

Doente Idoso Hipertenso com FA Não Valvular Que Deixou de Ser Elegível para Anticoagulação Oral

— Almeida Nunes* —

O objetivo desta rubrica é apresentar um caso cujo interesse seja eminentemente de índole prática, que possa ajudar na clinica do dia a dia. Não tanto pela sua raridade, mas mais por algo de singularidade que deva ser enfatizado. Não se pretende um caso académico mas bem antes, pelo suposto da denominação, um "flash" clínico. É ainda uma forma singela, mas sentida, de re-editar este conceito, havido no serviço de Medicina do Hospital de Santa Marta, em Lisboa, ao tempo do Dr. Carlos George, seu inesquecível Diretor Clínico à época.

INTRODUÇÃO

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum na prática clínica, afetando cerca de 1 a 2% da população mundial. Só em Portugal, a prevalência anual estimada para os indivíduos com idade superior a 45 anos, em 2009, seria de 3,8%, prevendo-se um aumento para 6,2% em 2060.

O aumento da prevalência de FA poderá ser explicado pelo aumento da esperança média de vida da população. Constitui uma importante causa de morbilidade e mortalidade, principalmente pelo risco associado de acidente vascular cerebral (AVC) embólico. Estima-se que esta arritmia seja responsável por até 20% dos AVCs e também que aumente até 5 vezes o risco da sua ocorrência. Nos Estados Unidos, afecta cerca de 6 milhões de pessoas, esperando-se que 16 milhões de americanos irão ser afectados em 2050. Recorde-se que Portugal continua sendo um dos Países da Europa com maior mortalidade por AVC.

Os fármacos anticoagulantes orais (ACO) são os agentes antitrombóticos mais eficazes, reduzindo o risco de AVC em 64% e, de acordo com as "guidelines" actuais da "European Society of Cardiology" (ESC),⁽¹⁾ altamente recomendados para o tratamento crónico de doentes com FA. Nos últimos 60 anos, os antagonistas da vitamina K (AVKs) dominaram claramente a farma-

copeia desta situação. Todavia, estes fármacos enfermam de numerosas limitações que, muitas vezes, dificultam a sua utilização. Estima-se que, com os AVKs, apenas cerca de metade dos doentes eram sujeitos a anticoagulação o que se devia, em grande parte, ao perfil de alto risco da varfarina e às dificuldades na monitorização do tratamento. Mesmo os doentes que estavam sob tratamento com AVK encontravam-se numa margem terapêutica aceitável apenas em 50% das monitorizações. Esta situação levou ao desenvolvimento recente de novos fármacos anticoagulantes orais, que têm como alvo fatores de coagulação específicos, como a trombina (dabigatrano) e o fator Xa (rivaroxabano, apixabano e edoxabano), que apresentam uma janela terapêutica mais alargada, que não tem interferência alimentar e acima de tudo não têm necessidade de controlo laboratorial.

POSTAL CLÍNICO

M.A.S, sexo masculino, actualmente com 85 anos, aposentado do ensino. Hipertenso, controlado com medicação. Há cerca de 2 anos é lhe diagnosticada FA não valvular permanente, cujo início não se conseguiu determinar. O doente apresentava uma aurícula esquerda dilatada, a arritmia supostamente já estava instalada de longa data, optou-se por ACO.



Dr. Almeida Nunes

Dada a baixa "compliance" para controlo com INR, optou-se pelo dabigatrano. Dada a idade, e uma função renal revelando uma "clearance" inferior a 50ml/min, optou-se por uma dosagem de 110mg, 2x/dia. Esta terapêutica foi bem tolerada durante aproximadamente um ano, ao fim do qual inicia um quadro de hematemese, com alterações hemodinâmicas determinando uma anemia de 5gr de Hg. Fez várias unidades de sangue e foi efectuada EDA de urgência, que revelou abundante sangue na cavidade gástrica, sem contudo se detectar a origem (por ex. úlcera gastro duodenal ou eventual gastrite erosiva). O doente não as-

(continua na página 23...)

* Especialista em Medicina Interna. Ex-Assistente Graduado do Hospital de Santa Marta, Lisboa. CLIMI, Lisboa.

(...continuado da página 14)

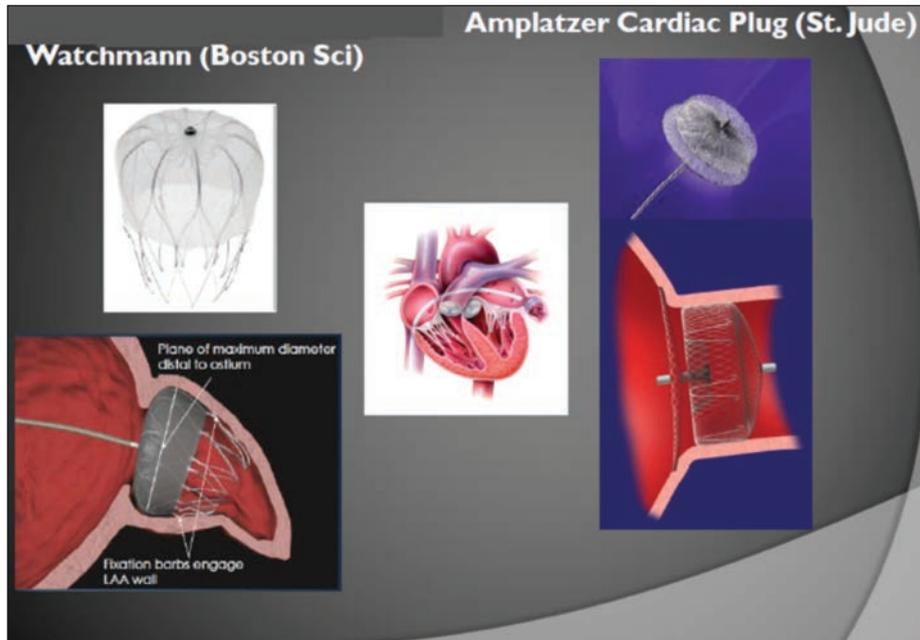


FIGURA 1 - Dispositivos mais utilizados para encerramento percutâneo do AAE.

sociou qualquer outro fármaco anti-agregante ou verapamil, que pudesse potenciar o efeito do dabigatran. Perante este episódio, foi posta a hipótese, por exclusão, de eventual angioectasia gástrica e o doente foi considerado não mais elegível para ACO.

Face a este quadro, colocava-se a questão do que fazer a seguir? As hipóteses a ponderar incluíam: manter o doente sem ACO e correr o risco embólico? Antiagregar? Efectuar o encerramento percutâneo do apêndice auricular esquerdo para profilaxia de tromboembolismo na FA? No caso vertente caso optou-se pelo encerramento percutâneo do apêndice auricular esquerdo.

QUADRO I - Critérios de inclusão para encerramento do AAE.

A. Os doentes têm de cumprir os critérios 1 + 2 + 3

1. Fibrilhação auricular (FA) documentada
2. Pelo menos 2 factores de risco para eventos tromboembólicos (CHADS₂ ≥ 2)
 - Insuficiência Cardíaca
 - HTA
 - Idade > 75 anos
 - Diabetes
 - AVC/AIT prévio (conta 2 pontos)
3. Contraindicação absoluta ou relativa para terapêutica crónica com varfarina

ou

B. Múltiplos AVCs/AITs apesar de ACO crónica adequada

O apêndice auricular esquerdo (AAE), é um resto embrionário da aurícula esquerda (constituído por um corpo longo, tubular, com paredes finas, geralmente multilobulado e trabeculado, que comunica com a AE através de um orifício oval). O AAE é o local mais frequente de formação de trombos intracardiácos na FA (> 95%), facto que tem sido verificado em inúmeros estudos com base em autópsias, ecocardiograma trans-esofágico ou por inspeção directa intra-operatória. O AAE tem outras fun-

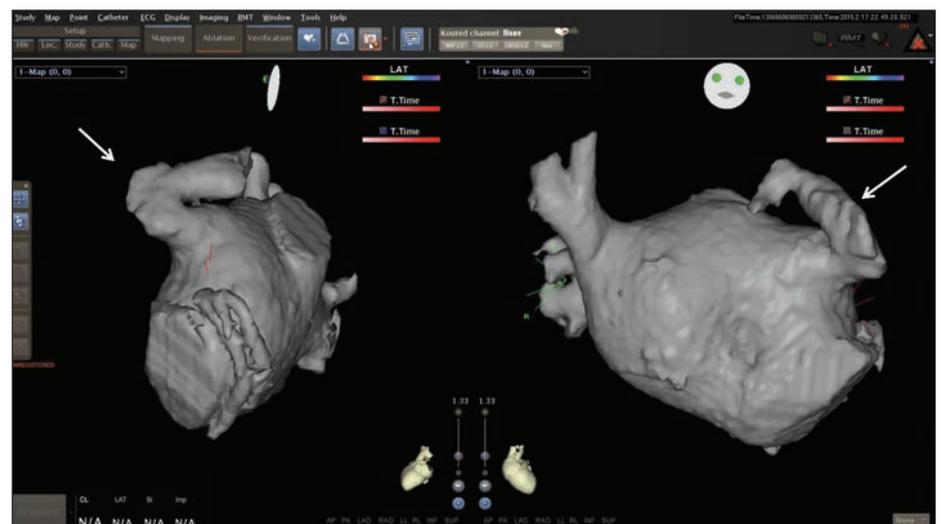


FIGURA 2 - Reconstrução tridimensional da aurícula esquerda do doente, por AngioTC. Exame efectuado pré-procedimento para avaliar a anatomia da aurícula esquerda e auxiliar na escolha do dispositivo. A seta marca o apêndice auricular esquerdo que, neste caso, tem forma de "asa de galinha".

QUADRO II - Recomendações para o encerramento/oclusão/excisão do AAE (adaptado da ref. 1).

| Recomendações | Classe* | Nível** |
|---|---------|---------|
| O encerramento percutâneo do AAE pode ser considerado em doentes com risco elevado de AVC e contra-indicações para ACO a longo prazo. | I Ib | B |
| A excisão cirúrgica do AAE pode ser considerada nos doentes que vão ser submetidos a cirurgia de coração aberto. | I Ib | C |

Legenda: AAE = Apêndice auricular esquerdo; ACO = Anticoagulação oral.
*Classe da recomendação
**Nível de evidência

ções, nomeadamente a produção de péptido natriurético e modular a pressão/volume.

O encerramento percutâneo do AAE foi um passo importante na prevenção de eventos cardio-embólicos na FA, sobretudo na de etiologia não valvular. A exequibilidade desta técnica foi já demonstrada em múltiplas séries.

O estudo PROTECT AF foi fundamental pois conseguiu demonstrar uma eficácia do encerramento da AAE semelhante à da varfarina, na redução de eventos tromboembólicos, contudo à custa de uma taxa superior de eventos de segurança (relacionados sobretudo com o procedimento). Os critérios de inclusão para este procedimento encontram-se



FIGURA 3 - Angiografia do apêndice auricular esquerdo intra-procedimento.

no Quadro I. O nosso doente tinha os critérios FA documentada, idade > 75 anos, HTA e contraindicação absoluta ou relativa para terapêutica crónica com ACO.

Na Figura 1 mostram-se os dispositivos mais utilizados para encerramento percutâneo do AAE.

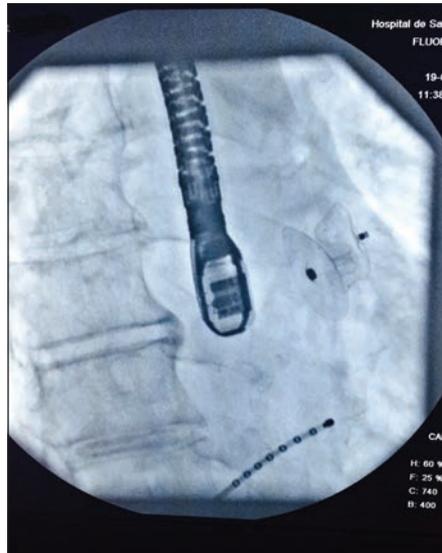


FIGURA 4 - Imagem fluoroscópica no final do procedimento. É bem visível o dispositivo á direita (SJM, Amplatzer Cardiac Plug®). É ainda visível a sonda de ecocardiografia transesofágica (utilizada para controlo da boa posição do dispositivo).

As Recomendações da ESC para o encerramento do AAE,⁽¹⁾ baseadas na evidência actualmen-

te disponível, resumem-se no Quadro II. O procedimento deste doente foi efetuado pelo Dr. Diogo Cavaco, Médico Cardiologista, Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Cruz, Carnaxide (Figuras 2, 3 e 4). O dispositivo colocado foi o “Amplatzer Cardiac Plug®” da “Saint Jude Medical” (Figura 1). Actualmente, o doente encontra-se bem.

Com este “Postal Clínico” queremos, acima de tudo, chamar à atenção para uma nova alternativa terapêutica para os doentes com FA em risco cardio-embólico e que não sejam elegíveis para anticoagulação. ▲

BIBLIOGRAFIA

1. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J. 2012 Nov; 33(21): 2719-47.