

Transcript Details

This is a transcript of a continuing medical education (CME) activity. Additional media formats for the activity and full activity details (including sponsor and supporter, disclosures, and instructions for claiming credit) are available by visiting:

<https://reachmd.com/programs/cme/o-que-ha-de-novo-na-mibs-subconjuntival/32881/>

Time needed to complete: 58m

ReachMD

www.reachmd.com

info@reachmd.com

(866) 423-7849

O que há de novo na MIBS subconjuntival?

Dr. Singh:

A trabeculectomia tem sido nossa abordagem tradicional padrão ouro para fazer cirurgia do tipo bolha, contornando o sistema de saída convencional. Mas, recentemente, temos novas cirurgias de bolhas minimamente invasivas que nos permitem executar as mesmas tarefas com menos invasividade. Vamos ver. Como essas tecnologias de cirurgia de bolha minimamente invasiva se comparam com a trabeculectomia tradicional?

Este é o CME on ReachMD. Sou o Dr. Paul Singh.

Dr. Petrakos:

Sou o doutor Paul Petrakos.

O XEN Gel Stent é atualmente o único dispositivo MIGS aprovado, ou dispositivo MIBS nesse caso, nos Estados Unidos, que utiliza o espaço subconjuntival. Há mais em desenvolvimento, entretanto. Atualmente o XEN Gel Stent cria uma bolha baixa no espaço subconjuntival, e é eficaz em uma ampla faixa de pacientes com glaucoma. Ele se mostrou ser uma abordagem menos invasiva que a trabeculectomia tradicional. É uma boa abordagem para pacientes que passaram por cirurgias anteriores, cirurgias MIG, e falharam e precisam de redução de pressão um pouco melhor.

Há outras tecnologias emergentes, contudo, pelas quais estamos aguardando. Atualmente, o PRESERFLO está disponível no Canadá e em alguns outros países. Infelizmente, ainda está em investigação nos Estados Unidos. A MIMS, microesclerotomia minimamente invasiva, ainda está sob investigação nos EUA e não é aprovada pela FDA.

Paul, como o XEN Gel Stent se compara a outros procedimentos subconjuntivais que rotineiramente fazemos, como a trabeculectomia tradicional ou tubos e shunts de glaucoma?

Dr. Singh:

Perfeito, boa pergunta. Acho que há um estudo que podemos citar que nos ajuda a entender a questão. Se chama estudo GPS, Gold-Standard Pathway, e sou um dos investigadores do estudo. Ele foi publicado em 2023 pelo Dr. Arsham Sheybani e primeiro autor, e analisa o XEN em comparação à trabeculectomia tradicional. A análise de desfechos foi o percentual de pacientes que tiveram redução de 20%, mas também com a ressalva, sem hipotonía e sem perda de visão, contando dedos e sem intervenções secundárias. E quando olhamos para isso, foi um estudo de não inferioridade. Descobrimos que o XEN era não inferior à trabeculectomia tradicional. O que descobrimos foi que, embora numericamente a trabeculectomia tenha uma eficácia um pouco melhor em termos numéricos, quando olhamos para as coorte globais em termos de incisões secundárias, perda de visão e recuperação rápida, o XEN tem melhor recuperação da acuidade e menos chances de pacientes que de fato tenham redução da visão afetando a sua funcionalidade diária.

Dr. Petrakos:

Esses são pontos importantes. Quer dizer, todos temos pacientes com os quais tentamos discutir um plano cirúrgico, e discutimos a trabeculectomia, e agora temos o XEN Gel Stent, então é muito importante entender as diferenças entre esses diferentes procedimentos e resultados para os pacientes.

À medida que chegamos ao fim, eu gostaria que os meus colegas e os nossos colegas se lembressem de que o XEN Gel Stent não foi inferior à trabeculectomia e, em geral, temos menos efeitos adversos para os nossos pacientes.

Dr. Singh:

Isso é muitíssimo importante e o motivo pelo qual vamos analisar mais uma vez os riscos e os benefícios. Quais são as minhas chances de ter problemas? E eu acho que, porque vemos que o XEN tem recuperação mais rápida, menos chance de hipotonia, o que é muito significativo, acho que muitos de nós, incluindo eu mesmo, estão muito mais confortáveis em oferecer uma cirurgia tipo bolha como o XEN no começo do curso da doença.

Agora, sem esperar por aquele tipo de paciente com perda central e então decidir fazer uma trabeculectomia. Agora, eu acho, se alguém tivesse uma MIGS convencional, talvez uma SLT ou um sistema de entrega de medicamento e está com três ou quatro medicamentos, quero baixar as pressões para que eles parem de tomar medicamento. Devido ao alto perfil de segurança, acho muito mais confortável para oferecer isso no começo do estado patológico. É como se a cirurgia de bolha tivesse sido transferida de um tipo de paciente mais avançado para um paciente mais moderado que não tolera colírios ou não é tão controlado. E provavelmente esta foi a maior mudança na nossa prática.

Dr. Petrakos:

Obrigado. Acho que todos os pontos foram importantes. Paul, obrigado pela atenção e pela discussão.

Dr. Singh:

Agradeço a todos pela audiência em outro episódio do CME on ReachMD. Obrigado a todos.