



THINKING THROUGH AMYLOID-RELATED IMAGING ABNORMALITIES

A Case-Based Exploration of Recognition, Evaluation, and Reporting of Novel Imaging Events of Alzheimer's Therapeutics

- Boa tarde a todos, ou bom dia ou boa noite dependendo de onde vocês estiverem no país e no mundo. Meu nome é Don Melady. Sou médico de emergência em Toronto, Canadá. Sou membro do Departamento de Emergência Geriátrica Colaborativa e junto com nossos parceiros Efficient CME, trazemos para vocês este webinar esta tarde. Este é provavelmente um território novo para a maioria de vocês e, na verdade, para a maioria de nós, estamos analisando um tópico completamente novo, Anormalidades de Imagem Relacionadas à Amiloide e como podemos tratá-las no pronto-socorro. Portanto, essa quantidade é normalmente reduzido para ÁRIA, anomalias de imagem relacionadas à Amiloide, e refere-se a uma classe inteiramente nova de medicamentos que estão agora disponíveis para o tratamento da doença de Alzheimer precoce. Essa classe é chamada de terapias direcionadas à Amiloide. Seguramente, suspeito que a maioria das pessoas neste webinar como sempre são nossos colegas do departamento de emergência de todo o mundo. E é certamente verdadeiro que provavelmente nunca iremos prescrever esses medicamentos. Mas é certamente verdadeiro que atenderemos pacientes que tomam esses medicamentos e, às vezes, pessoas que estão no nosso pronto-socorro por causa desses medicamentos. Então, é fundamental que, para um atendimento de qualidade aos idosos, os pronto-socorros estejam preparados para receber esse novo grupo de pessoas. Esperamos que, ao final do webinar, você tenha uma melhor compreensão das terapias direcionadas à Amiloide e deste tópico de anomalias de imagem relacionadas à Amiloide e, especialmente, como você pode mudar as coisas em seu departamento de emergência para

melhor gerenciar essas pessoas. Então vamos começar com um caso. Esta é uma pessoa que poderia aparecer em qualquer pronto-socorro em qualquer lugar. Um homem de 77 anos com dor de cabeça e fala arrastada. Ele vem de ambulância e não está acompanhado de familiares ou amigos. Ele tem histórico médico limitado no prontuário eletrônico de saúde da sua instituição. Naturalmente você vai imediatamente fazer uma tomografia computadorizada. Até agora, isso é muito fácil e direto e a tomografia computadorizada parece normal e naturalmente, uma nova pessoa com novos sintomas neurológicos e uma tomografia computadorizada normal, você está pronto para ativar seu protocolo de AVC e está pensando, você fez um ótimo trabalho até agora. Aí a filha dele chega e conta que o pai dela está tomando Lecanemabe e você diz, "O que é isso?" E ela diz: "Ah, esse é o novo medicamento para tratar o Alzheimer precoce e tem algo a ver com a Amiloide". Quais seriam seus próximos passos na gestão dele? Este caso apresenta claramente o cenário desafiador que todos enfrentaremos em algum momento, quando aparecerem pacientes em terapia com Amiloide. Estaremos discutindo como cuidar dessas pessoas que terão a doença de Alzheimer e serão prescritas essas novas terapias que podem levar a anormalidades de imagem relacionadas à Amiloide, sobre as quais falaremos mais tarde e às quais nos referiremos como ÁRIA. Temos um painel fantástico. Esta é a sua oportunidade de realmente ouvir os maiores especialistas na área. Eu já me apresentei. Dr. Kevin Biese é vice-presidente de medicina de emergência da Universidade da Carolina do Norte e um dos dois líderes da Geriatric ED Collaborative. Dr. Gayatri Devi é professora

clínico de neurologia na Zucker School of Medicine e tem muito conhecimento sobre esta nova classe de medicamentos. Dra. Gloria Chiang é vice-presidente do Brain Health Institute da Weill Cornell Medicine. E a Dra. Jennifer Sutherland é uma de nossas colegas farmacêuticas que também trabalha na Universidade da Carolina do Norte, onde é professora assistente. Então, definitivamente queríamos incluir um medicamento neste painel porque são as pessoas que mais sabem sobre os medicamentos. Se está se perguntando o que é Geriatric ED Collaborative. Somos um grupo de médicos e hospitais nos Estados Unidos e no mundo que se concentram em melhorar o atendimento aos idosos nos departamentos de emergência. Estamos envolvidos com educação, melhoria da qualidade, disseminação de melhores práticas e avaliação dessas intervenções. Se você estiver interessado ou quiser se juntar a nós, seja como pessoa física ou como instituição, confira o site ou tire uma foto do código QR que está lá. Esses são os tópicos que abordaremos hoje e haverá muito material, a maior parte novo para todos. Não tenha medo de ter que acertar tudo na primeira vez. Haverá um kit de ferramentas completo disponível para você. Deveria estar, acho que na sua tela inicial deveria haver uma guia que diz Clinical Toolkit. Gostaria de começar com uma enquete para que você possa nos contar o que sabe. Você já atendeu pacientes com complicações decorrentes da terapia direcionada à Amiloide em seu pronto-socorro? Temos um quórum de respostas e esta foi mais ou menos uma pergunta retórica. Pode surpreender alguns de nós que até 8% dos médicos de emergência que atendem hoje já tenham atendido pacientes que tomam essa classe completamente nova de medicamentos, o que considero bastante impressionante e estou satisfeito que eles estejam aqui para descobrir mais e talvez compartilhar sua experiência. E significativamente, 92% dos médicos de emergência não atenderam

ninguém no pronto-socorro. Eu gostaria de enviar esta pergunta principalmente para o pessoal do departamento de emergência. Esses são Jen Sutherland e Kevin Biese. Por que você acha que isso será importante para os departamentos de emergência? E Kevin, por que você não vai primeiro?

- Ah, muito obrigado, Don. Acho que este é um tópico muito importante porque o resultado final é que os pacientes apresentam um grau de frequência relativamente alto. Acho que o número é de 10 a 20%, vou submeter isso a Dra. Chiang e a Dra. Devi. Nos micro sangramentos, ocorre um pequeno sangramento secundário ao uso desses medicamentos. E você só pode ver esses micro sangramentos nas ressonâncias magnéticas, falaremos sobre isso em um segundo. E isso tem muitas ramificações para nosso fluxo de trabalho. Tem ramificações para o acidente vascular cerebral, como falaremos em breve. Tem ramificações para o diagnóstico de forma mais geral. Mas se eu fosse bastante sucinto, diria que é porque na maioria das vezes, quando pensamos em apresentações neurológicas agudas que precisamos descobrir rapidamente no pronto-socorro, fazemos uma tomografia computadorizada de crânio. E para descobrir os pacientes com esses anticorpos monoclonais contra o Amiloide, você precisa de uma ressonância magnética. E isso tem implicações realmente significativas na forma como diagnosticamos estes pacientes e como garantimos que não causamos danos, por exemplo, administrando TPA no contexto do que parece ser um acidente vascular cerebral agudo. Jen, o que você acrescentaria a isso?
- Eu repetiria o que você acabou de dizer. Acho que é muito desafiador quando um paciente chega e parece um acidente vascular cerebral e soa como um acidente vascular cerebral, mas sabemos que se tratarmos esse paciente como qualquer outro paciente com acidente vascular

cerebral, potencialmente perderemos algo ou poderemos causar danos. E há muitas considerações que os hospitais terão que fazer e haverá obstáculos específicos das instituições que ele terá que superar. Por exemplo, os centros médicos acadêmicos podem ter problemas muito diferentes dos de um hospital comunitário. O paciente está recebendo esse medicamento em nossa instituição ou em outro lugar? Portanto, é importante sairmos na frente, fazer um plano com antecedência, antes mesmo que esse paciente apareça, para que possamos antecipar que tipo de problemas poderemos ver e estarmos preparados para seguir um caminho de tratamento diferente.

- Jen, até que ponto estamos atualmente nos departamentos de emergência em obter históricos de medicamentos em geral?
- Essa é difícil. Entrarei nos desafios um pouco mais tarde, mas muitas das informações de que precisamos, especialmente sobre esses pacientes, não estarão disponíveis em nosso prontuário eletrônico quando eles passarem pela porta. E as equipes do serviço médico de emergência podem não estar preparadas para fazer as perguntas para as quais queremos respostas. Então acho que temos muitas melhorias a fazer nesse processo.
- Obrigada, então, em resumo, com qualquer terapia nova, tudo é novo, e quando algo é novo, algo mais tem que mudar e este é um conjunto completamente novo de medicamentos e um conjunto completamente novo de problemas que os pacientes estão chegando, e precisaremos fazer algo diferente em nosso departamento de emergência. Isso ecoa toda a ideia de um pronto-socorro geriátrico. À medida que vemos cada vez mais pessoas idosas, precisamos começar a fazer as coisas de forma diferente. Não pode ser como antigamente. Significativamente, isso terá um grande impacto em nossos proto-

colos de AVC, como nosso caso acabou de demonstrar, o que costumava ser um caminho claro agora teria um conjunto extra de ramificações laterais do caminho. E você sabe, a interação dos departamentos de emergência com o departamento de ressonância magnética nem sempre é tranquila e fácil e claramente haverá mais ressonâncias magnéticas no futuro. Portanto, temos nossos especialistas residentes e, mais uma vez, se você tiver dúvidas específicas para um neurologista sobre esses tópicos, coloque-as no chat. E vou passar a Dra. Devi para nos dar uma perspectiva elevada sobre toda essa classe de medicamentos.

- Obrigado, Don, então a primeira coisa que vou dizer é que esses medicamentos são trava-línguas, Lecanemabe, Donanemabe e o primeiro medicamento, Aducanumabe, são todos mabes, anticorpos monoclonais que têm como alvo o Amiloide no cérebro. E ao direcionar o Amiloide cerebral onde nossa esperança será dissolver o Amiloide ao longo do tempo, não só iremos retardar a progressão da doença de Alzheimer, mas poderemos, na verdade muito, muito cedo se iniciar o medicamento cedo o suficiente, você pode até ser capaz de prevenir. Esse é o objetivo final. Portanto, é muito emocionante viver nesta época. Infelizmente, como acontece com todas as coisas boas, existem efeitos colaterais. Logo, o grande problema com os anticorpos monoclonais usados no tratamento da doença de Alzheimer e do comprometimento cognitivo leve é que eles podem causar sangramento e inchaço cerebrais. E então temos o efeito colateral no Lecanemabe, por exemplo, até um quarto dos pacientes pode ter o efeito colateral e no Donanemabe até 40%, um pouco acima disso, terá o efeito colateral de sangramento cerebral e inchaço cerebral, que Gloria vai entrar. Mas esta é uma classe de drogas muito interessante e estou muito entusiasmado com isso. Tenho sido um defensor desta classe de medicamentos por todos os benefícios

que ela pode proporcionar. E é a primeira classe de medicamentos que realmente modifica a doença. Ele altera a patologia, limpa a placa, e porque também limpa a placa nos vasos sanguíneos, o Amiloide nos vasos sanguíneos, é por isso que você tem algum rompimento da barreira hematoencefálica e tem sangramento cerebral e o inchaço cerebral por causa dos vazamentos e danos às paredes dos vasos. Então são tempos emocionantes, mas também assustadores, e é importante que os serviços de emergência estejam cientes das várias formas de apresentação dos pacientes e de como tratá-los de forma diferente nesta situação.

- Obrigado por essa visão geral e, na verdade, já surgiu uma ótima pergunta do nosso público, que provavelmente é melhor direcionada a você que é, “Esses medicamentos têm um banco de dados de monitoramento eletrônico on-line?”
- Infelizmente não, e neste momento a administração destes medicamentos está muito distante. Quero dizer, é realmente possível que um neurologista não saiba que o medicamento está sendo prescrito por um geriatra e está sendo administrado em um centro de infusão e no local C, de modo que esse tipo de banco de dados centralizado ainda não exista. Mas eu sei que há um impulso, há um movimento para tentar que isso aconteça.
- E então a segunda parte desta pergunta muito boa. E já que você é neurologista, alguém que iria prescrever esse medicamento, certo? Como se isso fosse...
- Sim. Então, quando você prescreve, que tipo de conselho você dá aos pacientes e/ou familiares sobre possíveis riscos?
- Então, fui uma das primeiras defensoras dessas drogas. Comecei a usar o Aducanumabe, que é o primeiro medica-

mento dessa categoria que foi aprovado condicionalmente pelo FDA, mas que agora será retirado do mercado em 2021 e, posteriormente o Lecanemabe, que está disponível atualmente. E peço a todos que assinem um termo de consentimento. Normalmente peço ao cuidador que assine um termo de consentimento também entendendo que esses medicamentos não vão causar nenhuma melhora, que só vão retardar a progressão. Então essa é uma grande diferença. Também os alerto sobre os efeitos colaterais e a possibilidade de morte como efeito colateral que ocorreu com Leqembi ou Lecanemabe. E embora a maioria dos efeitos colaterais sejam geralmente assintomáticos, existe a possibilidade de que sejam graves. Então, estou falando muito sério sobre isso. Certifico-me de que há um cuidador a bordo na maior parte do tempo. Certifico-me de que todos estejam cientes.

- Portanto as pessoas que estão saindo do seu consultório, se estivessem aparecendo em um pronto-socorro, você acha que estariam dizendo coisas como, “Minha neurologista me disse para vir aqui, se eu desenvolver esses problemas”.
- Eles provavelmente diriam que já me ligaram e eu mandei eles irem ao pronto-socorro. Então sim, mantemos um controle muito rígido, mas nem sempre é assim, devo dizer.
- Bom. Então, muito obrigado por isso. Então, acho que, em resumo, está claro que já existe um agente aprovado por aí, outro provavelmente a caminho, o seguro está cobrindo isso cada vez mais. E com certeza veremos mais desses pacientes em pronto-socorros. Então, voltando aos nossos colegas de emergência, antes de passarmos a Dra. Chiang, Kevin e Jen. E talvez, talvez comece com Jen. Quando os pacientes da Dra. Devi aparecem em nosso pronto-socorro, o que você acha

que precisamos fazer de diferente? Como precisamos mudar nosso sistema?

- Com certeza, a disponibilidade dessas terapias direcionadas à Amiloide terá impacto no modo como tratamos esses pacientes. E Don, se você quiser passar para o próximo slide, abordarei dois dos pontos que gostaria de levantar. E o primeiro foi que, e o Kevin já disse isso, precisamos estar preparados para esses pacientes antes mesmo de chegar o primeiro. E isso significa ir em frente e reunir-se com a liderança do pronto-socorro, seus coordenadores de AVC, educando seus médicos do pronto-socorro que cuidarão desses pacientes quando eles chegarem pela porta. E então, quando você começar a modificar seus protocolos, eu só queria abordar dois pontos a serem levantados. Então, o primeiro seria destacar quais pacientes estão realmente tomando esses medicamentos, o que acho que identificaremos como um grande problema. E o segundo seria otimizar seu prontuário eletrônico para gerenciá-los. Então, quando se trata do componente de reconciliação médico como disse a Dra. Devi, as entrevistas com pacientes e familiares serão suas fontes de informação mais confiáveis neste momento. Esses medicamentos são administrados em centros de infusão intravenosa, não são retirados em farmácias. Portanto, muitos dos métodos tradicionais que usamos para obter históricos de medicação desses pacientes não conseguimos utilizar. Suas seguradoras não vão interagir com seu prontuário eletrônico da mesma maneira. Da mesma forma, se um paciente estiver em uma unidade, ele pode nem aparecer no MAR da unidade porque não está recebendo o medicamento na unidade. Portanto no estado atual, infelizmente entrevistar o paciente e familiares é a melhor forma de identificar esses pacientes. E então, passando para como podemos otimizar nossos registros médicos eletrônicos para esses pacientes, obviamente será dramaticamente difer-

ente para cada instituição. Então, se você está em um centro médico acadêmico, é você quem administra esses medicamentos dentro do seu sistema de saúde, fica muito mais fácil. Você pode fazer coisas como alertas de práticas recomendadas vinculados especificamente ao medicamento ou ao paciente. Logo, toda vez que eles chegam, assim que o provedor abre seu prontuário, ele sabe que o paciente está tomando esses medicamentos e é automaticamente sinalizado para as contra-indicações que abordaremos mais tarde na apresentação. No entanto, esse é o melhor cenário. Acho que muitas vezes estamos todos em ambientes de prática diferentes e podemos não ter o luxo dos medicamentos administrados em nosso sistema. Um paciente pode dirigir uma ou duas horas para receber essas infusões, mas se ligar para o serviço médico de emergência por causa de sintomas semelhantes aos de um derrame, provavelmente irá para algum lugar próximo. Então eu acho que é olhar o seu prontuário eletrônico, ver quais são as capacidades. Se isso significa apenas adicionar alergias aos prontuários dos pacientes com os medicamentos contra-indicados para que eles sinalizem que essa pode ser a melhor coisa que você pode fazer. Então, acho que é apenas avaliar as questões específicas do fluxo de trabalho da sua instituição e ver o que você pode fazer dentro desse sistema. E também apenas estar preparado para quaisquer mudanças. Você sabe, podemos obter mais dados que mudem a forma como gerenciamos esses pacientes. Talvez tenhamos que alterar as nossas políticas, elas podem ficar disponíveis por via subcutânea, caso em que isso também mudaria a forma como fazemos as reconciliações. Então, esses são os dois pontos que gostaria de abordar nessas mudanças de protocolo.

- Então, muito obrigado, Jen. Me parece que isso é uma espécie de atendimento geriátrico de DE, como estabelecer uma

linha de base para cada paciente mais velho. Certificar-se de envolver outros cuidadores porque nosso paciente neste caso provavelmente não é capaz de fornecer seu próprio histórico. Portanto, certifique-se de entrar em contato com outros familiares, cuidadores e pessoas que conheçam melhor o paciente. E o mais importante, certificar-se de ter uma equipe interdisciplinar disponível para cuidar de uma pessoa idosa, porque tenho certeza, Jen, que você será muito melhor em rastrear todas essas informações do que o médico de emergência com quem está trabalhando. E com essa nota, vou passar a palavra para Kevin. O que você tem a dizer?

- Em primeiro lugar, temos muita sorte de ter Jen na equipe. Cuidar de pacientes complicados com múltiplos problemas médicos em condições urgentes é verdadeiramente um esporte interdisciplinar. Don, quero voltar apenas um segundo para ter certeza de que fomos absolutamente claros sobre a questão do AVC. Portanto, se alguém estiver tomando um anticorpo monoclonal Amiloide, um anticorpo monoclonal anti-amiloide, e estiver tendo micro sangramento devido a isso, é altamente provável que administrar TPA seja uma má ideia. Agora há um debate se é uma contra-indicação absoluta ou uma contra-indicação relativa, mas certamente se os sintomas são provenientes do sangramento, é complicado, certo? Normalmente não daríamos um lítico para uma condição hemorrágica e esperaríamos melhorar o resultado. E há relatos de casos de pessoas que receberam líticos quando apresentaram como se tivessem sofrido um derrame e morreram. E precisamos ter isso em mente e pensar bem, aquele paciente que você falou naquele primeiro cenário, ele chega, parece que está tendo um derrame, você está com pressa. A última vez que ele pareceu normal, foi há duas horas e meia. Todo mundo fica tipo, "Ah meu Deus", você

tira seu cartãozinho, ele não está tomando anticoagulante, a creatinina não é superior a 1,8, a pressão arterial não é superior a 180, o que quer que esteja naquele cartãozinho. E você fica tipo, "Tudo bem, dê TPA a ele" e esse é o paciente que corremos o risco de piorá-lo muito, transformando seu pequeno sangramento em um grande sangramento, certo? E não está claro se os sintomas neste caso foram realmente de um acidente vascular cerebral isquêmico associado ao Lecanemabe ou do próprio Lecanemabe. De qualquer forma, o fato dele estar tomando um medicamento com alta probabilidade de causar micro sangramento que você não verá na tomografia computadorizada é um grande risco para esse paciente. Então o que precisa fazer? Você precisa ter um plano com antecedência. Precisa ter um plano com antecedência, certo? Acho que, no mínimo, precisamos perguntar aos nossos pacientes, aos seus cuidadores, a qualquer pessoa com quem possamos entrar em contato, eles estão tomando esses medicamentos? Além disso, você precisa conversar com seus neurologistas, certo? Então, na UNC, temos um departamento de neurologia que está começando a administrar esses medicamentos e nossa equipe do departamento de emergência está começando a se reunir com nossa equipe de neurologia para saber como podemos cuidar desses pacientes. Como temos a melhor chance de saber que eles estão usando? Se você estiver em um hospital menor, certo? Então você precisa entrar em contato com os centros que os estão oferecendo, digamos que você esteja, não sei, a uma hora de Manhattan. Talvez você possa entrar em contato com alguns dos centros que administram esses medicamentos com antecedência para ter certeza de que está ciente ou com quem conversar. Mas você precisa ter um programa com antecedência para aumentar as chances de saber que esses pacientes estão tomando medicamentos. Quando você retira seu cartãozinho sobre

o que considerar ao administrar líticos para um derrame, ele precisa estar listado nesse cartão e precisa ter alguém com antecedência que você conheça para ligar da melhor maneira possível “Ei, Acho que tenho alguém tomando um desses novos medicamentos anti-amiloides, me ajude a conversar sobre isso.” É assim que precisamos mudar nossos padrões de cuidado. E tudo tem que acontecer antes que o primeiro paciente chegue, porque foi visto pela última vez há duas horas e meia um acidente vascular cerebral agudo normal, quando você está considerando TPA e você não tem o histórico médico completo e a família ainda não chegou ao hospital ainda, é um momento difícil para descobrir isso.

- Bom, obrigado por esses pontos. Estaríamos interessados em ouvir do público no site, se que já fizeram alguma dessas coisas. Portanto, antes de passarmos a Dra. Chiang, temos uma questão de teste de habilidade. Qual destas afirmações a seguir sobre anormalidades de imagem relacionadas à Amiloide, sobre as quais ouviremos, é verdadeira? ARIA ocorre apenas em pacientes em uso de terapias direcionadas à Amiloide. A maioria dos pacientes em terapia com alvo em Amiloide desenvolverá ARIA. A maioria dos casos de ARIA é assintomática. O sintoma clínico mais comum da ARIA é a deficiência visual ou não sei. Então, acho que temos um monte de espertinhos na ligação hoje. A maioria dos casos de ARIA são assintomáticos, o que acaba por ser a resposta certa e também estamos interessados em ouvir uma resposta à primeira pergunta. Então, sim, parece que a maioria deles é assintomático. Considerando que agora temos esta condição grave nos exames de imagem, que pode ser assintomática, acho que gostaria de ouvir a Dra. Chiang sobre o que deveríamos fazer para investigar isso e o que precisamos saber no departamento de emergência.

- Obrigado, Don e como aludimos antes, o principal efeito adverso dessas terapias direcionadas à Amiloide é ARIA, que significa anormalidades de imagem relacionadas à Amiloide. E portanto existem dois tipos principais de ARIA. Existe ARIA E, o E que significa emas ou edema. Basicamente, pode ver como na primeira imagem, tem basicamente muito líquido no parênquima cerebral, ou pode ter líquido realmente se acumulando dentro dos sulcos do cérebro, manifestando-se como derrames sulcais. E depois há ARIA-H, que é mais o tipo hemorrágico de ARIA, onde pode ver no círculo esses pequenos pontos pontilhados de micro-hemorragias no parênquima cerebral, ou pode ver as setas nesta imagem do lado direito apontando para essas áreas lineares de cirrose ou hemoderivados crônicos nos sulcos. Então é isso que procuramos naqueles monitoramentos de ressonâncias magnéticas nesses pacientes que estão fazendo essas terapias.
- E só para ficar claro, isso não apareceria na tomografia?
- E é uma pergunta que recebemos muito, na verdade. Mas, infelizmente, como a tomografia não é tão sensível, principalmente para essas pequenas micro-hemorragias, a tomografia não é suficiente para monitorar esses pacientes. Eles têm que fazer uma ressonância magnética. E você sabe, indo mais longe nisso. E assim, se olharmos para os testes clínicos das pessoas que estão fazendo estas terapias, cerca de 30% delas desenvolveram pelo menos uma destas formas de ARIA. Mas, novamente, a grande maioria não era sintomática. Apenas 6% ou menos eram sintomáticos e só sabiam da ARIA por causa da monitorização e das ressonâncias magnéticas que foram realizadas durante o tratamento. Além disso, é notável que os pacientes correm maior risco de ARIA nos primeiros três meses de terapia.

Portanto, no início da terapia, é quando você monitora mais de perto a ARIA.

- E só para reiterar, você disse isso e acho que a Dra. Devi também, os pacientes que tomam esse novo medicamento fariam ressonâncias magnéticas rotineiramente a cada poucos meses?
- Isso mesmo, por exemplo, para o Lecanemabe, que é o principal medicamento atualmente disponível no mercado, os pacientes fazem uma ressonância magnética basal padrão apenas para avaliar qual é o seu estado basal em termos de hemorragias, acidentes vasculares cerebrais, hiperintensidades da matéria branca e, em seguida, os pacientes passam por outra ressonância magnética antes da quinta infusão, antes da sétima infusão e antes da 14ª infusão. E isso está escrito no rótulo. É uma espécie de recomendação padrão. E normalmente na nossa instituição, os nossos neurologistas agendam estas ressonâncias magnéticas logo no início. Assim, todos os pacientes sabem quando essas ressonâncias magnéticas de acompanhamento serão quando iniciam a medicação.
- Bom, ok e assim por diante ou de volta para você, Dra. Devi. Então agora sabemos que temos essa anormalidade observada nos exames de imagem que pode ser assintomática. Então, como podemos saber o que é realmente um sintoma quando nos deparamos com pacientes com sintomas muito inespecíficos?
- Claro, e só para acrescentar ao que Glória mencionou, nós descobrimos que um cronograma de dosagem mais lento às vezes ajuda a reduzir o risco de anormalias de imagem relacionadas à Amiloide. E provavelmente, em nossa clínica, tivemos até agora cerca de 40 pacientes que receberam esse medicamento, o medicamento anterior, Aducanumabe, e agora

Lecanemabe no último, desde julho de 2021. E tivemos quatro pacientes que desenvolveram anormalidades de imagem relacionadas à Amiloide e nenhum dos quatro apresentou nenhum sintoma, nenhuma dor de cabeça, nenhuma confusão, nenhuma tontura, nada disso. E realmente só descobrimos como a Glória falou, por causa do acompanhamento de rotina. E a outra coisa também é que quando você aumenta a dose é quando o risco de sangramento com esses medicamentos é maior. E com a dosagem mais lenta, descobrimos que, por exemplo, um dos nossos pacientes teve ARIA no final do segundo ano de tratamento com um cronograma de dosagem muito, muito lenta. Então você também quer ter isso em mente, os pacientes estão em um cronograma regular de dosagem, o que é bastante rápido, caso em que a maioria dos pacientes terá sintomas nos primeiros oito meses, dependendo do medicamento que está usando, terá sintomas mais tarde. Em termos de efeitos colaterais, quero dizer, dependendo de onde está a patologia, os pacientes podem ter vários efeitos colaterais. E imitações clínicas, na verdade tivemos um paciente que foi diagnosticado como tendo acidente vascular cerebral isquêmico agudo porque parecia um infarto em forma de cunha, que foi encontrado em uma ressonância magnética incidental. E conversamos com vários neurologistas e decidimos que era um infarto em forma de cunha. E então, quando fizemos um acompanhamento de RI, e ela estava assintomática. Quando fizemos a ressonância magnética de acompanhamento, havia desaparecido. Portanto, foi uma imitação clássica do que parecia ser um acidente vascular cerebral isquêmico agudo, mas na verdade era ARIA. É claramente síndrome da encefalopatia posterior reversível, mas geralmente se apresenta de maneira muito diferente em pacientes hipertensos, mulheres com eclâmpsia, etc. E isso reverte muito rapidamente. Geralmente ocorre na parte poste-

rior do cérebro, e em seguida, a hemorragia subaracnoidea provavelmente seria menos provável nesta situação. Mas esses são todos diferenciais que você deve ter em mente. Mas o acidente vascular cerebral isquêmico, acho que seria o maior problema em termos de imitação.

- Pelo que entendi, você poderia estar fazendo exames de rotina e encontrar uma ARIA, uma anormalidade de imagem relacionada à Amiloide. Há uma ótima pergunta do nosso público. Então, se isso acontecer em sua clínica, Dra. Devi, quando você estiver acompanhando essa pessoa, você a encaminharia ao pronto-socorro para avaliação hospitalar?
- Então eu não fiz isso com nenhum dos meus... Em nossa clínica, na verdade examinamos cada paciente, cada consulta que eles recebem, apenas para sermos extremamente cautelosos. E nenhum desses quatro pacientes apresentou alterações clínicas e nenhum deles apresentou sintomas clínicos. Na verdade, o único paciente que teve a ARIA mais dramática com envolvimento bilateral viajou para a Europa com a sua esposa na semana seguinte, e só mantivemos esta medicação Amiloide durante um mês, sabe, foi tudo o que fizemos. Mas todo mundo está no mesmo programa. Na verdade, não fizemos nenhuma alteração porque todos eram assintomáticos e não apresentavam nenhum achado clínico no exame e apenas os acompanhamos cuidadosamente com ressonâncias magnéticas.
- Dra. Devi, vou me intrometer por um segundo, entrar por um segundo e fazer uma pergunta. Digamos que um de seus pacientes, eu estava trabalhando em Manhattan no pronto-socorro e um de seus pacientes chegou com o que parecia, não em termos de imagem, imagem irrelevante clinicamente, como um acidente vascular cerebral agudo e ele estava tomando Lecanemabe. Você acha que sabemos,

na verdade não estou tentando colocá-la em situação difícil, parece improvável que os sintomas agudos do AVC tenham sido causados pelo Lecanemabe neste paciente, embora seja possível, não sei. Você acha que sabemos se, nesse caso, há duas horas ele não consegue mover o braço direito? Ele estava jogando, você sabe, ele estava mexendo bem o braço direito com os netos há duas horas e meia e agora não está. A quantidade de contra-indicação que TPAs naquele paciente, é relativa, é absoluta, estou ligando para você, "Ei, estou com seu paciente, descobri que ele está tomando Lecanemabe e que você está prescrevendo e parece que eles tiveram um derrame agudo." E você diz...

- Eu diria que muitos pacientes com Alzheimer têm comorbidade para AVC, então já têm comorbidade pré-existente. E se de fato parecer um acidente vascular cerebral embólico agudo, acidente vascular cerebral isquêmico, então eu, apesar do fato de eles estarem tomando Lecanemabe, se for um acidente vascular cerebral em evolução, eu pessoalmente, dependendo do paciente, novamente, é individualizado, consideraria TPA para esse paciente.
- Entendi, e uma maneira de parafrasear isso é saber disso e praticar a tomada de decisão compartilhada nesse caso, da melhor maneira possível, talvez haja uma chance maior de sangramento que ainda está sendo quantificado. Quero que me corrija a qualquer momento se eu estiver dizendo algo errado, ainda estamos descobrindo. Mas esses medicamentos podem causar pequenos sangramentos e estou prestes a lhe dar um medicamento que rompe um coágulo e pode causar mais sangramento. E assim poderíamos causar um sangramento maior, mas também poderíamos ter a chance de melhorar o derrame na prática da tomada de decisão compartilhada. Essencialmente é isso?

- Está correto. E só para falar nesse ponto, quero dizer, por exemplo, que tenho um de um par de gêmeas idênticas, ambas com Alzheimer. E a única gêmea que não está na minha clínica tem Alzheimer grave. E a gêmea que está em meu consultório tem uma válvula cardíaca e, portanto, ela precisa tomar um anticoagulante, mas ela optou por tomar anticorpos monoclonais e então ela está tomando ambos e estamos dosando-a muito lentamente e até agora ela tem estado bem. Mas é realmente uma decisão caso a caso e neste caso a única gêmea decidiu que preferia optar por isso com a possibilidade de sangramento real.
- Entendi. Bem, obrigado por isso.
- O prazer é meu.
- Vou voltar lá para baixo, ao pronto-socorro. Para baixo porque os departamentos de emergência estão sempre no piso térreo. Então, para vocês, Kevin e Jen, está ficando cada vez mais claro, é complicado. Estamos tomando medicamentos, os medicamentos causam anormalidades nos exames de imagem, os mesmos medicamentos podem causar problemas nos sintomas. Os dois nem sempre se correlacionam. Então, o que devemos fazer no departamento de emergência? Kevin, você vai primeiro.
- Ligue para o neurologista e depois ligue novamente. Quero dizer, sempre que possível, essa decisão deve ser tomada em conjunto. Agora continuo preocupado porque nem sempre isso será possível. Como a Dra. Devi aludiu anteriormente, nem todas as pessoas que prescrevem esses medicamentos poderiam dizer os nomes do meio de todos os 40 pacientes a quem os administraram até agora e saber onde eles estão morando e esse tipo de coisa. E assim, e à medida que mais pacientes os tomam, obviamente não será esse o caso e como Jen aludiu

quando eles forem subcutâneos, mas hoje a resposta é conversar com seu neurologista com antecedência e descobrir para quem ligar e garantir que você chegue em um entendimento compartilhado de que eles realmente estão tomando esses medicamentos. E então, é claro, envolver o paciente em qualquer tomada de decisão. Você sabe, eu diria que a conversa sobre AVC tem que ser uma tomada de decisão compartilhada. Estou ciente de que, como por exemplo num grande sistema de saúde na costa oeste, eles consideram o TPA absolutamente contra-indicado hoje na administração destes medicamentos. Não estou dizendo que isso seja certo ou errado, só estou dizendo que alguns lugares tomaram essa decisão. Alguns lugares falaram sobre ter essas conversas, mas você tem que saber que eles estão tomando isso e depois conversar com os pacientes e então se eles chegam e não estão tendo um derrame, mas estão com dor de cabeça ou estão com tonturas ou alterações na visão ou, todas as coisas neurológicas que podem estar presentes em pacientes que tomam esses medicamentos, acho que a resposta permanece a mesma, ligue para o neurologista. E então peça ao neurologista que lhe diga ou fale com a Dra. Chiang ou quem quer que seja e certifique-se de que a ressonância magnética seja sequenciada corretamente quando possível, porque o neurologista provavelmente sugerirá uma ressonância magnética naquele momento, seja no pronto-socorro ou em acompanhamento próximo. Então se parece um AVC, converse com o neurologista e com o paciente sobre como você quer proceder com os líticos ou não. E eu teria muito cuidado. E então, se não parecer um acidente vascular cerebral, estamos tentando conversar com o neurologista sobre como diagnosticar isso melhor e se isso tem que acontecer agora. Ou especialmente se você estiver em um pronto-socorro sem ressonância magnética, se eles poderiam ir à clínica amanhã. Mas, novamente, essa é uma

conversa que quero ter com o neurologista. Acho que hoje não sei o suficiente para tomar essas decisões sozinho.

- E eu também acho que os pacientes, os pacientes e as famílias, especialmente se você os envolver desde o início, estarão muito empenhados em tomar essa decisão com você, embora seja obviamente um momento sensível na sala de emergência.
- Obrigado. Gayatri, apenas estou interessado em sua contribuição sobre como podemos melhorar os processos de reconciliação de medicamentos?
- Claro, acho que enquanto estamos trabalhando nisso, à medida que nossas especialidades avançam com todos esses medicamentos, é bom pensar sobre o estado ideal e como será no futuro. Por isso, sempre queremos dar os remédios certos ao paciente certo, na hora certa. E quando esses pacientes vão para o pronto-socorro, saber pelo serviço médico de emergência o que eles estão tomando seria muito útil. E, como a Dra. Devie mencionou anteriormente, acho que ter um registro centralizado poderia ser algo que defendemos, onde pudesse estar ao nosso alcance. Você sabe, não quero memorizar mais um login, mas seria muito bom para uma decisão urgente como essa ter acesso a essas informações imediatamente.
- Ótimo, então reconciliação de medicamentos e depois processos para tentar descobrir qual deveria ser a imagem correta. O que nos leva de volta a Dra. Chiang. Gloria voltando a este caso, que já analisamos, agora estamos felizes que a tomografia computadorizada está normal. Esta agora também é uma pergunta retórica, a tomografia computadorizada é suficiente? E acho que sua resposta será não.

- Certo, novamente, a tomografia computadorizada não é suficiente para essas pequenas alterações no cérebro compatíveis com ARIA. E você realmente precisa de ressonância magnética e é por isso que está escrito no rótulo como uma recomendação. E para que você saiba o máximo que puder, acho que é muito importante que a equipe administrativa e de radiologia se unam e tenham uma forma padrão de solicitar essas ressonâncias magnéticas, bem como um protocolo padronizado que possa realmente identificar os achados necessários sobre estas ressonâncias magnéticas. E então eu diria, que a maioria das ressonâncias magnéticas hoje em dia tem uma espessura de corte de pelo menos cinco milímetros ou menos. Mas certifique-se para o componente ARIA-E, procurando na ARIA edematosa que você tem uma sequência T2-FLAIR que é a sequência mais sensível a fluidos. Para a detecção de ARIA-H, é importante ter uma GRE, uma sequência gradiente-eco ou um SWI, uma sequência ponderada de suscetibilidade. Ambas são sequências sensíveis ao sangue e você precisa delas para procurar pequenas áreas de micro-hemorragias. Como falamos, os sintomas muitas vezes podem imitar um acidente vascular cerebral isquêmico agudo. E muitas vezes obtemos uma sequência de imagem ponderada por difusão, que é muito rápida, geralmente leva menos de um minuto, apenas para ter certeza de que descartamos um acidente vascular cerebral, porque clinicamente os sintomas de ARIA podem imitar um acidente vascular cerebral agudo.
- Então, como um médico de emergência simplório, o que preciso saber? Há algo diferente nesta avaliação de ressonância magnética ou no pedido que precisa ser feito no caso improvável de eu ser a pessoa que faz o pedido ou é como uma ressonância magnética normal do cérebro, que geralmente fornecerá as informações

de que você precisa do departamento de emergência?

- Sim, então acho que depende da instituição. Acho que diria que os protocolos de ressonância magnética de rotina têm essas sequências. A maioria dos protocolos de ressonância magnética já deveria ter o DWI para excluir infarto. A maioria já tem FLAIR. Um dos principais é esse eco de gradiente onde a sequência SWI. Acho que nem sempre está em todos os protocolos de rotina. Então, apenas para ter certeza de que você tem uma dessas sequências padrão sensíveis ao sangue. Eu acho que isso é importante. E a outra coisa é que é importante fazer uma ressonância magnética não aberta. Então, às vezes, pacientes claustrofóbicos vão a clínicas que têm Tesla aberto muito baixo, ímãs de campo baixo e isso não é suficiente em termos de ter as sequências corretas para excluir ARIA neste momento. E por isso é importante entender, normalmente recomendamos uma ressonância magnética de três Tesla, mas se você fizer isso em 1,5 Tesla, tudo bem, desde que todas essas sequências estejam incluídas.
- E Don, eu apenas diria que o que isso significa para mim, ao pensar em ajudar a administrar um pronto-socorro, é que quando eu tiver aquela reunião que terei depois deste webinar onde ligo para meu neurologista e digo, "Ei, como vamos ter certeza de que sabemos que os pacientes estão tomando Lecanemabe ou alguma outra coisa será divulgada?" Vou convidar nosso neurorradiologista para essa reunião e o neurologista e o neurorradiologista vão conversar sobre que tipo de imagem eles precisam e então vamos ter certeza de que é épico e dirão, "Tudo bem, e eu vou clicar naquele." Quero dizer, tudo o que a Dra. Chiang acabou de dizer é incrivelmente correto e útil e não vou me lembrar disso. Essa é mais uma razão pela qual você precisa planejar antes que o paciente chegue. Então, na minha instituição, se

são 2h da manhã e eu estou conversando com o pobre residente do segundo ano, ele não está tentando descobrir o que é essa modalidade. Em vez disso, já foi decidido com antecedência e sabemos que podemos encontrá-lo com o rótulo que quisermos.

- O que eu acho que nos leva a essa pergunta que eu ia fazer, mas acho que nos dá a resposta. Quero dizer, precisamos dizer ao radiologista que essa pessoa está em um ATT e precisamos já ter implementado um processo que garanta que a pessoa possa obter facilmente a análise correta de que precisa. Então, o que mais você precisa saber? Há mais alguma coisa que precisamos comunicar com você, Gloria?
- Certo, então Kevin, você está absolutamente certo. Então é exatamente assim que montamos o processo em nossa instituição. A gente tem um pedido épico, sabe, quem está tomando esse remédio pode clicar nesse pedido, fazer a ressonância magnética, por causa desse pedido épico, ele aciona um protocolo padrão, temos um protocolo ARIA então as sequências certas são feitas e então o radiologista também sabe lê-lo em busca de ARIA. Então, uma coisa a ter em mente são essas descobertas que estamos descrevendo com ARIA, essas micro-hemorragias, essas áreas de edema, a siderose, elas não são específicas da ARIA. Então sem aquele histórico de saber que essa pessoa está fazendo essa terapia, o radiologista pode não saber, ele poderia dizer, ah, é uma micro-hemorragia de anticoagulante ou sabe, trauma de outra coisa, né? Portanto, é extremamente importante informar ao radiologista que está fazendo essa terapia direcionada à Amiloide. A outra coisa que é extremamente importante é se você tiver imagens anteriores, se puder disponibilizá-las ao radiologista, isso seria muito útil porque com cada uma dessas ressonâncias magnéticas de monitoramento, estamos tentando decidir se há novas

áreas que são preocupantes para ARIA, novas áreas de micro-hemorragias, novas áreas de edema. E então fazer aquela ressonância magnética prévia seria muito útil. Compreensivelmente, esses pacientes se movimentam, nem sempre são visualizados no mesmo lugar. Então, às vezes, as imagens não estão disponíveis. Mas se houver um relatório prévio dizendo que está tudo bem, o paciente, na ressonância magnética anterior, teve duas micro-hemorragias e estou lendo a ressonância magnética de acompanhamento e estou vendo cinco, sabe, isso também vai me dar uma indicação. Ok, três novas micro-hemorragias desenvolvidas nesse ínterim são preocupantes para ARIA.

- Muito obrigado. E agora nesses próximos dois slides estamos chegando aos últimos 15 minutos do webinar e tem algumas coisas muito importantes pela frente. Dra. Chiang, se você puder passar um momento nos guiando por essas imagens.
- Sim, claro, isso é apenas para mostrar que existem maneiras de avaliar a gravidade da ARIA. Para o RAE, por exemplo, há leve, moderado, grave e depende muito de quantos locais estão envolvidos. Se for apenas um local ou mais de um e qual o tamanho da anormalidade. Portanto é considerado leve se tiver menos de cinco centímetros e tiver esse tamanho de anormalidade no geral, é moderado se for de cinco a 10 e é grave se for maior que 10. E estes são alguns exemplos de ARIA-E. O mesmo acontece com ARIA-H, novamente temos leve, moderado e grave em termos de etapas. E novamente depende de quantas áreas estão envolvidas ou em termos de micro-hemorragias, o número real de micro-hemorragias. Assim como no meu exemplo, saber o número exato de micro-hemorragias do exame anterior é realmente crucial no exame de acompanhamento para saber o que aconteceu.

- Muito obrigado, Gloria. Então, Gayatri, agora temos a resposta que precisamos da nossa excelente neurorradiologista. Qual é o tratamento para essas anormalidades de imagem relacionadas à Amiloide?
- Como discutimos várias vezes anteriormente, quase todas as anormalidades de imagem relacionadas à Amiloide são assintomáticas e descobertas acidentalmente em exames de ressonância magnética. Se forem sintomáticos e se forem muito leves, não fazemos nada a respeito. Se houver sintomas moderados, a pessoa está com fortes dores de cabeça, está tendo problemas reais para movimentar-se etc., então a gente segura o tratamento e vê como fica, repete a ressonância magnética e observa para ver o que acontece com os sintomas. Quero dizer, realmente use o bom senso nesta situação. E se for assintomático, mas parecer grave na ressonância magnética, acho que depende muito, sabe, se for grave, então sim, você quer suspender a medicação porque existe a possibilidade de que se você der a próxima dose você possa realmente causar uma situação catastrófica. Você quer segurar as doses e depois ver como o paciente progride, repetir a ressonância magnética, se estiver estável então pode prosseguir com o tratamento. O outro tipo de advertência, nada é simples no mundo da medicina e certamente não na neurologia, micro-hemorragias que são hemorragias muito, muito pequenas no cérebro, micro-hemorragias, por assim dizer, são realmente comuns à medida que envelhecemos sem ARIA. Logo, até 30% dos adultos mais velhos só têm isso, se você fizer imagens boas o suficiente. Então isso também complica as coisas.
- Então, estamos falando de dois grupos de pessoas que podem ter ARIA, aqueles que você encontra em sua clínica rotineira e que vêm para seu monitoramento de rotina. E, a menos que tenham apresentado sintomas catastróficos, provavel-

mente nunca procurariam um pronto-socorro.

- Certo, está certo.
- E você não os administraria. As pessoas onde isso será relevante para os médicos de emergência são aquelas que desenvolveram novos sintomas, seja por causa da ARIA ou porque desenvolveram novos sintomas neurológicos porque há idosos complexos e potencialmente frágeis com outras condições neurológicas. E, no entanto, mesmo nesses casos, a menos que os sintomas sejam muito graves, é provável que também sejam tratados em ambulatório, uma vez que tomemos a decisão de que isto não é tratável, certo?
- Certo, está correto, Don. E também nos estudos clínicos, apenas um número muito pequeno de pacientes foi realmente hospitalizado e estamos falando de milhares de pacientes que foram tratados e que tiveram que ser hospitalizados por qualquer tipo de problema relacionado a ARIA. E essas foram realmente as únicas razões pelas quais foram hospitalizados. Alguns pacientes tiveram só uma resposta à infusão em si, mas isso foi muito mais administrável e muito poucas mortes também nos estudos que envolveram, como eu disse, totalmente entre os dois medicamentos mais o novo medicamento que poderia ser em breve, creio que teremos pelo menos mais de 8.000 pacientes. É uma percentagem pequena, mas penso sempre que é melhor prevenir do que remediar, especialmente porque criamos uma ruptura no tecido da barreira hematoencefálica ao administrar os anticorpos monoclonais. Então você quer segurar por alguns meses se precisar, se não tiver certeza.
- Bom, obrigado, então a conclusão disso é entrar em contato com o neurologista para, sabe, é claro que a tomada de decisão será compartilhada entre o médico, o médico

assistente e o paciente, mas também entre o médico emergencista e o neurologista. Então, vou passar para esse tópico que continua surgindo. Aqui está um teste final, um homem de 77 anos recebendo Lecanemabe, nosso paciente, apresenta um provável acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Vocês, nosso público no mundo do webinar, administrariam um trombolítico agudo a este paciente? E eu vou te dar um momento para nos dar suas respostas

- Don, isso pressupõe que foi um golpe de escala alta o suficiente para que o TPA fosse indicado apenas para divulgar isso.
- Ei, aí está a nossa resposta. Está bem dividido, vamos dizer que está equilibrado entre sim, não e não sei, o que não me surpreende muito. Jen, o que você acha dessa resposta e o que você, como farmacêutica do pronto-socorro com quem vou conversar e também como neurologista, o que tem a dizer sobre isso?
- Quer dizer, é difícil porque simplesmente não temos muitos dados no momento. Eu acho que neste momento as empresas farmacêuticas e todos recomendam não dar TPA, mas é realmente uma decisão de paciente para paciente e envolve todos na equipe multidisciplinar e envolve também a família. Você sabe, é algo que precisamos avaliar o risco versus benefício e é difícil dar a alguém um risco adequado quando realmente não sabemos a resposta e permitimos que ele tenha esse consentimento informado. Mas acho que esta será uma conversa contínua para cada paciente especificamente
- Gayatri, o que você tem a acrescentar a isso?
- Eu concordo com Jen, acho que é realmente uma decisão caso a caso para tomar a decisão, eu diria que se você

tivesse me perguntado há um tempo, se eu daria Lecanemabe a um paciente que está tomando Coumadin com uma válvula cardíaca? Eu diria absolutamente que não. Mas agora estou porque temos uma paciente que é gêmea idêntica e que certamente irá contrair a doença e ela está em um estágio muito anterior. Então isso realmente depende de um... E também fazer com que a família seja sua parceira, ter o paciente como seu parceiro. Então iremos todos juntos com os olhos bem abertos, conscientes dos riscos e possíveis benefícios.

- Don, concordo um pouco, mas para acrescentar uma pequena nuance, a decisão que a Dra. Devi tomou com aquela paciente provavelmente ocorreu ao longo do tempo. E algumas dessas decisões que temos que tomar no contexto de acidente vascular cerebral de fazer ou não a infusão, essa é a questão, não temos esse luxo. Pode não ter a família conectada ainda, pode não ter a quantidade de informações. É claro que a tomada de decisão compartilhada continua sendo o caminho certo, mas correndo o risco de ser um disco quebrado, direi que você deseja ter essas conversas com sua equipe neurológica com antecedência e ter um método padrão de como abordar essa questão compartilhada. Como você descreve esses riscos e como aborda esse cenário porque alguns desses pacientes não vão se sair bem e você deseja servir dentro das melhores práticas que sua instituição criou, com a sua contribuição, não no momento de crise. Você precisa ter um plano com antecedência porque há decisões urgentes quando elas chegam à sua porta.
- Então, estou surpreso que este seja, novamente, um exemplo clássico de atendimento a idosos no pronto-socorro, há muita área cinzenta, pode não haver evidências muito específicas que possam orientar as coisas. É absolutamente necessário envolver os cuidadores, é necessário

envolver a sua equipe interdisciplinar. Haverá tomada de decisão compartilhada. Portanto, é realmente outro exemplo de como precisamos fazer bem as coisas para os idosos. Jen realmente tocou nisso e agora temos quatro minutos restantes e irei seguir em frente. Você cobriu a maior parte, Dra. Devi. Então, Kevin, vou pedir para você resumir nos últimos minutos o kit de ferramentas que está disponível para nossos participantes e como você acha que ele poderia ser útil para eles.

- Com certeza, então, teremos links cruzados no GEDC, no site Colaborativo do Departamento de Emergência Geriátrica e no site Efficient CME, acesso a este kit de ferramentas onde essencialmente você tem alguns dos principais materiais necessários sobre educação e treinamento e as conversas, você pode clicar aqui, as conversas para ter com antecedência. Eu diria apenas por questão de tempo, dê uma olhada, certo? Muitos dos materiais discutidos aqui são relativamente novos para nós. Você não precisa memorizar todos eles. Se você está fazendo anotações freneticamente, sinto muito por sua mão, mas sugerimos que você dê uma olhada e baixe alguns desses materiais para que sua equipe saiba algo sobre o que são esses medicamentos. Você tem algumas ferramentas para conversar com os pacientes ao seu redor. Quais são as imagens que precisa? Quando pode considerar o tratamento? E, novamente, correndo o risco de ser um disco quebrado, como você pode planejar com antecedência antes que esses pacientes cheguem, para que você tenha uma abordagem consistente e ideal para cuidar de um grupo de pacientes que ainda é bastante complicado, usando desde o início um novo tratamento.
- Bom, já que estamos chegando ao fim, algum comentário final? Dra. Chiang, em suas interações com o departamento de emergência de seu local, você tem algum ponto de aprendizagem que gostaria de

compartilhar a partir daí? Presumo que você faça isso bem.

- Bem, eu diria que começamos a dar a medicação em outubro de 2023. Eu diria, acho que por causa de todas as incertezas, principalmente com o Aducanumabe, estamos dando Lecanemabe, nossos neurologistas são muito, muito conservadores. Então eles são muito conservadores quanto à administração da medicação. Eles são muito cuidadosos, assim como a Dra. Devi é muito cuidadosa ao administrar os medicamentos. Eles os monitoram de perto. E assim como a Dra. Devi mencionou, nossa taxa ARIA tem sido extremamente baixa. Eu diria definitivamente menos de 10%. E pelo que eu sei, bata na madeira, ninguém apareceu no pronto-socorro ainda. Então, novamente, vimos apenas alguns casos de ARIA. Todos estão assintomáticos até agora e acabaram de ser atendidos pelo neurologista e até agora não foram ao pronto-socorro.
- Bom, temos uma última ótima pergunta, que suspeito que a resposta será, mais uma vez depende e não temos certeza, mas em pacientes com EP, embolia pulmonar ou trombose venosa profunda e em Lecanemabe, você tem recomendações sobre como proceder caso necessitem de anticoagulante agudo? Pode ser a Dra. Devi quem tem mais experiência.
- Na verdade, tenho um paciente real com esse problema. A única diferença é que ele não teve uma embolia pulmonar alguns meses antes, então colocamos um filtro, tiramos a medicação e depois demos Lecanemabe. No caso de embolia pulmonar aguda em alguém usando Lecanemabe, se voltarmos para o mesmo paciente, quero

dizer que ele teve um episódio massivo em ambos os pulmões. Eu diria que é uma daquelas situações em que você opera alguém que está tomando anticoagulante se for uma emergência? A resposta seria sim. Diria que nessa situação específica eu poderia realmente considerar isso. Mas, novamente, é caso a caso. Mas o que o medicamento, o que o Lecanemabe me ajudou a fazer é que muitos pacientes que são elegíveis para o medicamento e que estão ansiosos para tomá-lo, mas que não conseguem tomar por causa dos anticoagulantes, conseguiram digamos, eles fizeram um procedimento WATCHMAN para fibrilação atrial ou, como neste paciente em particular, colocaram um filtro e interromperam o anticoagulante.

- Obrigado por isso. Então nós lidamos com isso. Como estamos encerrando agora, gostaria de lembrá-los de que todos vocês receberão uma avaliação pós-webinar. Eu te encorajo a preencher esse formulário para nos dar algum feedback. Se você quiser acessar o kit de ferramentas clínicas para download, o código QR está lá e também está na sua aba. Haverá um webinar de acompanhamento, desculpe, podcast disponível através do Geriatric ED Collaborative no GEMCast sobre este mesmo tópico. Eu realmente gostaria de agradecer ao nosso painel de especialistas, Dra. Devi, Dra. Chiang, Dra. Sutherland e Dr. Biese. Nós realmente aprendemos muito com todos vocês. Foi muito bom ter vocês. Aprendi muito e tenho certeza de que todos que estavam ouvindo também. Com isso, acho que encerraremos o webinar e espero que todos vocês tenham um bom dia, tarde ou noite. Adeus por enquanto.
- Tchau tchau.

