

Fibrilação Atrial: em busca de um tratamento definitivo

Ponto
de Vista

Atrial Fibrillation: seeking a definitive treatment

Eduardo Benchimol Saad

Centro de Fibrilação Atrial do Hospital Pró-Cardíaco (RJ)

O tratamento de pacientes com fibrilação atrial ainda representa um grande desafio para a cardiologia moderna. Antes motivo de controvérsia, recentemente ficou definitivamente estabelecido que a manutenção do ritmo sinusal é benéfica, principalmente se os efeitos colaterais das drogas antiarrítmicas puderem ser evitados. Avanços no entendimento da fisiopatologia permitiram a consolidação de técnicas intervencionistas com objetivo de eliminar a arritmia.

Palavras-chave: Fibrilação atrial, Arritmia, Tratamento, Ablação, Cateter

The treatment of patients with atrial fibrillation is still a major challenge for contemporary cardiology. Once controversial, maintenance of sinus rhythm has been recently established as beneficial, especially if the side effects of anti-arrhythmic drugs can be avoided. Advances in understanding the pathophysiology led to the consolidation of interventional techniques aimed at complete elimination of the arrhythmia.

Key-words: Atrial fibrillation, Arrhythmia, Treatment, Ablation, Catheter

O tratamento da fibrilação atrial (FA), arritmia mais comum na prática clínica, ainda representa um grande desafio¹. Durante décadas os cardiologistas lançaram mão de drogas antiarrítmicas (DAA), com sucesso apenas marginal (altas taxas de recorrências, superiores a 50% em 2 anos de acompanhamento)^{2,3}. De fato, não parece exagero afirmar que não existe cura para esta arritmia, tendo o médico e o paciente apenas uma grande certeza: haverá recorrência, mais cedo ou mais tarde. Não se deve ter, portanto, expectativa de controle total da FA com tratamento farmacológico, mas apenas de redução do número de eventos arrítmicos. Daí a importância do tratamento adjuvante com anticoagulantes e/ou antiplaquetários para a prevenção de eventos tromboembólicos¹.

A maioria das DAA em uso atualmente foi desenvolvida nas décadas de 60 e 70. Peculiarmente, essa é uma das áreas da cardiologia que menos se desenvolveram. Nestes anos, acumularam-se evidências de efeitos adversos significativos e

decepções quanto aos resultados do tratamento, sendo unânime a necessidade de novos e melhores tratamentos para a FA.

Em 2002, os princípios então vigentes foram abalados pela publicação do estudo AFFIRM⁴ no qual se comparou, em pacientes idosos e assintomáticos, a estratégia de controle do ritmo através de DAA com o simples controle da frequência ventricular associada ao uso de anticoagulantes. A conclusão de que não havia diferença entre essas estratégias de tratamento levou muitos a desistirem do ritmo sinusal e à extrapolação generalizada deste novo “dogma” para as diferentes populações atingidas pela FA. Por que ficar buscando o ritmo sinusal se não há diferença no prognóstico dos pacientes? Os anos subseqüentes, porém, mostraram que esta não é a interpretação correta dos resultados⁵.

Ao se analisar com detalhes o tratamento realmente administrado para cada grupo de pacientes,

Endereço para correspondência: ebasad@uol.com.br

Eduardo Benchimol Saad | Rua: Rua General Polidoro 192 | Botafogo, Rio de Janeiro - RJ | 22280-000

Recebido em: 15/01/2007 | Aceito em: 19/01/2007

verificou-se que talvez o mais correto seja afirmar que os resultados com o tratamento farmacológico da FA são tão ruins que se equivalem a simplesmente controlar a frequência e prevenir eventos embólicos; não se deve, portanto, condenar o ritmo sinusal à condição de igualdade à FA. Nesse aspecto, um subestudo do AFFIRM confirmou que a manutenção do ritmo *sinusal é sim um fator preditor independente de melhor sobrevida*⁶. O que parece é que os efeitos adversos e a baixa efetividade das DAA anulam os efeitos benéficos do ritmo sinusal. Esta análise por tratamento recebido é mais fidedigna, já que apenas 62% dos pacientes alocados para controle do ritmo mantinham ritmo sinusal, enquanto 39% do grupo controle da frequência estavam em ritmo normal ao fim do período de acompanhamento, apesar da ausência de tratamento antiarrítmico específico⁷.

Enquanto isso, os eletrofisiologistas faziam grandes avanços no entendimento da fisiopatologia e nas técnicas para tratamento percutâneo da FA⁸⁻¹⁰. Esse assunto passou a dominar todos os congressos e publicações especializadas de forma contundente.

Corroborando essa nova visão, em 2003 foi publicado um importante estudo que, pela primeira vez, demonstrou que a manutenção do ritmo sinusal através da ablação circunferencial ao redor das veias pulmonares (sem uso de DAA) estava associada a melhores resultados e, principalmente, a um melhor prognóstico em pacientes com FA paroxística, refratários ao tratamento farmacológico¹¹. Além disso, os pacientes submetidos à ablação apresentavam melhora na qualidade de vida, comparável a da população em geral. A questão fundamental não é mais ritmo sinusal vs controle da frequência; o que importa é o modo utilizado para manter o ritmo sinusal.

Desde então, preencheu-se a literatura médica de estudos avaliando diferentes técnicas e tecnologias para ablação por cateter da FA¹²⁻¹⁷. Ao longo do tempo, houve homogeneização dos objetivos a serem alcançados¹⁸ e ampliação de sua aplicação a diferentes populações com FA (ex: associada a diferentes cardiopatias, formas crônicas, etc.)^{15,19-22}. Nos principais centros, este passou a ser o procedimento mais comumente realizado, com demanda superior à oferta de eletrofisiologistas capacitados a realizá-lo; claramente este é de complexidade superior a outros já previamente consagrados e amplamente difundidos (ex: flutter atrial, vias acessórias e outras taquicardias supraventriculares).

Recentemente, os primeiros estudos multicêntricos randomizados comparando a ablação por cateter

com o tratamento farmacológico foram publicados, confirmando a superioridade do tratamento ablativo em pacientes com FA paroxística^{23,24} e crônica²⁵. De forma resumida, aproximadamente 70-80% dos pacientes submetidos a este procedimento em centros com experiência e expertise podem ser curados com uma única intervenção. Estes resultados melhoram quando se analisa pacientes submetidos a dois ou mais procedimentos, chegando a 95% de sucesso^{9,17}. Além disso, as taxas de complicações foram significativamente reduzidas com a experiência acumulada²⁶⁻²⁹.

Uma análise retrospectiva da experiência mundial³⁰ inicial com ablação, na década de 90, mostrou índices de complicações muito superiores ao atualmente reportado (entre 0,5%-1%), refletindo procedimentos mais curtos, maior conhecimento anatômico da região-alvo e significativa melhora tecnológica nos cateteres e métodos de imagem utilizados.

Obviamente, os resultados ainda precisam ser melhorados. Para muitas perguntas ainda não há resposta definitiva. Qual a melhor estratégia para pacientes crônicos? Os resultados iniciais são duradouros ao longo dos anos? Qual a importância de eventos arrítmicos assintomáticos pós-ablação? Quais os grupos que mais se beneficiam? É seguro suspender os anticoagulantes em pacientes submetidos à ablação com aparente sucesso? Os dados mais recentes sugerem fortemente que em pacientes com idade <65 anos e sem evento embólico prévio, o risco de embolia cerebral é baixo e permite a suspensão de anticoagulantes com segurança³¹. É prudente, porém, aguardar meses ou mesmo anos antes da suspensão definitiva, dado o risco de recorrência.

Mais importante que a discussão de diferentes técnicas e resultados é o surgimento de um novo conceito no tratamento da FA. Pela primeira vez se reconhece a existência de um tratamento definitivo e não apenas paliativo. Um tratamento claramente em evolução constante e rápida. As atuais recomendações das sociedades americanas (*American College of Cardiology, American Heart Association e Heart Rhythm Society*) e da *European Society of Cardiology*¹ para tratamento da FA reconhecem estes avanços e, em sua mais recente versão, recomendam a ablação por cateter para pacientes com *FA paroxística e sintomática para todos os grupos de pacientes, após a falência de apenas uma única DAA*.

Com isso, o tratamento da FA entra em uma nova era. É interessante avaliar comparativamente a evolução do tratamento da FA com o da doença

arterial coronariana. As semelhanças são notórias, com uma expansão progressiva e posterior consolidação do tratamento intervencionista. Ao longo do tempo, a experiência acumulada e o desenvolvimento tecnológico permitiram melhora nos resultados, redução das complicações e ampliação das indicações, levando naturalmente à maior aceitação na comunidade médica. Muito ainda temos a fazer nesse sentido, mas aparentemente não há retorno neste caminho.

Referências

1. Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2006;114:E257-54.
2. Crijns HJ, Van Gelder IC, Van Gilst WH, et al. Serial antiarrhythmic drug treatment to maintain sinus rhythm after electrical cardioversion for chronic atrial fibrillation or atrial flutter. *Am J Cardiol*. 1991;68:335-41.
3. Roy D, Talajic M, Dorian P, et al. Amiodarone to prevent recurrence of atrial fibrillation. Canadian Trial of Atrial Fibrillation Investigators. *N Engl J Med*. 2000;342:913-20.
4. Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2002;347:1825-833.
5. Saad EB, Schweikert RA. Atrial fibrillation: When is rate control enough? *Cleve Clin J Med*. 2004;71:713-18.
6. Corley SD, Epstein AE, DiMarco JP, et al. Relationships between sinus rhythm, treatment, and survival in the Atrial Fibrillation Follow-Up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Study. *Circulation*. 2004;109:1509-513.
7. Verma A, Natale A. Should atrial fibrillation ablation be considered first-line therapy for some patients? Why atrial fibrillation ablation should be considered first-line therapy for some patients. *Circulation*. 2005;112:1214-222; discussion 1231.
8. Haissaguerre M, Jais P, Shah DC, et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med*. 1998;339:659-66.
9. Marrouche NF, Martin DO, Wazni O, et al. Phased-array intracardiac echocardiography monitoring during pulmonary vein isolation in patients with atrial fibrillation: impact on outcome and complications. *Circulation*. 2003;107:2710-716.
10. Pappone C, Rosanio S, Oreto G, et al. Circumferential radiofrequency ablation of pulmonary vein ostia: A new anatomic approach for curing atrial fibrillation. *Circulation*. 2000;102:2619-628.
11. Pappone C, Rosanio S, Augello G, et al. Mortality, morbidity, and quality of life after circumferential pulmonary vein ablation for atrial fibrillation: outcomes from a controlled nonrandomized long-term study. *J Am Coll Cardiol*. 2003;42:185-97.
12. Ouyang F, Antz M, Ernst S, et al. Recovered pulmonary vein conduction as a dominant factor for recurrent atrial tachyarrhythmias after complete circular isolation of the pulmonary veins: lessons from double Lasso technique. *Circulation*. 2005;111:127-35.
13. Oral H, Chugh A, Good E, et al. Randomized comparison of encircling and nonencircling left atrial ablation for chronic atrial fibrillation. *Heart Rhythm*. 2005;2:1165-172.
14. Wazni O, Marrouche NF, Martin DO, et al. Randomized study comparing combined pulmonary vein-left atrial junction disconnection and cavotricuspid isthmus ablation versus pulmonary vein-left atrial junction disconnection alone in patients presenting with typical atrial flutter and atrial fibrillation. *Circulation*. 2003;108:2479-483.
15. Jais P, O'Neill MD, Takahashi Y, et al. Stepwise catheter ablation of chronic atrial fibrillation: importance of discrete anatomic sites for termination. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2006;17(Suppl 3):S28-36.
16. Jais P, Hocini M, Sanders P, et al. Long-term evaluation of atrial fibrillation ablation guided by noninducibility. *Heart Rhythm*. 2006;3:140-45.
17. Nademanee K, McKenzie J, Kosar E, et al. A new approach for catheter ablation of atrial fibrillation: mapping of the electrophysiologic substrate. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:2044-2053.
18. Pappone C, Santinelli V. Towards a unified strategy for atrial fibrillation ablation? *Eur Heart J*. 2005;26:1687-688; author reply 1688.
19. Khaykin Y, Marrouche NF, Saliba W, et al. Pulmonary vein antrum isolation for treatment of atrial fibrillation in patients with valvular heart disease or prior open heart surgery. *Heart Rhythm*. 2004;1:33-39.
20. Khaykin Y, Marrouche NF, Martin DO, et al. Pulmonary vein isolation for atrial fibrillation in patients with symptomatic sinus bradycardia or pauses. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2004;15:784-89.
21. Kilicaslan F, Verma A, Saad E, et al. Efficacy of catheter ablation of atrial fibrillation in patients with hypertrophic obstructive cardiomyopathy. *Heart Rhythm*. 2006;3:275-80.
22. Hsu LF, Jais P, Sanders P, et al. Catheter ablation for atrial fibrillation in congestive heart failure. *N Engl J Med*. 2004;351:2373-383.
23. Pappone C, Augello G, Sala S, et al. A randomized trial of circumferential pulmonary vein ablation versus antiarrhythmic drug therapy in paroxysmal atrial fibrillation: the APAF Study. *J Am Coll Cardiol*. 2006;48:2340-347.

24. Wazni OM, Marrouche NF, Martin DO, et al. Radiofrequency ablation vs antiarrhythmic drugs as first-line treatment of symptomatic atrial fibrillation: a randomized trial. *JAMA*. 2005;293:2634-640.
25. Oral H, Pappone C, Chugh A, et al. Circumferential pulmonary-vein ablation for chronic atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2006;354:934-41.
26. Saad EB, Rossillo A, Saad CP, et al. Pulmonary vein stenosis after radiofrequency ablation of atrial fibrillation: functional characterization, evolution, and influence of the ablation strategy. *Circulation*. 2003;108:3102-107.
27. Wazni OM, Rossillo A, Marrouche NF, et al. Embolic events and char formation during pulmonary vein isolation in patients with atrial fibrillation: impact of different anticoagulation regimens and importance of intracardiac echo imaging. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2005;16:576-81.
28. Kilicaslan F, Verma A, Saad E, et al. Transcranial Doppler detection of microembolic signals during pulmonary vein antrum isolation: implications for titration of radiofrequency energy. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2006;17:495-501.
29. Cummings JE, Schweikert RA, Saliba WI, et al. Assessment of temperature, proximity, and course of the esophagus during radiofrequency ablation within the left atrium. *Circulation*. 2005;112:459-64.
30. Cappato R, Calkins H, Chen SA, et al. Worldwide survey on the methods, efficacy, and safety of catheter ablation for human atrial fibrillation. *Circulation*. 2005;111:1100-105.
31. Oral H, Chugh A, Ozaydin M, et al. Risk of thromboembolic events after percutaneous left atrial radiofrequency ablation of atrial fibrillation. *Circulation*. 2006;114:759-65.