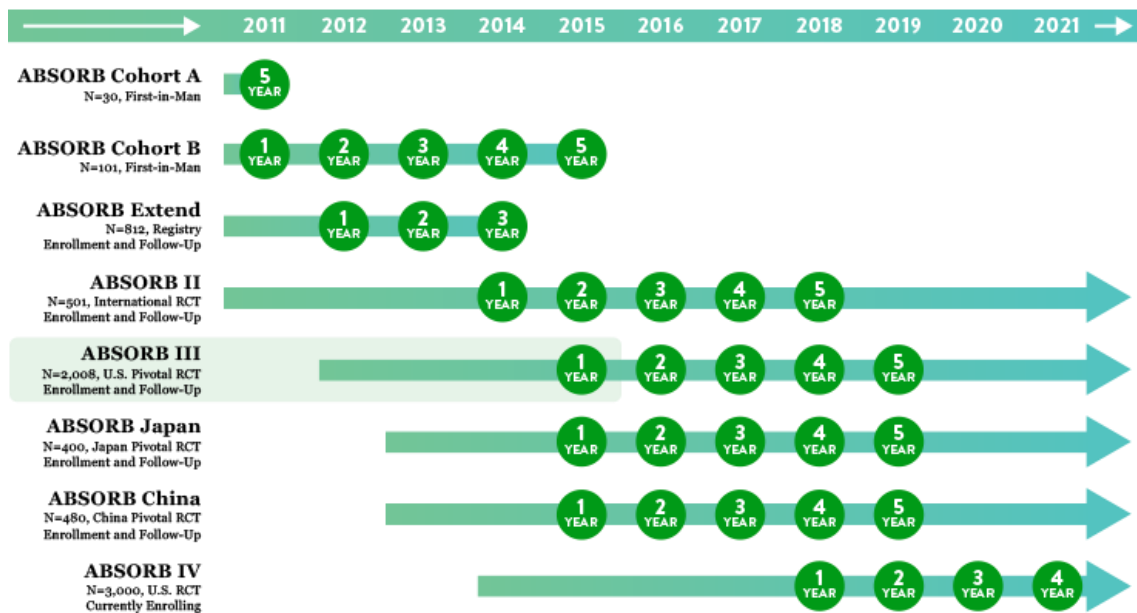


RESUMO do artigo “Randomised comparison of a bioresorbable everolimus-eluting scaffold with a metallic everolimus-eluting stent for ischaemic heart disease caused by de novo native coronary artery lesions: the 2-year clinical outcomes of the ABSORB II trial”

Feito por David Neves, MD, Hospital de Évora

Bernard Chevalier, Yoshinobu Onuma, Ad J. van Boven, Jan J. Piek, Manel Sabaté, Steffen Helqvist, Andreas Baumbach, Pieter C. Smits, Ravindra Kumar, Luc Wasungu, Patrick W. Serruys. *EuroIntervention*. 2016;12:1102-7



O ano de 2016 foi rico em produção científica em torno das plataformas absorvíveis, sobretudo o Absorb, a única até então comercialmente disponível. Os resultados ficaram um pouco aquém do esperado, deixando a comunidade médica um pouco apreensiva.

Começando pelo mais mediático e recentemente apresentado no TCT 2016, o ABSORB II – resultados a 3 anos, a vasomotricidade não foi melhorada com o uso de Absorb (0,047 vs 0,056 mm; p=0,49), nem a perda luminal tardia, que foi até maior que com o comparador Xience (área luminal mínima por IVUS 4,32 vs 5,38 mm²; p<0,0001). Nos *endpoints* secundários, a destacar a ausência de diferença significativa na prova de esforço ou na avaliação da gravidade de angina (SAQ) e o aumento de DOCE (eventos clínicos atribuíveis ao dispositivo: HR 2,17; p = 0,0425), sobretudo enfarte em vaso-alvo, com o Absorb. O Absorb associou-se também a um aumento

de trombose provável/definitiva do dispositivo (9/320 vs 0/159), apesar de este não ter sido um estudo desenhado para avaliar eventos clínicos. Os autores referem a importância, ainda não completamente avaliada, da imagiologia intracoronária na optimização da angioplastia, bem como do eventual prolongamento da dupla anti-agregação em contexto de uso de Absorb.

Já havia sido recentemente demonstrada a importância da técnica de implantação, que quando seguindo um protocolo dedicado (PSP: Pre-dilatação, *Sizing* minucioso, Pós-dilatação) se associa a uma diminuição significativa de trombose do dispositivo (HR 0,19; $p = 0,012$).

Foram também apresentados no TCT 2016 os resultados a 2 anos do ABSORB China, que mostrou a não-inferioridade do Absorb vs Xience no que respeita a perda luminal no segmento-alvo (LLL 0,19 vs 0,13mm; $p_{\text{(não inferioridade)}} = 0,01$) e uma equivalência em eventos clínicos: DOCE 3,4 vs 4,2% ($p = 0,62$), MACE 3,8 vs 4,2 ($p = 0,81$).

Um ano antes tinham sido apresentados os resultados do ABSORB III a 1 ano, que tinham mostrado a não-inferioridade do Absorb vs Xience em relação a falência de lesão-alvo, apesar das curvas de eventos tomarem uma tendência alarmante. A trombose provável/definitiva de dispositivo foi tendencialmente mais alta no grupo com Absorb (1,5 vs 0,7%; $p = 0,13$). Esta diferença é mais notória no caso de apresentação sub-aguda, sendo estatisticamente significativa neste caso numa análise *intention to treat*, mas não numa *as treated*.

O ABSORB Japan tinha também demonstrado há cerca de 1 ano uma equivalência de eventos clínicos (falência de lesão-alvo 4,2 vs 3,8%; $p_{\text{(não inferioridade)}} < 0,0001$) e angiográficos (LLL 0,13 vs 0,12mm; $p_{\text{(não inferioridade)}} < 0,0001$). A trombose provável/definitiva de dispositivo foi igual nos dois grupos (1,5%).

Estão em curso vários estudos dedicados a este tipo de stent, sendo de destacar o ABSORB IV, um estudo prospectivo, aleatorizado, de grande dimensão ($n = 3000$), que dará informação acerca do significado clínico dos fenómenos em questão, nomeadamente o risco de trombose e falência da lesão tratada.

Assim, os últimos resultados dos grandes estudos com Absorb não justificam um descrédito imediato nesta plataforma e muito menos neste tipo de tecnologia/conceito. O facto de não serem “tão bons como esperado” provavelmente marca o fim de uma fase inicial de deslumbre de uma nova tecnologia. Talvez devam, por isso, ser considerados uma chamada de atenção para as suas potenciais vantagens, desvantagens e para a importância das particularidades da técnica de implantação óptima.