

COMENTÁRIO EDITORIAL



Indicação de intervenção em estenose aórtica importante: ainda um desafio em idosos e com morbidades

Ricardo Mourilhe-Rocha¹, Pedro Fernandes Ribeiro², Marcelo Imbroinise Bittencourt³

A doença valvar cardíaca figura entre as principais causas de morbimortalidade cardiológica no Brasil, com importante prevalência em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca no país.¹ Dentre elas, a estenose aórtica (EAo) figura como uma das mais prevalentes doenças valvares e vem ganhando foco na última década, conseqüente às revolucionárias intervenções transcaterter que se estabeleceram mais nesse período. Apesar do prognóstico delicado da EAo sintomática, pacientes eram privados de intervenções a despeito de recomendações de diretrizes nacionais e internacionais. Essa peculiaridade do julgamento clínico parece mudar com a consolidação da tecnologia de Troca Valvar Aórtica Transcaterter.

Com a finalidade de avaliar as indicações cirúrgicas de troca valvar aórtica, Marc Eugène *et al.* realizaram o segundo levantamento de dados da base de pesquisa observacional valvar europeia (EORP VHD). O estudo contou com dados provenientes de 222 centros majoritariamente europeus, de 28 países, com 7.247 pacientes entre os meses de Janeiro e Agosto de 2017, num recrutamento com duração de três meses e seis de seguimento. Foram excluídos pacientes com endocardite infecciosa ou pacientes cuja EAo era secundária a cardiopatias congênitas complexas. O desfecho a ser avaliado era a indicação de troca valvar aórtica, bem como o perfil populacional de cada técnica eleita pelo time cardiológico assistente no momento da avaliação – hospitalar ou ambulatorial.² Da base inicial de dados, 2152 pacientes eram portadores de EAo grave, não havendo diferenciação etiológica ou presença de regurgitação

associada. Desses, 1227 eram portadores de EAo com gradientes elevados e sintomáticos e, portanto, com indicação classe I de intervenção^{3,4,5}; 1009 pacientes do grupo de sintomáticos (79,4%) foram direcionados para tratamento cirúrgico ou percutâneo, enquanto 262 (20,6%) foram encaminhados à estratégia conservadora. Do grupo de pacientes sintomáticos, 861 foram submetidos à intervenção proposta no período analisado pelo estudo, de modo que 515 foram encaminhados ao braço cirúrgico e 346 à troca percutânea. Os fatores associados à decisão de não intervir identificados foram: idade, menor *clearance* renal, classe funcional da NYHA, insuficiência cardíaca congestiva, presença de comorbidades e gradientes Aórtico-Ventriculares mais baixos. Cabe ressaltar que a fração de ejeção não foi associada à decisão de intervir ou não. Quanto ao modo de intervenção, os pacientes encaminhados para a estratégia de troca valvar percutânea eram, em média, 15 anos mais velhos, do sexo feminino, portadores de mais comorbidades, mais sintomáticos, exibiam maior incidência de Fibrilação Atrial e pressões sistólicas de artéria pulmonar mais altas. O risco operatório estimado pelo EuroSCORE II do grupo percutâneo era duas vezes maior do que o do grupo cirúrgico. É notável também o fato de que, quanto mais idosos eram os pacientes, maior era a sua probabilidade de serem alocados no grupo percutâneo – 84,1% das trocas valvares percutâneas foram realizadas em pacientes acima de 80 anos.

No grupo de pacientes cirúrgicos, 62,5% receberam prótese biológica e 33,4% foram submetidos a

¹ Professor Adjunto de Cardiologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Coordenador da Clínica de Insuficiência Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) / UERJ, Rio de Janeiro/RJ; Médico da Rotina da Unidade Cardiointensiva do Hospital Pró-Cardíaco – Américas Serviços Médicos, Rio de Janeiro/RJ.

² Médico da Unidade Cardiointensiva do Hospital Pró-Cardíaco – Américas Serviços Médicos, Rio de Janeiro/RJ; Médico da Rotina da Unidade Pós-Operatória do Hospital São Vicente da Gávea – Rede D'Or/São Luiz, Rio de Janeiro/RJ.

³ Médico da Clínica de Insuficiência Cardíaca do HUPE/UERJ, Rio de Janeiro, RJ; Coordenador de genética cardiovascular da Geneone – DASA – Rio de Janeiro, RJ.

procedimentos combinados, seja de revascularização miocárdica (25,6%) ou abordagem da aorta ascendente (7,6%). Foi observada uma distribuição balanceada entre próteses percutâneas autoexpansíveis (53,5%) e balão expansíveis (45,6%), implantadas majoritariamente por via femoral (92,5%) e, no trabalho, o autor ressalta ainda a diferença regional considerável entre as técnicas de intervenção, com 69,7% dos pacientes da Europa Ocidental sendo submetidos à estratégia percutânea enquanto 9,2% dos pacientes do Leste Europeu tiveram acesso à técnica.

Ao fim do seguimento de seis meses, a sobrevida dos pacientes com indicação classe I de intervenção que foram submetidos a um dos procedimentos foi de 94,6% (95% CI: 92,8-95,9) comparados a 87,4% (95% CI 82-91,3) do grupo que seguiu estratégia conservadora, com diferença estatisticamente significativa para diferença de sobrevida ($p < 0,0001$). Aponta-se ainda que essa diferença permanece significativa, mesmo após o ajuste para o EuroSCORE II e para o Índice de Comorbidades de Charleson.

Por fim, o autor conclui que ainda se encontra uma alta taxa de pacientes que não são encaminhados às intervenções sugeridas por diretrizes, reforça a rápida ascensão e difusão da estratégia percutânea, com quase 40% das intervenções tendo sido realizadas por esse método e que a decisão de não intervir foi associada à maior mortalidade ao fim de seis meses. Comparado ao primeiro registro europeu, nota-se que a decisão de não intervir vem caindo – de 33,3% em 2001 para 21,8%, especialmente nos grupos de maior fragilidade, com idade maior de 75 anos e em classes funcionais NYHA III ou IV. Fato que é atribuído à maior difusão e concordância entre as diretrizes internacionais, bem como o advento de estratégias menos invasivas. Quanto ao perfil de comorbidades que levou à decisão de não-intervenção, são ressaltadas fragilidade e doença arterial periférica obstrutiva, como protagonistas do grupo de pacientes que foram direcionados ao cuidado conservador, possivelmente pela percepção de futilidade. Além disso, o aspecto subjetivo da análise clínica parece exercer grande influência na decisão de intervir sobre a EAo.

Haja vista que pacientes com sintomas leves - classe funcional II, ainda que já portadores de prognósticos reservados em cinco anos, eram menos encaminhados para o braço intervenção do que aqueles com sintomas mais exuberantes – classe funcional III.

As limitações do trabalho são inerentes ao seu formato, com potenciais vieses de seleção e tratamento. Ainda, foram apenas avaliados pacientes com gradientes Aórtico-Ventriculares superiores a 40 mmHg que preenchiam critério para classe I de recomendação, de modo que as observações não podem ser extrapoladas para pacientes assintomáticos ou com estenose aórtica *low-flow low-gradient*. Apesar do seguimento curto, houve detecção de diferença de mortalidade significativa, reforçando aqui a necessidade de encaminhamento precoce para a intervenção após o surgimento de sintomas.

Colocando em perspectiva as populações de maior risco social e países como o Brasil que apresentam graus de heterogeneidade socioeconômica micro e macrorregionais ainda maiores, é possível esperar que discrepâncias ainda maiores quanto às indicações e acesso à técnica percutânea se manifestem nas diferentes regiões e estados.

No Brasil nota-se um comportamento epidemiológico distinto do europeu, uma vez que, em função do momento de transição socioeconômica, é observado duplo pico de prevalência das etiologias reumática e senil. Nesse momento, é importante ressaltar que a enorme maioria dos pacientes incluídos nos estudos que avaliaram as intervenções percutâneas para válvula aórtica^{6,7,8} eram portadores de degeneração senil, e não reumática, de modo que pode ser necessária avaliação específica da população reumática para melhores conclusões acerca de seu benefício.

Apesar de seu elevado custo⁹, não há dúvida quanto à pertinência da estratégia percutânea para o cuidado dos pacientes valvares e o rápido aumento de sua indicação só reforça esse dado. Certamente estratégias que visem ampliar a acessibilidade em países em desenvolvimento serão capazes de garantir maior utilização do método e difusão de técnicas de implante.

REFERÊNCIAS

1. Eugène M, Duchnowski P, Prendergast B, Wendler O, Laroche C, Monin JL, et al. EORP VHD II Registry Investigators Group. Contemporary Management of Severe Symptomatic Aortic Stenosis. *J Am Coll Cardiol*. 2021 Nov 30;78(22):2131-2143. doi: 10.1016/j.jacc.2021.09.864. PMID: 34823655.
2. Albuquerque DC, Neto JD, Bacal F, Rohde LE, Bernardez-Pereira S, Berwanger O, et al; Investigadores Estudo BREATHE. I Brazilian Registry of Heart Failure - Clinical Aspects, Care Quality and Hospitalization Outcomes. *Arq Bras Cardiol*. 2015 Jun;104(6):433-42. doi: 10.5935/abc.20150031. Epub 2015 Apr 3. Erratum in: *Arq Bras Cardiol*. 2015 Aug;105(2):208. PMID: 26131698; PMCID: PMC4484675.
3. Tarasoutchi F, Montera MW, Ramos AIO, Sampaio RO, Rosa VEE, Accorsi TAD, et al. Update of the Brazilian Guidelines for Valvular Heart Disease - 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2020 Oct;115(4):720-775. English, Portuguese. doi: 10.36660/abc.20201047. PMID: 33111877; PMCID: PMC8386977.
4. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Gentile F, et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2021 Feb 2;143(5):e72-e227. doi:

- 10.1161/CIR.0000000000000923. Epub 2020 Dec 17. Erratum in: *Circulation*. 2021 Feb 2;143(5):e229. PMID: 33332150.
5. Vahanian A, Beyersdorf F, Praz F, Milojevic M, Baldus S, Bauersachs J, et al. ESC/EACTS Scientific Document Group. 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J*. 2022 Feb 12;43(7):561-632. doi: 10.1093/eurheartj/ehab395. Erratum in: *Eur Heart J*. 2022 Feb 18;: PMID: 34453165.
6. Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller DC, Moses JW, et al. PARTNER Trial Investigators. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med*. 2010 Oct 21;363(17):1597-607. doi: 10.1056/NEJMoa1008232. Epub 2010 Sep 22. PMID: 20961243.
7. Leon MB, Smith CR, Mack MJ, Makkar RR, Svensson LG, Kodali SK, et al. PARTNER 2 Investigators. Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *N Engl J Med*. 2016 Apr 28;374(17):1609-20. doi: 10.1056/NEJMoa1514616. Epub 2016 Apr 2. PMID: 27040324.
8. Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, Makkar R, Kodali SK, Russo M, et al. PARTNER 3 Investigators. Transcatheter Aortic-Valve Replacement with a Balloon-Expandable Valve in Low-Risk Patients. *N Engl J Med*. 2019 May 2;380(18):1695-1705. doi: 10.1056/NEJMoa1814052. Epub 2019 Mar 16. PMID: 30883058.
9. Ministério da Saúde - Secretaria Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - CONITEC, Implante percutâneo de válvula aórtica (TAVI) para tratamento da estenose aórtica grave em pacientes inoperáveis, disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2021/20210629_Relatorio_611_TAVI_estenose-aortica-grave_Final.pdf