

Tratamento da trombose venosa profunda distal: uma Revisão Cochrane

George Kirkkileisis¹, Stavros K Kakkos¹, Colin Bicknell², Safa Salim³, Kyriaki Kakavia⁴

¹ Department of Vascular Surgery, University of Patras Medical School, Patras, Greece

² Department of Vascular Surgery, Imperial College London, London, UK

³ Transplant Department, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

⁴ Department of Surgery, Laiko Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

* Autor correspondente. Endereço de e-mail: geokirkileisis@yahoo.gr

Introdução

O tratamento da trombose venosa profunda (TVP) distal (abaixo do joelho) não está claramente estabelecido. A TVP distal pode ser tratada com anticoagulação ou monitorização com acompanhamento rigoroso para detectar a progressão do coágulo para as veias proximais (acima do joelho), o que requer anticoagulação. Os proponentes dessa monitorização fundamentam sua decisão de não dar anticoagulação no fato de que a progressão do coágulo é rara e a maioria das pessoas pode ser poupada dos sangramentos potenciais e outros efeitos adversos da anticoagulação.

Objetivos

Avaliar os efeitos de diferentes intervenções para pessoas com trombose venosa profunda (TVP) distal (abaixo do joelho).

Métodos de busca

O Especialista em Informações do grupo Cochrane Vascular fez buscas nas seguintes bases eletrônicas: Cochrane Vascular Specialised Register, CENTRAL, MEDLINE, Embase e CINAHL, na Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da Organização Mundial da Saúde e nos registros de ensaios do ClinicalTrials.gov até 12 de fevereiro de 2019. Também realizamos uma verificação das referências para identificar estudos adicionais.

Critérios de seleção

Incluimos estudos clínicos controlados e randomizados (ECRs) de tratamento de TVP distal.

Coleta dos dados e análises

Dois autores da revisão, trabalhando de forma independente, selecionaram os estudos e extraíram os dados. Resolvemos discordâncias por discussão. Os desfechos primários de interesse foram recidivas de tromboembolismo venoso (TEV), TVP e sangramento maior. O tempo de seguimento variou de três meses a dois anos. Fizemos metanálises usando o modelo de efeito fixo e calculamos o risco relativo (RR) e o intervalo de confiança (IC) de 95%. Avaliamos a qualidade da evidência usando o sistema GRADE.

Principais resultados

Identificamos oito RCTs que incluíram 1239 participantes. Cinco estudos randomizaram os participantes para anticoagulação por até três meses versus nenhuma anticoagulação. Três estudos compararam a anticoagulação por períodos distintos.

Anticoagulação versus placebo ou nenhuma intervenção para tratamento de TVP distal

A anticoagulação com antagonista da vitamina K (AVK) reduziu o risco de TEV recidivante durante o seguimento em comparação aos participantes que não receberam anticoagulantes (RR 0,34, IC 95% 0,15 a 0,77; 5 estudos, 496 participantes; I² = 3%; evidência de alta qualidade), e reduziu o risco de recidiva de TVP (RR 0,25, IC 95% 0,10 a 0,67; 5 estudos, 496 participantes; I² = 0%; evidência de alta qualidade). Não houve um efeito

claro sobre o risco de tromboembolismo pulmonar (TEP) (RR 0,81, IC 95% 0,18 a 3,59; 4 estudos, 480 participantes; I² = 0%; evidência de baixa qualidade). Houve pouca ou nenhuma diferença nos eventos de sangramento maior com uso de anticoagulantes comparativamente ao placebo (RR 0,76, IC 95% 0,13 a 4,62; 4 estudos, 480 participantes; I² = 26%; evidência de baixa qualidade). Houve aumento nos eventos de sangramento clinicamente relevante não-maior no grupo tratado com anticoagulantes (RR 3,34, IC 95% 1,07 a 10,46; 2 estudos, 322 participantes; I² = 0%; evidência de alta qualidade). Houve uma morte, não relacionada com TEP ou com sangramento maior, no grupo de anticoagulação.

Anticoagulação por três meses ou mais versus anticoagulação por seis semanas para o tratamento de TVP distal

Três RCTs com 736 participantes compararam três ou mais meses de anticoagulação versus seis semanas de anticoagulação. A anticoagulação com AVK por três meses ou mais reduziu a incidência de TEV recidivante para 5,8% contra 13,9% no grupo tratado por seis semanas (RR 0,42, IC 95% 0,26 a 0,68; 3 estudos, 736 participantes; I² = 50%; evidência de alta qualidade). O risco de recidiva de TVP também foi reduzido (RR 0,32, IC 95% 0,16 a 0,64; 2 estudos, 389 participantes; I² = 48%; evidência de alta qualidade), mas houve, provavelmente, pouca ou nenhuma diferença no TEP (RR 1,05, IC 95% 0,19 a 5,88; 2 estudos, 389 participantes; I² = 0%; evidência de baixa qualidade). Não houve diferença clara em eventos de sangramento maior (RR 3,42, IC 95% 0,36 a 32,35; 2 estudos, 389 participantes; I² = 0%; evidência de baixa qualidade) ou em eventos de sangramento clinicamente relevante não-maior (RR 1,76, IC 95% 0,90 a 3,42; 2 estudos, 389 participantes; I² = 1%; evidência de baixa qualidade) entre três meses ou mais de tratamento versus seis semanas de tratamento. Não houve relatos de mortalidade geral ou mortes relacionadas a TEP e sangramento maior.

Conclusão dos autores

Nossa revisão encontrou benefício para pessoas com TVP distal tratadas com terapia anticoagulante usando AVK, com pouca ou nenhuma diferença em eventos de sangramento maior, embora tenha havido aumento de sangramentos clinicamente relevantes não-maiores comparativamente ao uso de placebo ou a nenhuma intervenção. O pequeno número de participantes incluídos na metanálise e a força da evidência indicam a necessidade de mais pesquisas sobre o tratamento da TVP distal. São

necessários ECRs que comparem diferentes tratamentos e diferentes períodos de tratamento versus terapia compressiva ou placebo.

Informações da seção

Esta seção reproduz artigos publicados anteriormente pela Cochrane Database of Systematic Reviews e é realizada em coordenação com Patricia Jabre, Yannick Auffret, Sebastien Beroud, Julie Dumouchel, Virginie-Eve Lvovschi, Kirk Magee, Daniel Meyran, Patrick Miroux, Nordine Nekhili e Youri Yourdanov do grupo Cochrane Pre-hospital and Emergency Care.