

O Heart Team é fundamental para o Tratamento Transcateter da Estenose Aórtica?

Is Heart Team Fundamental to Aortic Stenosis Transcatheter Treatment?

Vitor Emer Egypto Rosa, Antônio Sergio de Santis Andrade Lopes, Tarso Augusto Duenhas Accorsi, Pedro Alves Lemos Neto, Pablo Maria Alberto Pomerantzeff, Flávio Tarasoutchi

Instituto do Coração - InCor – HC FMUSP, São Paulo, SP - Brasil

Projeções demográficas indicam que o contingente de idosos no país duplicará nos próximos vinte anos¹, implicando aumento da prevalência de doenças relacionadas à senilidade, como a Estenose Valvar Aórtica (EAO) degenerativa, diagnosticada em 3% a 5% da população acima dos 75 anos^{2,3}. Recentemente, houve o desenvolvimento de novas modalidades de tratamento para a EAO, representadas fundamentalmente pelo implante transcateter de prótese aórtica (TAVI – *Transcatheter Aortic Valve Implantation*), que se tornou opção terapêutica para pacientes cujo tratamento cirúrgico convencional não é exequível. Esse cenário atual, caracterizado pela alta demanda do grupo de adultos idosos em expansão, associada à disponibilização de novos métodos de tratamento, *expertise* clínica para correto diagnóstico da doença valvar, avaliação das comorbidades e riscos de intervenções, além da racionalização de recursos, tendo ciência da complexidade e dos altos custos envolvidos na difusão da TAVI.

A prática assistencial demonstra que, para uma seleção adequada do melhor método terapêutico para a EAO de alto risco cirúrgico, é imprescindível a interação médica multidisciplinar, contemplando todas as características biopsicossociais desses pacientes. Nesse contexto, diversos centros médicos têm incorporado continuamente o conceito do *Heart Team* para tomada de decisão. O *Heart Team*, grupo composto por diferentes especialistas envolvidos no cuidado dessa valvopatia, agrega opiniões para análise individualizada desses pacientes, desde os critérios de elegibilidade e adequações técnicas do procedimento até os cuidados pós-TAVI. Cada subespecialidade cardiológica também desempenha papéis particulares na realização do procedimento. O cardiologista clínico é responsável pela seleção e indicação dos pacientes e acompanhamento pré e pós-procedimento; o cirurgião cardiovascular, pela realização do procedimento transaórtico e transapical, auxílio no acesso transfemoral, além do tratamento de

possíveis complicações; o radiologista, pela avaliação da via de acesso e diâmetros valvares, auxiliando na escolha adequada da prótese; o ecocardiografista, pela caracterização anatomofuncional da valvopatia e avaliação intraoperatório do posicionamento adequado da prótese e das complicações pós-procedimento; e o hemodinamicista, pela indicação e realização do procedimento. Além desses, o *Heart Team* também é composto por outros profissionais, como enfermagem, fisioterapia, nutricionistas, psicólogos, dentre outros. Mundialmente, há uma crescente incorporação do *Heart Team* pelos centros cardiológicos, em conformidade com as considerações das últimas diretrizes em doenças valvares^{4,5}. Os consensos são claros em desaconselhar a realização da TAVI em locais desprovidos de *Heart Team*, o que reforça a importância do alinhamento institucional às novas recomendações.

Até este momento, as indicações da TAVI restringem-se aos subgrupos de portadores de EAO considerados inoperáveis ou de alto risco cirúrgico, embasadas nos resultados do estudo PARTNER (coorte B e A, respectivamente)^{6,7}. Na coorte B, publicada em 2010, pacientes com EAO com contra-indicação à cirurgia eram randomizados para TAVI ou tratamento padrão (clínico ou por valvoplastia com cateter-balão) com redução surpreendente de mortalidade de 20% em um ano⁶. Ressalta-se que poucas intervenções médicas avaliadas por estudos randomizados têm resultados similares. Já a coorte A, estudo de não inferioridade comparou a TAVI à troca cirúrgica da valva aórtica em pacientes de alto risco operatório, demonstrando taxas similares de sobrevivência em um ano⁷. Nessa publicação, o risco pré-operatório foi estabelecido através do escore STS (Society for Thoracic Surgeons)⁸. Entretanto, na prática diária existem críticas à utilização desses escores nos pacientes de alto risco, tendo em vista que não foram desenvolvidos com populações submetidas à TAVI, além da exclusão de variáveis clínicas que podem aumentar significativamente a morbimortalidade. Dentre as variáveis de risco do idoso, a fragilidade, caracterizada como uma reserva fisiológica debilitada⁹, ainda representa um desafio na avaliação pré-operatória, apesar da alta prevalência (um terço dos pacientes acima dos 80 anos) e impacto na morbidade pós-operatória¹⁰. Para a definição e padronização desse fenótipo foram elaborados escores, como o índice introduzido por Fried e cols.⁹ proveniente da coorte do *Cardiovascular Health Study* (CHS) com 5.317 pacientes com mais de 65 anos, avaliando itens

Palavras-chave

Estenose da valva aórtica / cirurgia; Equipe de assistência ao paciente; Insuficiência Cardíaca.

Correspondência: Vitor Emer Egypto Rosa •

Rua da Cristiano Viana, Cerqueira Cesar. CEP 05411-000, São Paulo, SP - Brasil
E-mail: vitoremer@yahoo.com.br

Artigo recebido em 29/10/13; revisado em 26/11/13; aceito em 27/11/13.

DOI: 10.5935/abc.20140060

como: perda de peso, exaustão, fraqueza, velocidade de caminhada e redução de atividade física. Aqueles que apresentam três ou mais critérios são considerados frágeis, agregando risco de complicações pós-cirúrgicas, incluindo mortalidade¹⁰. Contudo, devemos utilizar os escores como ferramentas auxiliares (segunda opinião) à impressão clínica e não como instrumentos absolutos de classificação deles (matematização da medicina)¹¹. Ressalta-se que alterações hematológicas, doença hepática avançada, doença pulmonar avançada, desnutrição, grau de calcificação da aorta, dificuldades para acesso cirúrgico, experiência/volume de cirurgias do centro são características pouco contempladas nos escores de risco e sabidamente têm impacto grande no aumento do risco cirúrgico.

A crescente experiência no uso da TAVI fez que esse procedimento tenha se tornado mais seguro e encorajado a ampliação de suas indicações também para pacientes com EAo com risco cirúrgico intermediário, classificados pelo EuroSCORE II¹² e o STS⁸, além de portadores de bioprótese em posição aórtica com disfunção (*valve-in-valve*). Entretanto, na maioria dos casos, esses pacientes apresentam outras variáveis, não contempladas nesses escores, agregando risco ou contraindicando a cirurgia¹³. O desconhecimento do tempo de durabilidade da prótese e do possível benefício em relação à troca valvar cirúrgica faz que a indicação de TAVI para esse grupo seja excepcional, sendo ainda necessário o resultado de grandes *trials* randomizados em andamento, como SURTAVI e PARTNER 2, para a expansão da indicação de TAVI para esses pacientes. Atualmente, a Diretriz Brasileira e Interamericana de Valvopatias 2011¹⁴, uma das primeiras a contemplar a TAVI como opção terapêutica em EAo, embasa esse procedimento apenas para paciente com contraindicação à cirurgia convencional para implante de prótese aórtica.

Em conclusão, o paciente portador de EAo importante sintomática tem doença cardíaca complexa e com ameaça à vida em curto prazo, além de frequentes múltiplas comorbidades. Cerca de 30% desses pacientes não são elegíveis para cirurgia cardíaca convencional, por risco cirúrgico proibitivo. Para que esse subgrupo de pacientes seja beneficiado por possível TAVI, impera-se avaliação minuciosa pré-tomada de decisão. Ainda há poucos dados científicos para guiar de forma definitiva essa questão, além de grande heterogeneidade dos pacientes. Nesse cenário, o Heart Team tem benefício inequívoco na condução desses casos. Até o presente momento, a mensagem é que “não existe TAVI se não existir *Heart Team*”^{4,11,13}.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa, Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Rosa VEE, Lopes ASSA, Accorsi TADA, Lemos Neto PA, Pomerantzeff PMA, Tarasoutchi F.

Potencial conflito de interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Internet]. Acesso em 2013 Out 22]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
2. Lindroos M, Kupari M, Heikkilä J, Tilvis R. Prevalence of aortic valve abnormalities in the elderly: an echocardiographic study of a random population sample. *J Am Coll Cardiol*. 1993;21(5):1220-5.
3. Freeman RV, Otto CM. Spectrum of calcific aortic valve disease: pathogenesis, disease progression, and treatment strategies. *Circulation*. 2005;111(24):3316-26.
4. Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Baron-Esquivias G, Baumgartner H, et al. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *Eur Heart J*. 2012;33(19):2451-96.
5. Holmes Jr DR, Mack MJ. Transcatheter valve therapy: a professional society overview from the American College of Cardiology Foundation and the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol*. 2011;58(4):445-55.
6. Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, et al. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who can not undergo surgery. *N Engl J Med*. 2010;363(17):1597-607.
7. Kodali SK, Williams MR, Smith CR, Svensson LG, Webb JG, Makkar RR, et al. Two-year outcomes after transcatheter or surgical aortic-valve replacement. *N Engl J Med*. 2012;366(18):1686-95.
8. O'Brien SM, Shahian DM, Filardo G, Ferraris VA, Haan CK, Rich JB, et al; Society of Thoracic Surgeons Quality Measurement Task Force. The Society of Thoracic Surgeons 2008 cardiac surgery risk models: part 2--isolated valve surgery. *Ann Thorac Surg*. 2009;88(1 Suppl):S23-42.
9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-56.
10. Ahmed N, Mandel R, Fain MJ. Frailty: an emerging geriatric syndrome. *Am J Med*. 2007;120(9):748-53.
11. Van Mieghem NM, Serruys PW. The art of risk stratification in TAVI. *Eur Heart J*. 2013;34(25):1859-61.
12. Nashif SA, Roques F, Sharples LD, Nilsson J, Smith C, Goldstone AR, et al; EuroSCORE II. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2012;41(4):734-44.
13. Wenaweser P, Stortecky S, Schwander S, Heg D, Huber C, Pilgrim T, et al. Clinical outcomes of Patients with estimated low or intermediate surgical risk undergoing transcatheter. Aortic valve implantation. *Eur Heart J*. 2013;34(25):1894-905.
14. Tarasoutchi F, Montera MW, Grinberg M, Barbosa MR, Piñeiro DJ, Sánchez CR, et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. *Arq Bras Cardiol*. 2011;97(5 supl. 1):1-67.