

Ablação por Cateter como Terapia de Primeira Linha no Tratamento da Fibrilação Atrial – Devemos Sempre Indicar?

Catheter Ablation as First-Line Therapy in the Treatment of Atrial Fibrillation – Should We Always Indicate it?

Luiz Eduardo Montenegro Camanho¹  e Gustavo Vignoli dos Santos¹

Hospital Pró-Cardíaco - Serviço de Arritmias e Estimulação Cardíaca Artificial,¹ Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Ablação por Cateter é Superior a Drogas Antiarrítmicas como Tratamento de primeira linha para Fibrilação Atrial: uma Revisão Sistemática e Metanálise

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia cardíaca mais comum na prática clínica, afetando aproximadamente 1 a 2% da população em geral e está associada a um risco aumentado de eventos cardioembólicos e impacto negativo na qualidade de vida. A taxa de mortalidade cardiovascular descrita é de aproximadamente 5% no ano¹ e estima-se que o risco de complicações cardiovasculares seja maior no primeiro ano após o diagnóstico da arritmia.² A taxa de recorrência da FA sem um tratamento preventivo e adequado é da ordem de 90%, o que expressa a magnitude do problema.³

Desta forma, parece bastante razoável postular o conceito de que a abordagem precoce da FA traga benefícios clínicos relevantes a estes pacientes. Dados recentes obtidos do estudo EAST-AFNET⁴ demonstraram claramente que esta abordagem é uma estratégia válida e eficaz. O estudo envolveu 2789 pacientes com diagnóstico de FA há pelo menos 12 meses que foram randomizados para tratamento precoce da FA (ablação: 8% e DAA: 87%) ou tratamento conservador. Em um período de acompanhamento médio de 5,1 anos, o grupo de tratamento precoce demonstrou uma redução significativa no desfecho primário de morte cardiovascular em relação ao grupo conservador. O risco de AVC, hospitalização por IC ou síndrome coronariana aguda também foi menor no grupo de abordagem precoce. O desenho do estudo não se propôs primariamente avaliar segurança e efetividade dos componentes do tratamento precoce (ablação vs. drogas antiarrítmicas - DAA). Sendo assim, os autores concluíram que a estratégia de controle precoce do ritmo cardíaco se associou a um menor risco de desfechos desfavoráveis do que o tratamento usual em portadores de FA e condições cardiovasculares associadas.

A ablação por cateter já se mostrou uma alternativa superior ao tratamento farmacológico quanto ao controle do ritmo e melhora da qualidade de vida.⁵⁻⁷ Vários ensaios

anteriores também já demonstraram o claro benefício da ablação por cateter da FA como terapia de primeira linha, reforçando o conceito de que um menor tempo do diagnóstico à ablação está associado a uma menor taxa de recorrência e menor número de procedimentos repetidos, além da redução da hospitalização.^{8,9} De maneira similar, o menor tempo entre o primeiro diagnóstico de FA persistente à ablação reduz a ocorrência de gatilhos extra veias pulmonares e recorrência de taquiarritmias atriais.¹⁰

Nesta revista, Cardoso et al.,¹¹ apresentaram uma elegante revisão sistemática e metanálise sobre a superioridade da ablação por cateter como terapia de primeira linha em relação as DAA para FA.

Os ensaios selecionados deveriam preencher todos os seguintes critérios de inclusão: ensaios controlados randomizados de ablação por cateter vs. DAA; pacientes com FA que não receberam tratamento com DAA; análise de quaisquer dos seguintes desfechos de interesse: recorrência de taquicardia atrial, recorrência de FA sintomática, hospitalizações, bradicardia sintomática, e qualidade de vida. Os critérios de exclusão foram estudos não randomizados, ensaios incluindo pacientes submetidos previamente à ablação por cateter ou à terapia com DAA sem sucesso.

Inicialmente foram identificados 1281 estudos pela estratégia de busca e, ao final, foram incluídos 5 estudos, com 994 pacientes, dos quais 502 (50,5%) foram submetidos à ablação por cateter, com um tempo de acompanhamento que variou de um a cinco anos.

A recorrência de TA foi significativamente menos frequente nos pacientes tratados com ablação por cateter (147/502; 29,2%) em comparação à DAA (245/492; 49,8%) (OR 0,36; IC95% 0,25-0,52; $p < 0,001$). A recorrência de FA sintomática também foi menor no grupo da ablação por cateter (57/398; 14,3%) em comparação ao grupo das DAA (118/393; 30%), assim como a taxa de internações hospitalares (21/436; 4,8% vs. 66/431; 15,3%) (OR 0,25; IC95% 0,15-0,42; $p < 0,001$). A bradicardia sintomática não foi diferente entre os dois grupos (OR 0,55; IC95% 0,18-1,65; $p = 0,28$). Derrame ou tamponamento cardíaco ocorreu em 8/464 pacientes no grupo da ablação (1,7%).

Os autores então concluem que os achados obtidos desta revisão sistemática sugerem maior eficácia da ablação por cateter como estratégia inicial de controle do ritmo cardíaco em pacientes com FA sintomática.

Dois recentes e importantes estudos lançaram luz sobre este tema, o EARLY-AF e o STOP-AF.^{12,13} Ambos utilizaram

Palavras-chave

Arritmias Cardíacas/complicações; Fibrilação Atrial/complicações; Tromboembolia/mortalidade; Terapia Trombolítica/efeitos adversos; Ablação por Cateter/métodos.

Correspondência: Luiz Eduardo Montenegro Camanho •

Hospital Pró-Cardíaco - Serviço de Arritmias e Estimulação Cardíaca Artificial - Rua Soares Cabral, 47-402. CEP 22240-070, Rio de Janeiro, RJ - Brasil
E-mail: lecamanho@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20220362>

a técnica de crioablação e demonstraram claramente a superioridade da ablação por cateter em relação as DAA como terapia de primeira linha na abordagem destes pacientes.

Como se pode observar, o benefício desta estratégia tem extensa comprovação científica. No entanto, a questão de indicar sistematicamente ablação por cateter como

terapia inicial antes das DAA encontra algumas limitações no mundo real: o acesso limitado dos pacientes a este tipo de intervenção; os custos envolvidos e as fontes pagadoras; a aceitação por parte do paciente; e, acima de tudo, a aceitação e incorporação desta conduta como uma prática clínica comprovadamente benéfica e segura para os nossos pacientes.

Referências

1. Marijon E, Le Heuzey JY, Connolly S, Yang S, Pogue J, Brueckmann M, et al. Causes of death and influencing factors in patients with atrial fibrillation: a competing-risk analysis from the randomized evaluation of long-term anticoagulant therapy study. *Circulation*. 2013;128(20):2192-201. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.112.000491
2. Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB, Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1998;98(10):946-52. doi: 10.1161/01.cir.98.10.946
3. Simantirakis EN, Papakonstantinou PE, Kanoupakis E, Chlouverakis GI, Tzeis S, Vardas PE. Recurrence rate of atrial fibrillation after the first clinical episode: A prospective evaluation using continuous cardiac rhythm monitoring. *Clin Cardiol*. 2018;41(5):594-600. doi: 10.1002/clc.22904
4. Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, Brandes A, Eckardt L, Elvan A, et al. Early Rhythm-Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2020;383(14):1305-16. doi: 10.1056/NEJMoa2019422.
5. Wilber DJ, Pappone C, Neuzil P, De Paola A, Marchlinski F, Natale A, et al. Comparison of antiarrhythmic drug therapy and radiofrequency catheter ablation in patients with paroxysmal atrial fibrillation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010;303(4):333-40. doi: 10.1001/jama.2009.2029.
6. Andrade JG, Deyell MW, Verma A, Macle L, Khairy P. The Cryoballoon vs Irrigated Radiofrequency Catheter Ablation (CIRCA-DOSE) Study Results in Context. *Arrhythm Electrophysiol Rev*. 2020;9(1):34-9. doi: 10.15420/aer.2019.13
7. Saad EB, Slater C, Inácio LAO, Santos GVD, Dias LC, Camanho LEM. Catheter Ablation for Treatment of Atrial Fibrillation and Supraventricular Arrhythmias Without Fluoroscopy Use: Acute Efficacy and Safety. *Arq Bras Cardiol*. 2020;114(6):1015-26. doi: 10.36660/abc.20200096
8. Bisbal F, Alarcón F, Ferrero-De-Loma-Osorio A, González-Ferrer JJ, Alonso-Martín C, Pachón M, et al. Diagnosis-to-ablation time in atrial fibrillation: A modifiable factor relevant to clinical outcome. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2019;30(9):1483-90. doi: 10.1111/jce.14000
9. Chew DS, Black-Maier E, Loring Z, Noseworthy PA, Packer DL, Exner DV, et al. Diagnosis-to-Ablation Time and Recurrence of Atrial Fibrillation Following Catheter Ablation: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Circ Arrhythm Electrophysiol*. 2020;13(4):e008128. doi: 10.1161/CIRCEP.119.008128.
10. Takamiya T, Nitta J, Inaba O, Sato A, Inamura Y, Murata K, et al. Impact of diagnosis-to-ablation time on non-pulmonary vein triggers and ablation outcomes in persistent atrial fibrillation. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2021;32(5):1251-8. doi:10.1111/jce.15002
11. Cardoso R, Justino GB, Graffunder FP, Benevides L, Knijnik L, Sanchez LMF, et al. Catheter Ablation is Superior to Antiarrhythmic Drugs as First-Line Treatment for Atrial Fibrillation: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Arq Bras Cardiol*. 2022; 119(1):87-94.
12. Andrade JG, Wells GA, Deyell MW, Bennett M, Essebag V, Champagne J, et al. Cryoablation or Drug Therapy for Initial Treatment of Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2021;384(4):305-15. doi: 10.1056/NEJMoa20299803
13. Wazni OM, Dandamudi G, Sood N, Hoyt R, Tyler J, Durrani S, et al. Cryoballoon Ablation as Initial Therapy for Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2021;384(4):316-24. doi: 10.1056/NEJMoa2029554

