

Diretrizes para o Implante de Cardioversor Desfibrilador Implantável

José Carlos S ANDRADE Vicente ÁVILA NETO Domingo M. BRAILE Paulo R S BROFMAN
Alvaro R B COSTA Roberto COSTA Silas S. GALVÃO FILHO Paulo R A GAUCH Fernando A
LUCCHESI Martino MARTINELLI FILHO, Paulo T J MEDEIROS José C P MATEOS
João PIMENTA Roberto T TAKEDA

Reblampa 78024-232

A morte súbita (MS), responsável por cerca de 20% da mortalidade natural, continua sendo um dos maiores problemas da cardiologia. O arsenal terapêutico utilizado no seu combate inclui os medicamentos antiarrítmicos, a ressecção cirúrgica, a ablação endocárdica por cateter e o implante de dispositivos elétricos: os cardioversores-desfibriladores implantáveis (CDI).

Sua utilização experimentou um enorme incremento nos últimos anos e vários megaestudos têm sido realizados para delinear a melhor opção terapêutica.

Os resultados desses estudos tornam mandatória a revisão do "Consenso para Implante de Cardioversor-Desfibrilador Implantável - *Deca* 1995".

Apesar da sua maior difusão e da aparente simplicidade de seu uso, as drogas antiarrítmicas, muitas vezes têm tido até mesmo o seu valor antiarrítmico contestado, em decorrência de seus efeitos pró-arrítmicos. No estudo CASH (Cardiac Arrest Study-Hamburg), iniciado em 1987 e concluído em 1993, que comparou o uso do desfibrilador implantável com vários fármacos, o estudo no subgrupo que utilizava propafenona foi interrompido, dada a mortalidade excessiva. Por outro lado, alguns fármacos, apesar da efetividade no controle de taquiarritmias, apresentam efeitos colaterais significativos, que motivaram a sua suspensão em 27%, 40% e 42% dos pacientes, respectivamente, dos grupos dos estudos CHF - STAD (Veterans Affairs Survival Trial of Antiarrhythmic Therapy in Congestive Heart Failure), EMIAT (European Amiodarone Myocardial Infarction - Trial) e CAMIAT (Canadian Amiodarone Myocardial Infarction Trial).

Além do efeito pró-arrítmico, o insucesso da terapêutica medicamentosa pode ocorrer devido à escolha incorreta do fármaco, à dosagem inadequa-

da ou ao uso irregular por parte do paciente e ultimamente tem sido contestado o seu valor nos pacientes com comprometimento importante da função ventricular.

Os CDI têm se mostrado a alternativa terapêutica mais eficiente para interromper taquicardias ventriculares (TV) sustentadas e fibrilações ventriculares (FV), sendo responsáveis por uma redução expressiva na incidência de MS, evidenciada nos estudos CASH, MADIT (Multicenter Automatic Desfibrillator Implantation Trial) e AVID (Antiarrhythmic Versus Implantable Desfibrillator). Este último, projetado para 1200 pacientes também foi interrompido em virtude das taxas de mortalidade muito discrepantes entre seus diferentes subgrupos, o que levou o comitê dirigente a considerar anti-ética a continuidade do grupo de pacientes que recebia tratamento apenas com fármacos.

No MADIT, os pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio e disfunção ventricular (fração de ejeção menor ou igual a 35%), que apresentavam TV sustentadas ou FV induzidas no estudo eletrofisiológico (EEF), foram divididos em dois grupos: um que recebeu o implante de CDI e outro, terapia antiarrítmica convencional. A discrepância da mortalidade após seguimento médio de 27 meses (15% e 38% respectivamente) fez com que o Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos da América autorizasse a indicação de CDI para tais pacientes.

Recentemente, em abril de 1998, o American College of Cardiology (ACC) e a American Heart Association (AHA) revisaram as indicações para o implante dos CDI num "Executive Summary - ACC/AHA Practice Guidelines".

Os vários estudos realizados evidenciaram a alta efetividade do CDI na interrupção de taquiarritmias

ventriculares letais e a expressiva redução de mortalidade com o seu uso, mudando a imagem terapêutica do mesmo, que hoje chega a ser considerado a opção inicial de tratamento em muitos casos. Para isso muito contribuiu a evolução tecnológica dos CDI, com redução do seu tamanho e estimulação bicameral, possibilitando o seu implante em uma loja peitoral, uma técnica menos cruenta, mais estética e mais econômica. Ademais, a leitura eletrocardiográfica em átrio e em ventrículo propicia, pela discriminação das arritmias atriais e ventriculares, um diagnóstico mais preciso e um tratamento mais adequado.

Por todos esses motivos, e a despeito de sua atualidade, prevê-se que as indicações abaixo descritas seguramente continuarão a evoluir

INDICAÇÕES

Classe I

1 - Sobreviventes de parada cardíaca por FV/TV conseqüente a causas irreversíveis e não transitórias.

2 - TV sustentada espontânea, mal tolerada, sem alternativa terapêutica eficaz.

3 - Síncope de origem indeterminada, com indução no estudo eletrofisiológico (EEF) de FV ou TV sustentada com comprometimento hemodinâmico significativo, quando a terapia farmacológica é ineficaz, mal tolerada ou inconveniente.

4 - TV não sustentada, em portador de infarto do miocárdio (IM) prévio e com importante disfunção de VE, com indução ao EEF de FV ou TV sustentadas e não suprimidas por drogas antiarrítmicas do grupo I.

Classe II

1 - FV/TV espontânea, sustentada, em candidatos a transplante cardíaco.

2 - Condições familiares ou hereditárias de alto risco para taquiarritmias ventriculares letais, tais como a síndrome do QT longo.

3 - TV não sustentada em portador de IM prévio com importante disfunção de VE, FV ou TV sustentada induzidas ao EEF.

4 - Síncope recorrente de etiologia indeterminada, na presença de importante disfunção ventricular, e FV ou TV sustentada com comprometimento hemodinâmico significativo, induzidas durante EEF, excluídas outras causas de síncope.

5 - FV/TV espontânea ou induzida por EEF em pacientes submetidos a cardiomioplastia, ventriculectomia esquerda parcial ou outras técnicas alternativas.

Classe III

1 - Síncope de origem indeterminada em pacientes sem taquiarritmias espontâneas ou induzidas.

2 - TV incessante.

3 - FV ou TV resultante de arritmias passíveis de ablação cirúrgica ou por cateter Wolf-Parkinson-White (WPW), TV da via de saída do ventrículo direito (VD), TV idiopática do VE, TV fascicular ou TV ramo a ramo).

4 - FV/TV conseqüentes a distúrbio transitório ou reversível.

5 - Doença psiquiátrica passível de agravamento pelo implante.

ARTIGOS CONSULTADOS

- Cairns J A. Connolly S J. Roberts R. et al. Canadian Amiodarone Myocardial Infarction Arrhythmia Trial (CAMIAT): rationale and protocol CAMIAT Investigators. Am J Cardiol 1993; 72: 87-94.
- Camm A L Julian D. Janse G. et al. The European Myocardial Infarct Amiodarone Trial (EMIAT). EMIAT Investigators. Am J Cardiol 1993; 72: 95-8.
- Consenso para o implante de marcapasso cardíaco permanente e desfibrilador-cardioversor-implantável - 1995 (Deca/SBCCV). Reblampa 1995; 8(1): 4-11.
- Doval H C. Nul D R. Grancelli H O. et al. Grupo de Estudios de la Sobrevida en la Insuficiencia Cardíaca en Argentina (GESICA). Randomised trial of low-dose amiodarone in severe congestive heart failure. Lancet 1994; 344: 493-8.
- Dreifus L S. Fisch C. Griffin J C. Gillette P C. et al. Guidelines for implantation of cardiac pacemaker and antiarrhythmia devices. Circulation 1991; 84(1): 455-67.
- Fenelon G. Stambler B S. Paola A A V. Em que os grandes "trials" modificaram o tratamento das arritmias ventriculares? Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 1998; 8(1): 197-208.
- Gregoratos G. Chertlin M D. Corril A. et al. ACC/AHA Guidelines for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices. Executive summary. A report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines. Circulation 1998; 97: 1325-35.
- Mirowski M. Reid P R. Mower M M. et al. Termination of malignant ventricular tachyarrhythmias with an implanted automatic defibrillator in human beings. N Engl J Med 1980; 303(6): 322-8.
- Moss A. Hall J. Cannom D. et al. MADIT Investigators improved survival with an implanted defibrillator in patients with coronary artery disease at high risk of ventricular arrhythmias. N Engl J Med 1996; 335: 1933-40.
- Siebels J. Kuck K H. Implantable cardioverter defibrillator compared with antiarrhythmic drug treatment in cardiac arrest survivors (The Cardiac Arrest Study Hamburg). Am Heart J 1994; 127: 1139-44.
- The Antiarrhythmics Versus Implantable Defibrillators (AVID) Investigators. A comparison of antiarrhythmic drug therapy with implantable defibrillators in patients resuscitated from near-fatal ventricular arrhythmias. N Engl J Med 1997; 337(22): 1575-83.