

Tratamento cirúrgico da fibrilação atrial: incoerência ou negligência?

Renato A. K. Kalil¹

DOI: 10.5935/1678-9741.20110040

Código de Ética Médica, Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares

É vedado ao médico:

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

A literatura está plena de argumentos e dados enfatizando a relação entre fibrilação atrial (FA) e maior risco de acidente vascular cerebral (AVC) e mortalidade. Isto ocorre mesmo na FA primária, ou seja, na ausência de cardiopatia estrutural associada e é agravada por fatores de risco, como os elencados no conhecido escore CHADS (acrônimo para *recent Congestive heart failure, history of Hypertension, Age* > 75 years, *Diabetes mellitus, and past history of Stroke or transient ischaemic attack*). Por meio dos fatores, o risco pode ser estratificado, podendo-se identificar casos de maior risco para AVC e morte.

Sabe-se que a anticoagulação é necessária e eficaz na redução de tromboembolismos, mas não é suficiente para prevenir completamente a embolização sistêmica, que ocorre, no mínimo, em 1,5% dos pacientes ao ano, quando rigorosamente tratados e acompanhados [1].

A ablação percutânea, por cateter utilizando energia de radiofrequência ou outras, consegue índices de sucesso de até 70%, nos casos de FA paroxística e persistente, podendo alcançar índices maiores se forem feitas 2 ou mais tentativas. Entretanto, a ablação percutânea é reconhecidamente ineficaz na FA permanente, nos casos crônicos, de longa duração e em átrios dilatados, sendo contraindicada na presença de trombos intracavitários.

Por outro lado, a cirurgia do labirinto, mais conhecida como de Cox (“maze procedure”) e suas modificações, como o isolamento cirúrgico das veias pulmonares, por corte e sutura, tem sido aplicada com altos índices de sucesso

(maiores de 90%) na reversão a ritmo sinusal ou atrial, de casos de FA permanente, refratária, de longa duração, em átrios usualmente maiores de 5 cm em diâmetro, associados ou não a cardiopatia estrutural [2,3]. O procedimento envolve toracotomia ampla e emprego de circulação extracorpórea, mas o risco hospitalar situa-se em torno de 1% para mortalidade. Neste número da Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, Canale et al. [4], no artigo “Tratamento cirúrgico de fibrilação atrial utilizando ablação com radiofrequência bipolar em doença mitral reumática” (pág. 565) demonstram a experiência com a ablação por radiofrequência bipolar durante cirurgia de valva mitral. Essa mesma forma de ablação é empregada em cirurgias videoassistidas, que vem ganhando exposição na literatura.

VER TAMBÉM ARTIGO ORIGINAL
NAS PÁGINAS 565-572

Estes novos procedimentos, menos invasivos e sem circulação extracorpórea, utilizam ablação epicárdica, mas os índices de sucesso permanecem inferiores aos da cirurgia por corte e sutura. À medida que melhoram as técnicas, poderão mostrar mais eficácia, talvez no futuro próximo.

Uma alternativa que vem sendo citada seria a associação de ablação epicárdica por toracotomia videoassistida com a ablação percutânea endocárdica, como procedimentos híbridos, simultâneos ou em sequência. Desta forma, se poderia obter isolamento completo das veias pulmonares, semelhante ao garantido por corte e sutura, aproximando o índice de sucesso dos métodos menos invasivos aos da cirurgia convencional. Entretanto, deve ser novamente lembrado que, mesmo sendo a toracotomia um procedimento maior, seus riscos no paciente eletivo sem maiores comorbidades são de cerca de 1% para mortalidade e 8% para morbidade.

Desta forma, baseado em evidências objetivas, pode ser afirmado que a cirurgia convencional para tratar FA permanente, refratária, de longa duração apresenta excelente relação risco/benefício, pois a morbimortalidade citada seria compensada em pouco tempo pela maior sobrevida e menor risco de AVC nos pacientes mantidos em ritmo sinusal pós-operatório.

1. Cirurgião Cardiovascular do Instituto de Cardiologia RGS/FUC; Professor-Associado de Cirurgia da UFCSPA; Professor do Programa de Pós-Graduação do IC/FUC; Pesquisador Bolsista do CNPq; Diretor de Pesquisa da Sociedade Brasileira de Cardiologia

Em face disto, a pergunta que se impõe poderia ser resumida a: Por que motivo, objetivo e real, não se indica a correção cirúrgica da FA nos pacientes com FA primária, especialmente naqueles de maior risco para AVC e morte pela simples presença de FA?

Consenso das sociedades de especialidade de 2007 [5] já previa a indicação cirúrgica para FA primária, refratária, reconhecendo a eficácia da cirurgia de Cox e suas modificações.

No Brasil, entretanto, esta opção vem sendo “esquecida”. Os congressos brasileiros de arritmias cardíacas dos últimos anos omitem a discussão da cirurgia de FA ou, nas raras vezes que incluem este tema no programa, escolhem eletrofisiologistas para apresentá-lo. Como se tais congressos fossem de eletrofisiologia, não de arritmias.

A Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial [6] somente incluiu a opção cirúrgica timidamente entre as suas recomendações, porque o autor deste editorial levou a questão na última reunião da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas, que definiu o formato final da Diretriz.

Enquanto isso, cerca de 2 milhões de pessoas (estimados 10% da população brasileira maior de 60 anos) [7] estão expostos à ocorrência de AVC e óbito exclusivamente devidos à presença de FA. Sendo de conhecimento geral que 45% dos AVCs são devidos à FA não valvar.

A boa prática médica recomenda ter sempre o benefício do paciente como centro das atenções, deixando-se de lado os interesses pessoais, corporativos, econômicos ou quaisquer outros que possam entrar em conflito com tal nobre finalidade da Medicina.

Em tempos atuais, estamos testemunhando a tentativa das regras de reserva de mercado se sobreporem ao interesse do doente. É preciso resistir a essa deformação da prática médica.

Em termos de objetividade e coerência, poderíamos fazer analogia entre a indicação cirúrgica de FA e as de outras afecções, como a comunicação interatrial (CIA) e a insuficiência mitral, como exemplos. Em ambas, a aceitação da cirurgia para o paciente ainda assintomático é pacífica e de consenso. Entretanto, em nenhuma delas existe risco de morte ou AVC, como há na FA permanente. A evolução natural dessas lesões não prevê as consequências desastrosas de um AVC ou morte em curto ou médio prazos. Por que razão se resiste a indicar cirurgia para FA ou mesmo se omite tal discussão dos eventos sobre arritmias no Brasil?

À parte da boa prática assistencial que deveria ser sempre observada, considerando o conhecimento atual e relacionando o próprio Código de Ética Médica para esta situação, podemos citar que é eticamente vedado ao médico omitir e deixar de usar a terapêutica cirúrgica em favor do paciente portador de fibrilação atrial permanente e refratária.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Prasad SM, Maniar HS, Camillo CJ, Schuessler RB, Boineau JP, Sundt TM 3rd, et al. The Cox maze III procedure for atrial fibrillation: long-term efficacy in patients undergoing lone versus concomitant procedures. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2003;126(6):1822-8.
3. Albrecht A, Kalil RA, Schuch L, Abrahão R, Sant’Anna JR, de Lima G, et al. Randomized study of surgical isolation of the pulmonary veins for correction of permanent atrial fibrillation associated with mitral valve disease. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2009;138(2):454-9.
4. Canale LS, Colafranceschi AS, Monteiro AJO, Marques BM, Canale CS, Koehler EC, et al. Tratamento cirúrgico de fibrilação atrial utilizando ablação com radiofrequência bipolar em doença mitral reumática. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2011;26(4):565-72.
5. Calkins H, Brugada J, Packer DL, Cappato R, Chen SA, Crijns HJ, et al. HRS/EHRA/ECAS expert Consensus Statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for personnel, policy, procedures and follow-up. A report of the Heart Rhythm Society (HRS) Task Force on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. *Heart Rhythm*. 2007;4(6):816-61.
6. Zimmerman LI, Fenelon G, Martinelli Filho M, Grupi C, Atié J, Lorga Filho A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes brasileiras de fibrilação atrial. *Arq Bras Cardiol*. 2009;92(6 supl. 1):1-39.
7. IBGE Censo 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>