	Pela parte da frente do pescoço, remove-se da porção central de disco intervertebral. Em geral, o mesmo é substituído por osso do próprio paciente (enxerto autólogo) ou por substâncias osteoindutoras/condutoras, o que promove a fusão das vértebras no local ¹⁻³ .	http://www.spine-health.com/video/anterior-cervical-discectomy-and-fusion-acdf-video
Artrodese	Realiza-se a fixação da coluna em um ou mais níveis, acima ou abaixo de onde foi realizada a discetomia, para melhorar seu alinhamento. Para isso, empregam-se placas com parafusos ¹⁻³ .	
Laminoforaminotomia posterior	A cirurgia é feita pela parte de trás do pescoço. É feita a remoção de partes do osso vertebral, para alívio das raízes nervosas ¹⁻³ .	http://www.spine-health.com/video/cervical-posterior-foraminotomy-video http://www.spine-health.com/video/cervical-laminectomy-video
Artroplastia total cervical	O disco intervertebral é substituído por uma prótese, aliviando a pressão nas raízes ou na medula ¹⁻³ .	http://www.spine-health.com/video/cervical-disc-replacement-surgery-video

Na cirurgia de discectomia cervical, há várias opções disponíveis para substituição do disco entre as vértebras. O emprego de enxertos autólogos (pode-se extrair ossos da região ilíaca, no quadril, ou da fíbula, na perna) era o mais comumente indicado, com altas taxas de sucesso, mas apresenta como inconveniente as lesões, às vezes graves, na área de retirada⁴.

Outras opções são enxertos a partir de doadores e bancos de ossos, cerâmicas, polímeros, plasma rico em plaquetas, aspirado de medula, entre outros⁴. Os resultados são variáveis, com custos em geral mais elevados. Até o presente, não há estudos científicos com evidência adequada para comprovar qual desses materiais tem maior eficácia e efetividade⁴.

SOBRE OS PROCEDIMENTOS E MATERIAIS SOLICITADOS

Segundo documentos apresentados (Anexo I), há elementos que apontam para o diagnóstico de espondilose cervical com dor persistente e sintomas de compressão mielorradicular, refratária ao tratamento conservador. Não existem atualmente dados que apontem qual a melhor técnica cirúrgica a ser empregada no caso. Os procedimentos indicados de “*Artrodese de coluna via anterior ou pósterio lateral - tratamento cirúrgico*” e “*Hérnia de disco cervical tratamento cirúrgico*” são uma das opções possíveis e constam no rol obrigatório de procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁵.

Segundo especialistas³, a técnica mais empregada é a discectomia cervical anterior com fusão vertebral. O emprego de dispositivos intersomáticos, na forma de placas com parafusos, nesse tipo de cirurgia, ainda é controverso. No momento, há apenas opiniões de especialistas e séries de casos que sugerem ser o procedimento capaz de melhorar o alinhamento cervical, sobretudo em cirurgias de mais em um nível vertebral³. Não há evidências mais consistentes na literatura de que o emprego concomitante de placas com parafusos melhore os resultados clínicos a longo prazo^{2,3}. Entretanto, são órteses inerentes aos procedimentos acima mencionados, portanto passíveis de cobertura obrigatória nos planos regulamentados pela Lei n.º 9.656/1998⁶.

Até o presente, não há estudos científicos com evidência adequada para comprovar a superioridade de materiais alternativos, como a cerâmica, na fusão vertebral após a discectomia, em comparação ao enxerto autólogo, em termos de eficácia e efetividade. A vantagem prática seria evitar a morbidade no sítio ósseo doador⁴.

CONCLUSÕES

Com base na petição e documentações apresentadas, evidenciam-se:

1. Os procedimentos “*Artrodese de coluna via anterior ou pósterolateral - tratamento cirúrgico*” e “*Hérnia de disco cervical tratamento cirúrgico*” têm cobertura obrigatória no rol de procedimentos da ANS e estão indicados no tratamento de mielopatia cervical espondilótica refratária a medidas conservadoras.
2. O dispositivo intersomático em cirurgias de artrodese cervical é preconizado em consensos de especialistas. É órtese passível de cobertura obrigatória segundo orientação da ANS.
3. Não há evidências científicas consistentes que o emprego de substitutos ao enxerto autólogo, como os osteoindutores/ostecondutores cerâmicos, sejam superiores em eficácia e efetividade, apenas em redução de lesões do sítio doador.

REFERÊNCIAS

1. Levin K. Cervical spondylotic myelopathy. In: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Acesso em 12 de agosto de 2015).
2. Núcleo de Avaliação de Tecnologias da UFMG. Artrodese de coluna cervical. NTRR 261/2013.
3. Bono CM, Ghiselli G, Gilbert TJ, Kreiner DS, Reitman C, Summers JT, Baisden JL, Easa J, Fernand R, Lamer T, Matz PG, Mazanec DJ, Resnick DK, Shaffer WO, Sharma AK, Timmons RB, Toton JF; North American Spine Society. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of cervical radiculopathy from degenerative disorders. Spine J. 2011; 11(1):64-72.
4. Chau AM, Mobbs RJ. Bone graft substitutes in anterior cervical discectomy and fusion. Eur Spine J. 2009; 18(4):449-64.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Espaço do consumidor – ferramenta de verificação da cobertura de plano. Disponível em <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/17-planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/1149-verificar-cobertura-de-plano>. Acesso em: 13/8/15.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Lista De Órteses e Próteses Implantáveis. [http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano de saude e Operadoras/Area do consumidor/materiais implantaveis.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/materiais_implantaveis.pdf). Acesso em: 13/8/15.

Anexo I – Relatórios anexos à solicitação

RELATÓRIO MÉDICO

A paciente [REDACTED] apresenta quadro de cervicobraquialgia bilateral há mais de 07 anos sem melhora clínico-fisioterápica neste período. Nos últimos 3 meses as dores se intensificaram muito associando-se déficit motor nos MMSS. Exames de imagem tipo ressonância magnética mostraram grave discopatia degenerativa associada à hérnia discal em níveis C5-C6 + C6-C7. Com compressão medular. Há necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência devido ao seu quadro. Solicitei guia a UNIMED RIO há mais de 2 meses e autorizaram o procedimento sem os materiais (Impossível realizar a cirurgia sem eles -- absurdo- visto que ate o SUS paga. Relato que estes mesmos materiais de síntese tenho usado rotineiramente em todos os convênios sem problemas . A Unimed BH sempre autorizou tudo, porem não entendo a postura da UNIMED RIO.)

Belo Horizonte, 18 de junho de 2015.




Dr. Fábio Santana Carvalho
Neurocirurgia
CRM MG 21044

Dr. Fábio Santana Carvalho

Neurocirurgia

CRM MG 21044

Anexo II – Relatórios da Operadora do Plano de Saúde

		GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO		2 - Nº Guia no Prestador 23197740		
1 - Registro ANS 34.388-9		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 23197740		6 - Data da Validade da Senha 27/07/2015		
4 - Data da Autorização 28/05/2015		5 - Senha 323:97740-7				
Dados do Beneficiário			8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento de RN	
7 - Número da Carteira 00370000019278724			11 - Cartão Nacional de Saúde 17.312.612/0001-02			
10 - Nome [REDACTED]						
Dados do Contratado Solicitante						
12 - Código da Operadora 0051:210444		13 - Nome do Contratado FABIO SANTANA CARVALHO		16 - Número no Conselho 21044		
14 - Nome do Profissional Solicitante FABIO SANTANA CARVALHO		15 - Conselho Profissional CFM		17 - UF MG	18 - Código CBO 2231-40	
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação						
19 - Código da Operadora / CNPJ 00622001960		20 - Nome do Hospital / Local Solicitado HOSPITAL SOCOR SA		21 - Data Sugerida para Internação 13/04/2015		
22 - Caráter do Atend. ELETIVA	23 - Tipo Internação CIRURGICA	24 - Regime Internação INTERNACAO EM HOSPITAL	25 - Qtd. Diárias Solicit. 2	26 - Prev. de uso do OPME	27 - Prev. de Uso Quimiot.	
28 - Indicação Clínica QUADRO DE CERVICOBRAQUIALGIA ESQUERDA HA 01 ANO PROGRESSIVA E HA 7 MESES MUITO RESTRITO SEM MELHORA CLINICA FISIOTERAPICA RNMI DISCOPATIA DEGENERATIVA HERNIA DISCAL C5 C6 C7						
Hipóteses Diagnósticas						
29 - CID 10 Principal M480		30 - CID 10 (2)	31 - CID 10 (3)	32 - CID 10 (4)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	
Procedimentos Solicitados						
34 - Tabela 22 22	35 - Código Proced. 30715016 30715393	36 - Descrição ARTRODESE DA COLUNA COM INSTRUMENTACAO (VIA ANTERIOR OU POSTERIOR) HERNIA DE DISCO CERVICAL - TRATAMENTO CIRURGICO			37 - Qtd. Solicit. 2 2	38 - Qtd. Aut. 2 2
Dados da Autorização						
39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 13/04/2015		40 - Qtd. Diárias Autorizadas 2		41 - Tipo de Acomodação Autorizada PLANO ENFERMARIA		
42 - Código na Operadora / CNPJ Autorizado 00622001960		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL SOCOR SA		44 - Código CNES 0026S24		
45 - Observação						
<p>Solicitamos encaminhar via CHAT, o telefone celular com DDD e/ou mail do cliente para contato se necessário. Materiais solicitados com margem de comercialização de quinze por cento (+ 5% Negado, ortese e prótese) pois o plano não a regulamentar. Itens não autorizados.</p> <p>70247580 - OSTEO INDUTOR/CONDUTOR BIOCERAMICA (CADA IGR) ANEXAR EMBALAGEM EM PRONTUARIO COM AUTORIZACAO.</p> <p>Solicitação/Item não autorizado pela Unimed de origem do beneficiário. Em caso de dúvida, gentlize entrar em contato com o mesmo.</p> <p>70605289 - DISPOSITIVO INTERSONÁTICO (CAGE) CERVICAL ASSOCIADO A PLACA COM PARAFUSOS COM AUTORIZACAO.</p> <p>Solicitação/Item não autorizado pela Unimed de origem do beneficiário. Em caso de dúvida, gentlize entrar em contato com o mesmo.</p>						
46 - Data da Solicitação 13/04/2015		47 - Ass. do Profissional Solicitante		48 - Ass. do Beneficiário ou Resp.		
49 - Ass. do Resp. pela Autorização						