

Qual o papel da neurocirurgia psiquiátrica no século XXI?

Os tratamentos neurocirúrgicos não devem ser adotados indiscriminadamente para qualquer indicação. É especialmente compreensível que tenham sido levantadas preocupações sobre a prudência de intervenções neurocirúrgicas para indicações psiquiátricas, dado o histórico que rodeia os procedimentos manuais a seco aventados durante a metade do século XX.¹⁻³ Um entusiasmo precoce sobre lobotomias frontais levaram ao uso extenso e relativamente indiscriminado durante a era prévia ao advento das terapias psicofarmacológicas contemporâneas.

No entanto, as últimas cinco décadas foram testemunhas de uma evolução essencial no tratamento neurocirúrgico de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e depressão maior (DM), graves e refratários aos tratamentos.^{1,2} Os avanços foram conseguidos em particular em relação aos padrões e práticas da seleção de pacientes, refinamento de métodos cirúrgicos, evidências de eficácia, experiência em relação aos efeitos adversos e investigação neurocientífica relevante.

Cingulotomia anterior, capsulotomia anterior, tracto subcaudado e leucotomia límbica são agora vistos como tratamentos aceitáveis (não experimentais) para formas graves e refratárias ao tratamento de TOC e/ou DM.^{1,2} Os princípios críticos da seleção de pacientes incluem o consentimento informado e um processo pelo qual a revisão multidisciplinar dos casos candidatos assegurem um diagnóstico exato, gravidade suficiente da doença, avaliação das potenciais contra-indicações e uma exaustiva gama de terapias não cirúrgicas já tentadas sem sucesso.

Acumulam-se dados que indicam modestos índices de resposta (de 35 a 70%, dependendo da amostra de pacientes e dos critérios de resposta) com estes procedimentos, que podem salvar vidas nos casos de TOC e DM mais graves e não responsivos aos tratamentos de outra espécie. A melhoria clínica é alcançada tipicamente após várias semanas ou meses do pós-operatório. Para alguns desses procedimentos, repetir a cirurgia é uma opção frente a uma resposta incompleta. Desconfortos pós-operatórios temporários previstos incluem cefaléia, náusea e edema. Os riscos de eventos adversos mais sérios, incluindo infecção, dificuldades urinárias, ganho de peso, convulsões, hemorragia ou infarto cerebrais, e déficits cognitivos, são reais, mas estimáveis, relativamente pouco frequentes e usualmente transitórios.^{1,2,4}

Da mesma forma que com quaisquer opções terapêuticas, as informações detalhadas disponíveis sobre potenciais riscos e

benefícios compreendem elementos essenciais do processo de consentimento informado. Sob nenhuma circunstância uma neurocirurgia psiquiátrica deve ser realizada contra a vontade de um paciente ou no contexto da coerção. Da mesma forma, a intervenção não deve ser considerada como substituta ao atendimento psiquiátrico, exigindo a realização de um tratamento pós-operatório sob a supervisão de um psiquiatra.

É importante ter em mente que existem diferentes padrões para estabelecer a eficácia de tratamentos médicos (e.g., farmacológicos) em comparação aos cirúrgicos. Enquanto o padrão-ouro em farmacoterapia exige ensaios duplo-cegos placebo-controlados, em terapias cirúrgicas esses ideais são raramente buscados. Devido aos desafios práticos que rodeiam controles com procedimentos falsos e a intervenção cega no contexto cirúrgico, esses ensaios não são requeridos e nem mesmo esperados. No caso da neurocirurgia psiquiátrica, assim como em muitos tratamentos neurocirúrgicos aceitos para quadros médicos ou neurológicos, os dados clínicos em relação à eficácia têm sido compilados a partir da experiência clínica extensa coletada abertamente. Além disso, para que a experiência neurocirúrgica se acumule, a probabilidade de respostas substanciais com placebo ou os índices de remissão espontânea coincidente parecem ser remotos dados a longa duração da doença e o alcance heróico prévio dos tratamentos alternativos fracassados.

O advento de procedimentos estereotáxicos guiados por ressonância magnética por imagem levou a uma refinada capacidade de localizar lesões de forma exata em locais-alvo desejados. Esses procedimentos ablativos são realizados tipicamente usando métodos neurocirúrgicos convencionais para termo-coagulação por meio de craniotomia. No entanto, a capsulotomia anterior pode ser alternativamente realizada utilizando o Gamma Knife. O aparelho possibilita aos neurocirurgiões produzirem lesões cerebrais direcionadas por meio de radiação gama direta, através do crânio intacto, evitando dessa forma a necessidade de realizar uma craniotomia.^{1,2}

Esses tratamentos neurocirúrgicos psiquiátricos para TOC e DM deverão ser conceitualizados como não experimentais. No entanto, a pesquisa nessa área deve continuar em um esforço para delinear ou aperfeiçoar mais os desfechos, investigar métodos ou indicações alternativas e para avançar na compreensão científica sobre esses transtornos e os mecanismos pelos

quais os tratamentos neurocirúrgicos exercem seus efeitos. A pesquisa em neuroimagem já influenciou substancialmente os modelos neurobiológicos de trabalho de DM e TOC.⁵ Talvez o mais animador seja a perspectiva de que os testes de neuroimagem funcional possam ser desenvolvidos para ajudar a guiar o atendimento médico de excelência, por meio de informação de seleção entre os pacientes ou entre as opções neurocirúrgicas.^{5,6} Da mesma forma, o desenvolvimento de técnicas de estimulação cerebrais profundas oferecem o potencial de substituir procedimentos ablativos atuais com intervenções que sejam flexíveis, ajustáveis e reversíveis.^{2,7} Por ora, no entanto, o padrão-ouro estabelecido para tratamentos de TOC e DM permanecem sendo: cingulotomia anterior, capsulotomia anterior, tractotomia do subcaudado e leucotomia límbica.

Nós sustentamos que, a esta altura do século XXI, os tratamentos neurocirúrgicos para TOC e DM graves e refratários ao tratamento representam um conjunto viável de opções em situações clínicas apropriadas. Eles devem ser considerados racionalmente e disponibilizados aos pacientes por equipes capacitadas, experientes e multidisciplinares que incluam psiquiatras, neurocirurgiões e neurologistas.

Apoiamos e aplaudimos as políticas que encorajem ou assegurem a conduta responsável do tratamento neurocirúrgico psiquiátrico. Opomo-nos a políticas que pelo seu desenho ou

prática neguem aos pacientes o acesso a essas opções de tratamento. Existe mundialmente um longo e trágico histórico de estigmatizar as doenças mentais e negar os direitos fundamentais aos indivíduos que sofrem de problemas psiquiátricos. Sob a justificativa de “proteger” esses indivíduos desafortunados, é negado às pessoas com doenças psiquiátricas o direito de acesso e escolha entre as opções de tratamento apropriado disponíveis. Configura-se assim uma violação de direitos, principalmente nos casos em que os pacientes com doenças psiquiátricas têm a capacidade de dar seu consentimento.

Scott L Rauch

Darin D Dougherty

G Rees Cosgrove

Edwin H Cassem

Massachusetts General Hospital e Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA

Bruce H Price

McLean Hospital, Belmont, Massachusetts, USA

Benjamin D Greenberg

Steven A Rasmussen

Brown University Medical School & Butler Hospital, Providence, Rhode Island USA

Referências

- Greenberg BD, Price LH, Rauch SL, Friehs G, Noren G, Malone D et al. Neurosurgery for intractable obsessive-compulsive disorder and depression: Critical issues. *Neurosurgical Clin N Am* 2003;14(2):199-212.
- Rauch SL, Greenberg BD, Cosgrove GR. Neurosurgical treatments and deep brain stimulation. In: Sadock BJ, Sadock V, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins (in press).
- Persaud R, Crossley D, Freeman C. Should neurosurgery for mental disorder be allowed to die out? For & Against. *Br J Psychiatry* 2003;183:195-6.
- Dougherty DD, Baer L, Cosgrove GR, Cassem EH, Price BH, Nierenberg AA et al. Update on cingulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder: prospective long-term follow-up of 44 patients. *Am J Psychiatry* 2002;159:269-75.
- Rauch SL. Neuroimaging and neurocircuitry models pertaining to the neurosurgical treatment of psychiatric disorders. *Neurosurgical Clin N Am* 2003;14(2):213-24.
- Rauch SL, Dougherty DD, Cosgrove GR, Cassem EH, Alpert NM, Price BH et al. Cerebral metabolic correlates as potential predictors of response to anterior cingulotomy for obsessive compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2001;50:659-67.
- Nuttin B, Cosyns P, Demeulemeester H, Gybels J, Meyerson B. Electrical stimulation in anterior limbs of internal capsules in patients with obsessive-compulsive disorder. *Lancet* 1999;354:1526.