

## Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct.

[Nogueira RG<sup>1</sup>](#), [Jadhav AP<sup>1</sup>](#), [Hauszen DC<sup>1</sup>](#), [Bonafe A<sup>1</sup>](#), [Budzik RF<sup>1</sup>](#), [Bhuva P<sup>1</sup>](#), [Yavagal DR<sup>1</sup>](#), [Ribo M<sup>1</sup>](#), [Cognard C<sup>1</sup>](#), [Hanel RA<sup>1</sup>](#), [Sila CA<sup>1</sup>](#), [Hassan AE<sup>1</sup>](#), [Millan M<sup>1</sup>](#), [Levy EI<sup>1</sup>](#), [Mitchell P<sup>1</sup>](#), [Chen M<sup>1</sup>](#), [English JD<sup>1</sup>](#), [Shah QA<sup>1</sup>](#), [Silver FL<sup>1</sup>](#), [Pereira VM<sup>1</sup>](#), [Mehta BP<sup>1</sup>](#), [Baxter BW<sup>1</sup>](#), [Abraham MG<sup>1</sup>](#), [Cardona P<sup>1</sup>](#), [Veznedaroglu E<sup>1</sup>](#), [Hellinger FR<sup>1</sup>](#), [Feng L<sup>1</sup>](#), [Kirmani JF<sup>1</sup>](#), [Lopes DK<sup>1</sup>](#), [Jankowitz BT<sup>1</sup>](#), [Frankel MR<sup>1</sup>](#), [Costalat V<sup>1</sup>](#), [Vora NA<sup>1</sup>](#), [Yoo AJ<sup>1</sup>](#), [Malik AM<sup>1</sup>](#), [Furlan AJ<sup>1</sup>](#), [Rubiera M<sup>1</sup>](#), [Aghaebrahim A<sup>1</sup>](#), [Olivot JM<sup>1</sup>](#), [Tekle WG<sup>1</sup>](#), [Shields R<sup>1</sup>](#), [Graves T<sup>1</sup>](#), [Lewis RJ<sup>1</sup>](#), [Smith WS<sup>1</sup>](#), [Liebeskind DS<sup>1</sup>](#), [Saver JL<sup>1</sup>](#), [Jovin TG<sup>1</sup>](#); [DAWN Trial Investigators](#).

Nesse estudo inovador, o brasileiro radicado nos Estados Unidos Raul Nogueira liderou um grupo de investigadores com o objetivo de avaliar a eficácia da trombectomia mecânica com um stentriever (termo usado para denominar um stent endovascular que é usado para retirar um trombo do vaso ocluído e não mantido dentro do vaso) na janela de 6 a 24 horas de início dos sintomas em pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico. Anteriormente a esse estudo, os tratamentos de reperfusão para AVC isquêmico apresentavam eficácia na janela de 4,5 horas (trombólise intravenosa) ou 6 horas (trombectomia mecânica). A diferença básica desse estudo para os anteriores foi a seleção rigorosa dos pacientes, avaliados com neuroimagem avançada (angio-TC seguido de TC perfusão ou angio-TC seguido de ressonância magnética com sequência de difusão e quantificação do volume da lesão com software automatizado). O conceito básico testado foi que pacientes que apresentassem os seguintes critérios de inclusão se beneficiariam do tratamento: 1) oclusão de um vaso proximal da circulação anterior (carótida interna ou artéria cerebral média); 2) um déficit neurológico moderado a grave, quantificado pela escala de AVC do NIH (National Institutes of Health); e 3) um volume de lesão do parênquima cerebral pequeno.

O ensaio clínico randomizado teve um desenho bayesiano adaptativo, com amostra calculada entre 150 e 500 pacientes, sendo interrompido após apenas 206 recrutamentos por superioridade no grupo trombectomizado. Ao final dos 90 dias, 49% dos pacientes do grupo trombectomia e 13% do grupo controle atingiram o desfecho de independência funcional para atividades da vida diária. A taxa de hemorragia cerebral foi semelhante a outros estudos de reperfusão cerebral (6%) e não foi diferente do grupo controle. A taxa de mortalidade também foi semelhante entre os grupos (19 e 18%, respectivamente). O número necessário para tratar (NNT) foi 2, um dos menores na história da medicina. Comparativamente, o NNT de trombolíticos para infarto agudo do miocárdio é de 43 e de trombolíticos intravenosos para AVC é de 17.

Alguns meses depois, o estudo DEFUSE-3 foi publicado e confirmou os mesmos achados em uma janela de tratamento um pouco menor, de 6 a 16 horas. A implicação dos achados do estudo foi quase imediata – centros de referência no mundo inteiro tem modificado seus critérios de inclusão para expandir a janela de tratamento para 16-24 horas. É uma nova era no tratamento dos pacientes com AVC isquêmico.