

Oclusão do Apêndice Atrial Esquerdo: Alternativa ao Tratamento a Longo Prazo com Varfarina em Pacientes com Fibrilação Atrial

Ver artigo relacionado
na página 14

Hasan Jilaihawi¹, Saibal Kar¹

A fibrilação atrial (FA) é um importante fator de risco para acidente vascular cerebral. O tratamento padrão atual é a anticoagulação a longo prazo para diminuir esse risco. Há forte evidência de que a maioria dos acidentes vasculares tromboembólicos associados à FA tem origem no apêndice atrial esquerdo (AAE). Isso constituiu a base para a hipótese de que o fechamento do AAE pode ser não-inferior à anticoagulação, o que foi demonstrado no conhecido estudo PROTECT AF, usando o Sistema WATCHMANTM para Apêndice Atrial Esquerdo (Atritech, Minneapolis, Estados Unidos).¹

Nesta edição da **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, Armaganijan et al.² descrevem sua experiência inicial no fechamento do AAE usando o AmplatzerTM Cardiac Plug (ACP). É importante notar que, embora o ACP esteja clinicamente disponível, há poucos relatos bem documentados a respeito de sua eficácia e segurança. Embora o grupo estudado seja pequeno, os resultados clínicos foram excelentes, sem eventos adversos na fase periprocedimento ou no seguimento. Várias questões importantes quanto à avaliação dos pacientes e aos aspectos do procedimento são abordadas positivamente. Algumas dessas questões são próprias desse dispositivo, mas a maioria é aplicável ao conceito de fechamento do AAE em geral e merece maior discussão.

A avaliação pré-procedimento de um paciente candidato ao fechamento do AAE por qualquer dispositivo inclui a determinação da adequação clínica, com a presença de FA persistente ou paroxística, e a pontuação CHADS₂ apropriada, que documente risco suficientemente alto de acidente vascular cerebral tromboembólico. No estudo em questão, essa pontuação foi ≥ 2 ,

enquanto no ensaio PROTECT AF, que avaliou o dispositivo WATCHMAN em pacientes de menor risco, a pontuação foi ≥ 1 .

Apesar de o AAE ser uma estrutura heterogênea, os vários tamanhos disponíveis de ambos os dispositivos geralmente atendem a essa variabilidade. Assim, embora alguns autores proponham a avaliação pré-procedimento com a tomografia computadorizada com contraste, a adequação anatômica é frequentemente determinada pelo ecocardiograma transesofágico (ETE) intraprocedimento. Deve-se notar que, além da variação entre os pacientes, há uma variação intrapaciente quanto ao tamanho do AAE, determinada pelo volume intravascular em um momento específico. Isso é atribuído à distensibilidade do AAE. Manter a pressão do átrio esquerdo (AE) ≥ 10 mmHg, assim como a infusão de fluido se a pressão no AE for baixa após a punção transeptal, pode evitar que o tamanho do AAE seja subestimado.

Os autores descrevem o uso durante o procedimento do ETE tanto bidimensional (2D) como tridimensional (3D), com especial ênfase nas projeções 0 grau, 45 graus e 90 graus. Achamos que o uso do recurso *X plane*^{*} do sistema ETE Phillips 3D, particularmente com os ângulos simultâneos de 45 graus e 135 graus, é de valor inestimável para confirmar o fechamento ótimo no final do procedimento. Fazemos uso da fluoroscopia com contraste complementar, como foi descrito pelos autores, mas é geralmente no ETE que confiamos para a determinação definitiva do tamanho e da posição da prótese. O uso ótimo das imagens durante o procedimento nos ajuda a confirmar o fechamento completo do óstio do AAE, bem como a estabilidade do dispositivo.

¹ Cedars Sinai Heart Institute – Los Angeles, Estados Unidos.

Correspondência: Saibal Kar. Interventional Cardiac Research – Cedars Sinai Heart Institute – 8631 W 3rd Street – Suite 415E – Los Angeles, CA, USA – 90048

E-mail: Karsk@cshs.org

Recebido em: 21/3/2011 • Aceito em: 21/3/2011

^{*} N. da E.: O recurso *X plane* permite a obtenção e o processamento de imagens em dois planos ortogonais, simultaneamente.

O protocolo ACP em pacientes ineleáveis para varfarina, utilizado no presente estudo e também no Registro Europeu ACP, inclui três meses de terapêutica antiplaquetária dupla, seguida por aspirina por tempo indeterminado; esse procedimento é empírico e não é baseado em evidência. Ao contrário, os pacientes tratados com o dispositivo WATCHMAN, tanto no estudo randomizado como no estudo de inclusão contínua, necessitaram da administração de varfarina durante 45 dias, seguida pelo tratamento antiplaquetário duplo durante seis meses e, então, pela monoterapia com aspirina por tempo indeterminado.^{1,3} Algumas dessas medidas, em especial o uso de varfarina por 45 dias, muito provavelmente são tomadas por precaução e requerem maior base de evidência, além de estarem sujeitas a mudanças com o aperfeiçoamento do cuidado pós-procedimento no futuro.

Importante aplicação clínica dessa tecnologia ocorre em pacientes não elegíveis para anticoagulação a longo prazo, o que se aplica aos três pacientes descritos. Essa é uma diferença fundamental em relação ao estudo PROTECT AF, publicado no ano passado, que requeria elegibilidade para o tratamento com varfarina para permitir comparação direta com o tratamento medicamentoso. Isso nos permite concluir que o fechamento do AAE não é apenas um tratamento para os pacientes ineleáveis para varfarina, mas também uma alternativa viável à varfarina, aumentando de forma significativa a população de pacientes que podem ser tratados por essa nova estratégia.

Mesmo com o advento de medicamentos anticoagulantes potencialmente mais bem tolerados e com menor necessidade de monitorização, como o dabigatran,⁴ uma proporção significativa de pacientes pode preferir se submeter a um único procedimento em vez de a um tratamento medicamentoso que deve ser mantido por

toda a vida, particularmente os pacientes que apresentam risco de hemorragia.

Embora o estudo PROTECT AF tenha mostrado maior incidência de eventos adversos relacionados à segurança no grupo submetido a intervenção, comparativamente ao grupo controle, a maioria desses eventos ocorreu na fase periprocedimento. Recentemente demonstramos a importância da curva de aprendizado, observando-se risco significativamente menor no Registro CAP, que exigia operadores experientes, em relação ao estudo original PROTECT AF.³ Isso ressalta a última e importante questão de que o treinamento ótimo do procedimento pode garantir sua segurança.

CONFLITO DE INTERESSES

Hasan Jilaihawi declara não haver conflito de interesses relacionado a este manuscrito. Saibal Kar recebe apoio financeiro para pesquisa da Atritech (Minneapolis, Estados Unidos).

REFERÊNCIAS

1. Holmes DR, Reddy VY, Turi ZG, Doshi SK, Sievert H, Buchbinder M, et al. Percutaneous closure of the left atrial appendage versus warfarin therapy for prevention of stroke in patients with atrial fibrillation: a randomised non-inferiority trial. *Lancet*. 2009;374(9689):534-42.
2. Armaganijan LV, Staico R, Pedra SF, Moreira DA, Braga SLN, Feres F, et al. Experiência inicial com o novo Amplatzer™ Cardiac Plug para oclusão percutânea do apêndice atrial esquerdo. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2011;19(1):14-23.
3. Reddy VY, Holmes D, Doshi SK, Neuzil P, Kar S. Safety of percutaneous left atrial appendage closure: results from the Watchman Left Atrial Appendage System for Embolic Protection in Patients with AF (PROTECT AF) clinical trial and the Continued Access Registry. *Circulation*. 2011;123(4):417-24.
4. Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;361(12):1139-51.