

Secretaria de Gestão de Pessoas - SGP

Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde – SGP 4

Coordenadoria de Assistência à Saúde – SGP 4.2

Rua Bela Cintra, nº 151 – 10º Andar – Sala 182 - Consolação – São Paulo – Capital

CEP 01415-001

Fones: 3258-9084 / 3259-0142

NOTA TÉCNICA 197/2020 - NAT-JUS/SP

1. Identificação do solicitante

1.1. Solicitante: MMJD Dra. Rosana Ferri

1.2. Origem: 2ª Vara Federal Cível - SP

1.3. Processo nº: 5026156-84.2019.4.03.6100

1.4. Data da Solicitação: 22/10/2020

1.5. Data da Resposta: 04/11/2020

2. Paciente

2.1. Nome:

2.2. Data de Nascimento/Idade: 25/11/2003 – 16 anos

2.3. Sexo: masculino

2.4. Cidade/UF: São Paulo - SP

2.5. Histórico da doença: paciente apresentou quadro de abdômen agudo e má formação congênita abdominal evoluindo no pós-operatório com síndrome do intestino curto. Realizou transplante multivisceral (estômago, figado, pâncreas, duodeno, delgado, cólon direito e transverso) em abril de 2018. Evoluiu com disfunção intestinal com necessidade de exérese cirúrgica; com insuficiência hepática e trombose jugular.

Solicita Transplante intestinal/multivisceral

3. Quesitos formulados pelo Magistrado

O parecer técnico a ser elaborado deve analisar a **gravidade** do quadro do paciente, bem como a **reais condições do referido tratamento** ser realizado no Brasil com segurança e **probabilidades de êxito** e não apenas atestar que



Secretaria de Gestão de Pessoas - SGP

Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde – SGP 4

Coordenadoria de Assistência à Saúde – SGP 4.2

Rua Bela Cintra, nº 151 – 10º Andar – Sala 182 - Consolação – São Paulo – Capital CEP 01415-001

Fones: 3258-9084 / 3259-0142

existem três hospitais autorizados pelo Ministério da Saúde para realizar tal tratamento. Devem ser analisados os dados estatísticos e científicos constantes dos autos, bem como a experiência prática de cada um dos médicos integrantes das equipes dos referidos nosocômios, eis que somente através da verificação de quantas cirurgias desse tipo cada um dos referidos médicos já fizeram, poderá se afirmar que eles possuem condições de realizar tal tratamento com segurança. Fora isso, deverá ser levado em consideração toda a questão cultural por trás do objeto da demanda, eis que nossa sociedade não possui o costume de doação de órgãos, muitos menos em jovens e crianças.

4. Descrição da Tecnologia, Discussão e conclusão

- 4.1. Tipo da tecnologia: procedimento:
 - Transplante de intestino/multivisceral

4.2. Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia/ Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia

Conforme consta dos autos, existem três centros cadastrados no país para realizar transplante intestinal/multivisceral. Cabe ressaltar que o transplante multivisceral é ainda mais complexo e com riscos maiores que o transplante intestinal. Até o momento foram realizados 14 transplantes intestinais/multiviscerais no Brasil, entre adultos e crianças: 9 no Hospital Albert Einstein (3 óbitos, 6 vivos- 2 perderam o transplante), 4 no HCUSP (2 óbitos e 2 vivos de transplante isolado de intestino) e 1 no Hospital Sírio Libanês, intervivos, de intestino isolado.

Os riscos de complicações, rejeição e perda do transplante não são decorrentes de falhas ou pouca experiência nas técnicas cirúrgicas, pois é um procedimento factível a cirurgiões com formação em transplantes, como o são os dos 3 centros cadastrados no país. As complicações são decorrentes da alta probabilidade de rejeição, o que exige altas doses de imunossupressores, levando também a infecções e desenvolvimento de cânceres. O retransplante, como no caso do menor em questão, é o principal fator de risco para insucesso no tratamento (1). Outro fator a ser considerado que agrava ainda mais o caso, é a dependência do menor de nutrição parenteral total (nutrição somente pela



Secretaria de Gestão de Pessoas - SGP

Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde – SGP 4 Coordenadoria de Assistência à Saúde – SGP 4.2

Rua Bela Cintra, nº 151 − 10º Andar − Sala 182 − Consolação − São Paulo − Capital

CEP 01415-001

Fones: 3258-9084 / 3259-0142

veia), que em longo prazo leva à falência hepática. A mortalidade de pacientes em estágio terminal de doença hepática devido à nutrição parenteral é próxima de 100% (2). A nutrição parenteral também tem como complicação a trombose de veias, devido a longa permanência de cateter em veias de grande calibre. Segundo relato mais atual datado de 14 de agosto deste ano, do Dr Rafael Pecora, que consta nos autos, o menor Jonathan apresenta cirrose e esteatose hepática e trombose das veias profundas à esquerda, e na época do referido relatório, foi diagnosticado com trombose das veias profundas à direita, o que pode inviabilizar a nutrição parenteral. Segundo artigo publicado pelo Dr. Rodrigo Vianna, cirurgião transplantador de Miami, a impossibilidade de patência de veias duradouras em longo prazo é uma contra-indicação relativa ao transplante intestinal/multivisceral e pode impedir o procedimento (3).

Dada a gravidade dos pacientes, e raridade da necessidade de transplantes multiviscerais, os números de transplantes deste tipo em outros locais do mundo também são baixos. Fator confundidor também é o fato de muitos trabalhos científicos não separarem transplantes multiviscerais (fígado, estômago, intestino, pâncreas) de transplantes de intestino e fígado ou somente de intestino. Mesmo em artigos que somaram esses três tipos, pode-se notar que o número de procedimentos é pequeno.

Na Itália, de 2006 a 2010 foram listados 9 pacientes pediátricos para transplantes intestinais/multiviscerais. Uma criança foi a óbito na fila de espera, 1 recebeu apenas transplante hepático isolado, 3 receberam transplante de intestino, 1 recebeu intestino-fígado e apenas 3 receberam transplante multivisceral (com um óbito 13 meses após). A sobrevida geral de todos os tipos juntos foi de 75% em 2 anos (4).

Em Pittsburg, reconhecido centro transplantador americano, de 1996 a 2010, estavam listadas 24 crianças para transplante de intestino e intestino-fígado. Uma criança foi a óbito na fila de espera, e a sobrevida em 2 anos dos demais 23 que foram transplantados foi de 86% em 2 anos (5). Neste mesmo centro, a sobrevida livre de rejeição de transplantes de intestino, intestino-fígado e multivisceral em 2010 era de 24% em 2 anos e 12% em 5 anos (6).

Com base nos dados do cadastro nacional americano de transplantes, de 1991 a 2008, do total de 2882 pacientes, 1977 menores de 21 anos estavam listados aguardando transplante intestinal ou intestino-fígado (265 pacientes estavam sendo listados pela terceira vez, ou seja, já haviam sido submetidos a 2 tentativas anteriores de transplante). Nesse período, apenas 852 foram transplantados, com sobrevida de 61% em 3 anos e 55% em 5 anos (7).



Secretaria de Gestão de Pessoas - SGP

Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde – SGP 4 Coordenadoria de Assistência à Saúde – SGP 4.2

Rua Bela Cintra, nº 151 − 10º Andar − Sala 182 − Consolação − São Paulo − Capital

CEP 01415-001

Fones: 3258-9084 / 3259-0142

Em publicação do próprio Dr. Rodrigo Vianna, cirurgião transplantador do Jackson Hospital de Miami, de 1985 a 2013 nos Estados Unidos, haviam sido realizados 2887 transplantes (1416 estavam vivos), sendo 1309 de intestino, 890 intestino-fígado e 680 transplantes multiviscerais (sendo 141 sem a inclusão do fígado no transplante). Esse mesmo artigo ressalta que o risco de rejeição aguda nos primeiros 90 dias, somando-se todos os tipos de transplante intestinal, intestino-fígado e multivisceral é de 50 a 70%(3).

Na atual década (2010-2019), no Reino Unido, foram realizados 196 transplantes intestinais e multiviscerais, não havendo especificação do número de cada tipo. Em 2017/2018, foram realizados 26 transplantes(8).

Dados do site do Jackson Memorial Hospital (https://transplant.jacksonhealth.org/programs/intestinal-or-multivisceral-transplant/), relatam que desde 1994 quando o programa de transplante intestinal/multivisceral teve início, foram realizados 250 procedimentos pediátricos, não especificando quantos foram multiviscerais (aproximadamente 9 por ano).

4.3. Conclusão Justificada:

Conforme o exposto, o transplante mutivisceral ainda ocorre em pequeno número no mundo, com altas taxas de rejeição e outras complicações que não são dependentes de técnica cirúrgica, mas da gravidade dos pacientes, altos índices de rejeição e altas doses de imunossupressores necessários no tratamento.

4.4. Referências bibliográficas:

- Costa G, Parekh N, Osmann M, et al. Composite and Multivisceral Transplantation: Nomenclature, surgical Techniques, Current Practice, and Longterm Outcome. Surg Clin N Am 2019, 99:129-35.
- Nehra D, Fallon GM, Puder M. The prevention and treatment of intestinal failure-associated liver disease in neonates and children. Surg Clin N Am 2011, 91:543-63.



Secretaria de Gestão de Pessoas - SGP

Diretoria de Assistência e Promoção à Saúde – SGP 4 Coordenadoria de Assistência à Saúde – SGP 4.2

Rua Bela Cintra, nº 151 – 10º Andar – Sala 182 - Consolação – São Paulo – Capital CEP 01415-001

Fones: 3258-9084 / 3259-0142

- Bhamidimarri KR, Beduschi T, Vianna R. Multivisceral transplantation: where do we stand? Clin Liver Dis 2014, 18(3):661-74.
- Colledan M, Stroppa P, Bravim et al. Intestinal Transplantation in Children: The First Successful Italian Series. Transplantation Proceedings 2010, 42:1251-1252.
- Nucci AM, Barksdale EM, Beserock N, et al. Long-term Nutritional Outcome After Pediatric Intestinal Transplantation. J Ped Surg 2012, 37(3):460-3.
- Nayyar N, Mazariegos G, Ranganathan S, et al. Pediatric Small Bowel Transplantation. Sem in Ped Surg 2010, 19:68-77.
- Lao OB, Healey PJ, Perkins JD, et al. Outcomes in children after intestinal transplant. Pediatrics 2010, 125(3): 3-550-558.
- Rushton. Tem year trends in intestinal transplantation in the United Kingdom. Transplatation 2019, 103:752.

Considerações NAT-Jus/SP: A autoria do presente documento não é divulgada por motivo de preservação do sigilo.

Equipe NAT-Jus/SP