



Ano 2015

BOLETIM CIENTÍFICO SBCCV

Editores

Dr. Domingo Marcolino Braile

Dr. Fernando Ribeiro Moraes Neto

Dr. Luciano Cabral Albuquerque

Dr. Orlando Petrucci Junior

Dr. Walter José Gomes

Publicação da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular - www.sbccv.org.br

Rua Afonso Celso, 1178 - Vila Mariana - São Paulo/SP.
Telefone: (11) 3849-0341 - Fax: (11) 5096-0079 - Email: sbccv@sbccv.org.br

Boletim Científico

SBCCV

Data: 07/12/2015

Número 05

Angioplastia coronária não adiciona benefícios a longo prazo, em comparação ao tratamento clínico de pacientes com doença coronária estável, aponta análise final do estudo COURAGE.

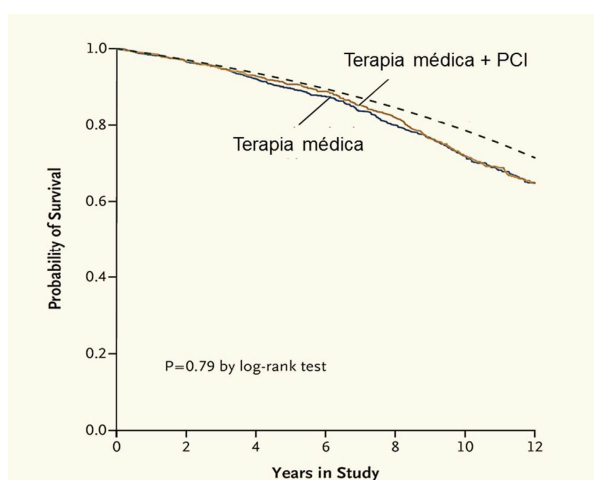
Effect of PCI on Long-Term Survival in Patients with Stable Ischemic Heart Disease.

N Engl J Med 2015;373:1937-46.

Entre junho de 1999 e janeiro de 2004, 2.287 pacientes com doença cardíaca isquêmica estável foram randomizados para uma estratégia inicial de tratamento médico otimizado terapia (grupo MED) ou tratamento médico otimizado associado a angioplastia com implante de stent (Grupo PCI). Como resultado, o estudo não encontrou diferença significativa na taxa de sobrevivência, durante um acompanhamento médio de 4,6 anos (COURAGE trial). Nós relatamos agora a taxa de sobrevivência entre os pacientes que foram acompanhados por até 15 anos.

Informações sobrevivência prolongada estavam disponíveis em 1.211 pacientes (53% do original população). A duração média do follow-up nos pacientes avaliados foi de 11,9 anos (variação de 0 a 15). Um total de 561 mortes (180 durante o período original e 381 durante o período estendido de seguimento) ocorreram, sendo 284 mortes (25%) no grupo PCI e 277 (24%) em o grupo MED (RC 1,03; 95% IC 0,83-1,21 -

$p=0,76$). Os autores concluíram que, durante o seguimento estendido de até 15 anos, em pacientes com doença coronária estável participantes do ensaio clínico COURAGE, a angioplastia coronária não acrescentou benefícios à terapia médica otimizada (ClinicalTrials.gov number NCT00007657).



Rua Afonso Celso, 1178 - Vila Mariana - São Paulo/SP.

Telefone: (11) 3849-0341 - Fax: (11) 5096-0079 - Email: sbccv@sbccv.org.br

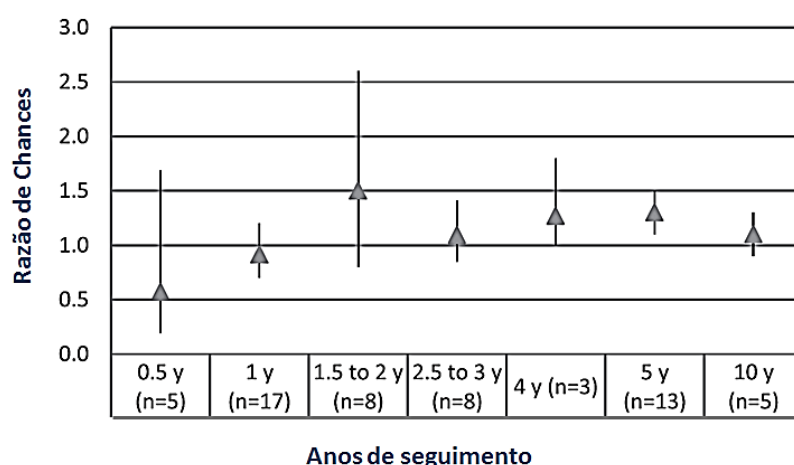
Nova metanálise avalia desfechos tardios pós angioplastia versus cirurgia de revascularização miocárdica.

Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass grafting: A meta-analysis.

J Thorac Cardiovasc Surg 2015;149:831-8.

A presente metanálise comparou a eficácia da intervenção coronária percutânea (PCI) e da cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) em pacientes com doença coronária multiarterial. A partir das bases de dados MEDLINE, Embase e Cochrane Central, foram pesquisados e incluídos os ensaios clínicos controlados. Os resultados foram avaliados no máximo *follow-up* disponível. Foram efetivamente incluídos 31 estudos com 15.004 pacientes. No que se refere morte, mais pacientes multiarteriais morreram após PCI, em comparação com a CRM (RC 1,2; 95% CI 1,0-1,4; $p=0,02$), o mesmo se verificando no subgrupo de pacientes diabéticos (RC 1,6; 95% CI 1,2-2,1, $p<0,01$). Nova revascularização foi mais comum após a PCI (RC 4,5; 95% CI 3,5-5,8, $p<0,01$), com uma progressiva diminuição em frequência, desde a era pré-stent (RC 7,0; 95% CI 5,1-9,7- $p<0,01$), era de stent convencional (RC 4,5; 95% CI, 3,6-5,5, $p<0,01$), e era de stent farmacológico (RC 2,5; 95% CI, 1,8-3,4 - $p<0,01$), embora em todos os cenários, pior que a cirurgia. AVC foi mais comum após CRM (RC 0,7; 95% CI, 0,5-0,9 - $p=0,01$). Conclusões: em pacientes multiarteriais, a cirurgia apresentou menor risco de morte e de revascularização repetida, quando comparada a angioplastia com stents convencionais ou farmacológico, sendo este resultado mais preponderante em diabéticos. Entretanto, a cirurgia acompanhou-se de maior risco de AVC.

Incremento de mortalidade da PCI em relação a CRM

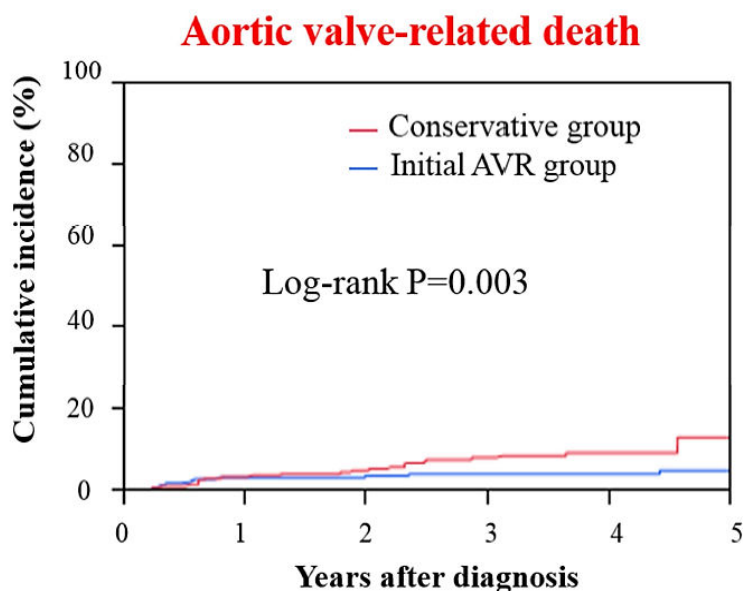


Cirurgia versus estratégia conservadora, em pacientes com estenose aórtica grave assintomática.

Initial Surgical versus Conservative Strategies in Patients with Asymptomatic Severe Aortic Stenosis.
J Am Col Cardiol , 2015 - doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.001. Ahead of print.

Não existem estudos multicêntricos de larga escala, comparando a evolução de pacientes assintomáticos, com estenose aórtica grave (EAo), submetidos a tratamento conservador ou cirurgia. Este estudo procurou comparar os resultados a longo prazo dessas estratégias.

O CURRENT-AS é um registro multicêntrico, que incluiu 3815 pacientes com EAo (pico do jato sistólico > 4,0 m/s , média do gradiente de pressão aórtica > 40 mmHg, ou área da válvula aórtica < 1,0 cm²) entre janeiro de 2003 e dezembro de 2011. Entre 1808 pacientes assintomáticos, cirurgia e estratégia conservadora foram escolhidos em 291 e 1517 pacientes, respectivamente. A duração média do acompanhamento foi de 1361 dias, com 90% tendo concluído 2 anos de seguimento. Escore de propensão foi empregado para parear 582 pacientes (cirurgia: 291 pacientes e grupo conservador: 291 pacientes). Os cumulativos incidência de todas as causas de morte e hospitalização por insuficiência cardíaca de 5 anos foram significativamente menores no grupo cirúrgico do que no grupo conservador (15,4% vs 26,4%, p=0,009 e 3,8% vs 19,9%,p<0,001). Os resultados do modelos multivariáveis de Cox em toda a coorte, foram consistentes com aqueles da análise por escore de propensão. Os autores concluem que a sobrevida de pacientes com estenose aórtica grave assintomáticos , pode ser melhorada substancialmente pela estratégia cirúrgica precoce.



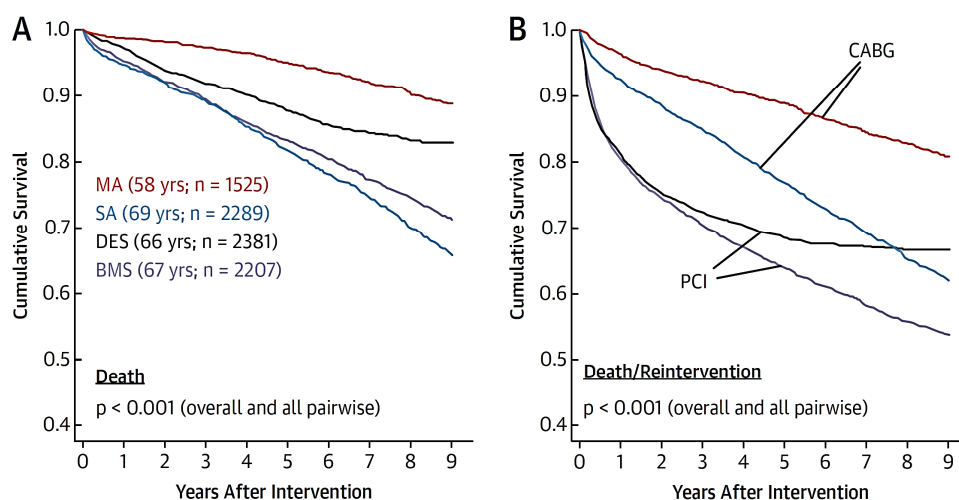
Cirurgia de revascularização do miocárdio com múltiplos enxertos arteriais oferece maior benefício a longo prazo.

Greater Benefit in Long-Term Outcomes With Multiple Arterial Bypass Grafting.

J Am Coll Cardiol. 2015;66:1417-27.

Neste trabalho os autores avaliaram o real benefício na utilização de múltiplos enxertos arteriais na cirurgia de revascularização do miocárdio comparando, a longo prazo, com a utilização de um enxerto arterial mais enxertos de veia safena, ou o emprego da angioplastia percutânea. Foram estudados mais de 8.000 pacientes, seguidos em até 9 anos, incluindo os que haviam sido submetidos a angioplastia com implante de stents de primeira e de segunda geração. Os resultados mostraram pior evolução nos que receberam stents, quando comparados a um enxerto arterial, e pior ainda quando comparados aos que receberam múltiplos enxertos arteriais. O uso dos stents com droga mostraram sobrevida semelhante aos que usaram um enxerto arterial, mas bem inferior ao grupo que utilizou vários enxertos arteriais. A necessidade de re-intervenções foi sempre pior para o grupo de angioplastia, independente do tipo de stents utilizados (figura). Os autores concluem que o uso de múltiplos enxertos arteriais deve ser uma prática mais adotada pelos cirurgiões. pelo fato de ser a evidência mais robusta a frente das intervenções percutâneas.

FIGURE 1 Survival After Percutaneous and Surgical CAD Treatment Modalities



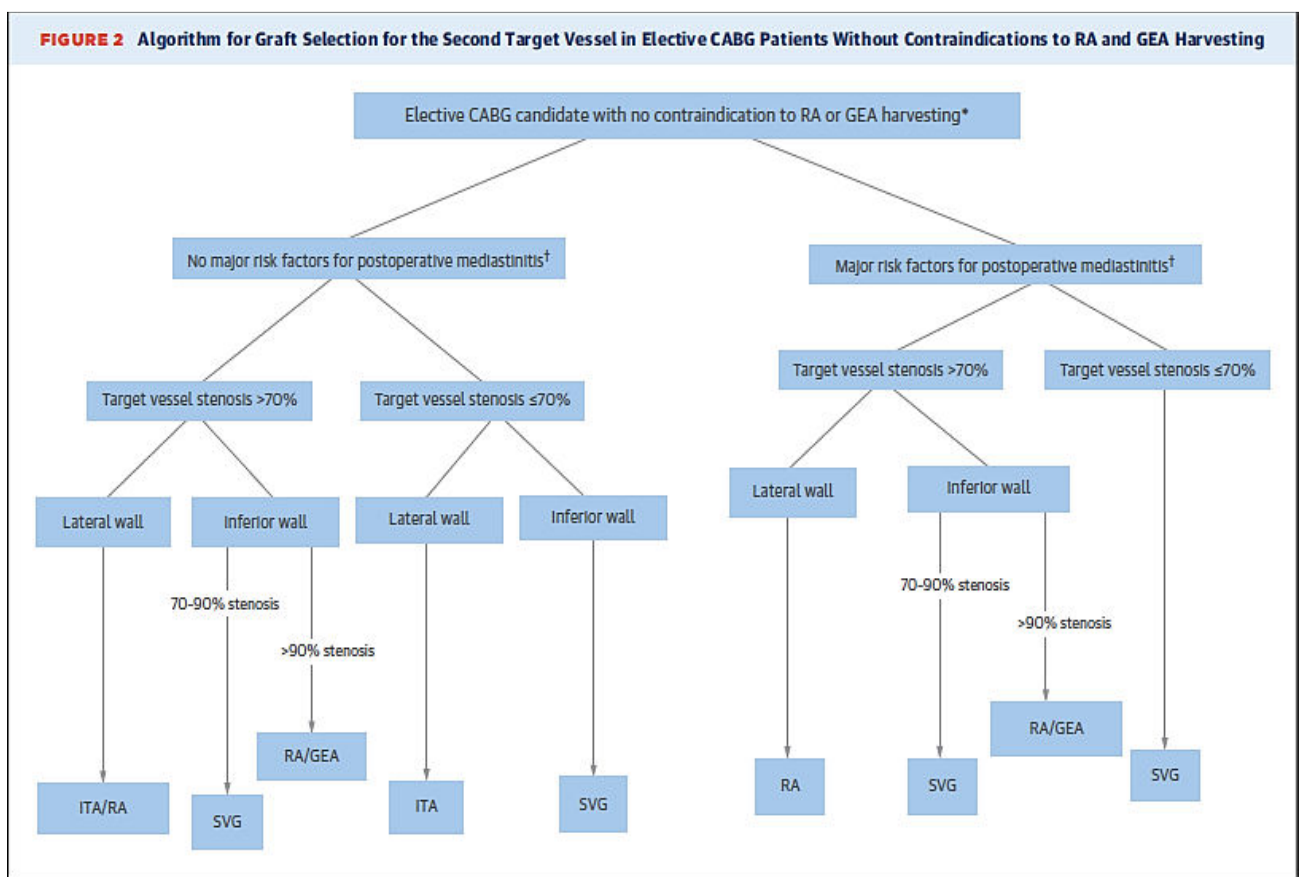
Seleção dos enxertos arteriais na cirurgia de revascularização do miocárdio.

The Choice of Conduits in Coronary Artery Bypass Surgery.

JACC 2015;66;15:1729-37.

A cirurgia de coronária é a cirurgia cardíaca mais realizada mundialmente. Apesar de ser realizada por mais de 40 anos e o benefício do uso dos enxertos arteriais estarem cada vez mais evidentes ainda persistem questionamentos para que artérias coronárias devam ser implantadas pois existem contraindicações, apesar de limitadas.

Neste artigo os autores discutem alguns aspectos e evidências dos enxertos arteriais e propõem um algoritmo para sua utilização.



Fluxo anterógrado através da valva pulmonar após a Operação de Glenn bidirectional beneficia os pacientes após a Cirurgia de Fontan.

Forward Flow Through the Pulmonary Valve After Bidirectional Cavopulmonary Shunt Benefits Patients at Fontan Operation.

Annals of Thoracic Surgery 2015;100:1390-7.

O impacto do fluxo pulmonar anterógradocatravez da valva pulmonar no momento da operação de Glenn bidirecional é motivo de muitas controvérsias. Neste artigo os autores fizeram uma análise comparativa de 126 pacientes submetidos a operação de Fontan, dos quais 60 tinham fluxo pulmonar anterógrado e 66 valva pulmonar ocluída. Observou-se o tempo de hospitalização, a duração da drenagem pleural, número de reintervenções, o índice de Nakata, insuficiência da valva A-V e saturação de oxigênio.

Resultados – Antes da operação de Glenn, 20% dos pacientes com fluxo anterógrado , e nenhum do grupo sem fluxo anterógrado receberam uma bandagem da artéria pulmonar. Mais pacientes do grupo sem fluxo anterógrado receberam shunt sistêmico-pulmonar ($p<0,01$). Operação de Fontan foi realizada em 58% dos pacientes com fluxo anterógrado, e em 68% dos pacientes sem fluxo anterógrado. Não houve diferença no tempo de hospitalização ou drenagem pleural, assim como no número de re-intervenções, no grau de regurgitação da valva A-V e na saturação de oxigênio . Crianças com fluxo anterógrado tiveram índice Nakata superior ($p=0,02$) antes da operação de Fontan, menor duração da drenagem pleural ($p=0,009$) e menor tempo de internação ($p=0,009$), após a operação de Fontan.

Conclusão: crianças com fluxo anterógrado na operação de Glenn tiveram maior desenvolvimento das artérias pulmonares, menor duração da drenagem pleural e menor tempo de hospitalização após a operação de Fontan.

Resultados imediatos e tardios após correção cirúrgica ou endovascular de aneurisma de aorta abdominal.

Long-Term Outcomes of Abdominal Aortic Aneurysm in the Medicare Population.

N Engl J Med 2015;373:328-38.

Os resultados de mundo real do tratamento cirúrgico e endovascular nos EUA foram avaliados, a partir da análise de 39.966 pacientes beneficiários do Medicare, entre 2001 e 2009.

A mortalidade peri-operatória global foi de 1,6% com tratamento endovascular contra 5,2% com reparo aberto ($p<0,001$). De 2001 a 2008, a mortalidade peri-operatória diminuiu 0,8 pontos percentuais entre os pacientes que foram submetidos à correção endovascular

($p=0,001$) e em 0,6 pontos percentuais, entre os pacientes que se submeteram à cirurgia aberta ($p=0,01$). A taxa de conversão cirúrgica diminuiu de 2,2% em 2001, para 0,3% em 2008 ($p<0,001$). A taxa de sobrevivência foi significativamente maior após o reparo endovascular durante os primeiros 3 anos de follow-up, tempo após o qual as taxas de sobrevivência foram semelhantes. No seguimento de 8 anos, as intervenções relacionadas ao aneurisma foram mais frequentes no grupo endovascular. Ruptura do aneurisma ocorreu em 5,4% dos pacientes após correção endovascular vs 1,4% após o reparo aberto ($p<0,001$).

Em conclusão, a correção endovascular dos aneurismas da aorta abdominal foi associada a uma vantagem inicial de sobrevivência, que diminuiu gradualmente ao longo do tempo. Entretanto, a taxa de ruptura tardia foi significativamente maior após o reparo endovascular

que após o reparo aberto.

Desfecho	Endovascular (n/%)	Aberta (n/%)	p
Death	14,548 (54.9)	14,681 (54.7)	0.76
Rupture of aneurysm	962 (5.4)	353 (1.4)	<0.001
Any aneurysm-related intervention	4,165 (18.8)	754 (3.7)	<0.001
Major reintervention	392 (2.3)	186 (0.8)	<0.001
Minor reintervention	3,924 (17.5)	597 (3.1)	<0.001
Minor reintervention for embolization	1,857 (8.0)	161 (1.0)	<0.001
Hospitalization for abdominal aortic aneurysm	233 (1.2)	55 (0.3)	<0.001