

## Entrevista – O Futuro da Cirurgia Cardiovascular

Por Antonio Barbosa – acadêmico em Medicina



### Dr. Eduardo Keller Saadi

Mestre e Doutor em Medicina. Pós-Doutor pelo Royal Brompton Hospital-Londres. Professor Titular de Cirurgia Cardiovascular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS/HCPA). Chefe do Serviço de Cirurgia Cardiovascular do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Chefe do Centro da Aorta e Doenças Cardíacas estruturais do Hospital Mãe de Deus. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV).

### Quais os principais entraves da disseminação da cirurgia cardíaca minimamente invasiva no Brasil?

**Dr. Saadi** - Primeiro gostaria de definir o que é cirurgia minimamente invasiva, pois agressão cirúrgica menor pode ser atingida de várias maneiras. Existem os procedimentos endovasculares transcater, que não necessitam de incisões nem de circulação extracorpórea, os quais representaram um enorme avanço na nossa área de atuação nos últimos anos, e existe a cirurgia minimamente invasiva com circulação extracorpórea, com diminuição do tamanho das incisões, auxílio de vídeo ou mesmo robô, reduzindo a invasividade da cirurgia e acelerando a recuperação. Os procedimentos menos invasivos vêm sendo cada vez mais solicitados pelos próprios pacientes e cardiologistas. Os principais entraves para sua maior utilização no Brasil são o conservadorismo dos cirurgiões, deficiências no treinamento para estas técnicas, que exigem novas habilidades, e, principalmente, restrições econômicas.

### O TAVI de fato revolucionou o tratamento da estenose aórtica. Mas, na sua opinião, o *trial* PARTNER 3 tem gerado muita euforia em curto prazo de estudo?

**Dr. Saadi** - O implante transcater de valva aórtica (TAVI) foi um dos maiores avanços da Medicina nas últimas décadas. O procedimento, apesar de recente, foi bastante estudado em ensaios clínicos randomizados, tendo sido demonstrado que, em várias situações, pode substituir a cirurgia de troca valvar aórtica de maneira menos invasiva, com menores riscos e recuperação mais rápida. Entretanto, alguns pontos ainda precisam ser mais bem esclarecidos, principalmente em pacientes de baixo risco e mais jovens, como a maior necessidade de marca-passo e a durabilidade das próteses a longo prazo. O PARTNER 3, assim como uma metanálise recente, mostrou superioridade do TAVI em comparação à troca valvar aórtica convencional em pacientes de baixo risco, principalmente em decorrência da menor necessidade de nova hospitalização. É importante salientar que vários critérios de exclusão foram utilizados em todos esses ensaios clínicos, o que torna a população estudada selecionada. Por exemplo: pessoas com valva aórtica bicúspide, que representam muitos pacientes que tratamos, principalmente os mais jovens, foram excluídos de todos esses estudos. Pacientes com fração de ejeção baixa também não foram estudados. Uma vez elucidados esses pontos associados a um grande investimento da indústria no aperfeiçoamento dos dispositivos, acredito que a indicação do TAVI será expandida. O maior fator limitante no Brasil ainda será o custo.

### O TAVI vem aumentando em número nos serviços de cirurgia cardíaca do mundo, porém não houve redução da cirurgia convencional de implante de prótese valvar aórtica. Na sua visão, a tendência é que continue dessa forma ou no futuro haverá somente TAVI?

**Dr. Saadi** - Ainda há no Brasil muitos pacientes sem diagnóstico de estenose aórtica. No momento em que estabelecemos centros de terapia valvar e tratamos de difundir o conhecimento, educar os médicos e a própria população, assim como indicar os procedimentos mais precocemente, antes que haja dano ao miocárdio, o número de pacientes que chegará para tratamento deve crescer. Esta é a razão para o aumento do TAVI e a não redução de cirurgia convencional em centros de referência. Mas, na minha visão, chegará um ponto em que, superadas algumas dúvidas e com novas tecnologias, o TAVI será o tratamento de escolha para a maior parte dos pacientes com estenose aórtica. Por esta razão, o cirurgião cardiovascular, que sempre tratou pacientes com estenose aórtica, não pode deixar de se envolver na terapia transcater, que simplesmente representa um avanço no tratamento da mesma doença. Para isto, deve aprimorar seu conhecimento em imagem (ecocardiograma e angiotomografia) e desenvolver as habilidades técnicas necessárias com cateteres e dispositivos, da mesma forma obsessiva que treinamos a cirurgia convencional. Podendo oferecer as duas técnicas e escolher a melhor forma de tratamento para cada paciente, a tendência é reduzir o viés de indicação. Para o tratamento moderno das doenças cardíacas estruturais, um novo tipo de especialista cardiovascular deve ser treinado. O modelo ideal desse treinamento ainda está sendo discutido.

### No seu serviço, o enxerto de veia safena magna na cirurgia de revascularização do miocárdio normalmente é feito pela técnica convencional ou no *touch*? Há critérios?

**Dr. Saadi** - Normalmente, quando utilizamos a veia safena, a retirada é realizada pela técnica convencional. Alternativamente pode ser utilizado vídeo ou a técnica “no touch”, que em alguns trabalhos mostra permeabilidade superior à da retirada convencional. Mas o consenso que existe é que os enxertos arteriais são superiores aos enxertos venosos.

### Recentemente, houve o primeiro Endobentall do mundo. O senhor acredita que em breve uma cirurgia deste tipo será ofertada aos pacientes com aneurisma de aorta ascendente e estenose aórtica? O maior entrave é o conjunto da prótese sob medida?

**Dr. Saadi** - Esta é a última fronteira do tratamento endovascular das doenças da aorta associadas à doença da valva aórtica. Ainda existem vários desafios a serem vencidos, tanto de ordem anatômica quanto fisiológica e de desenvolvimento de produto. A via de saída do ventrículo esquerdo, a interação com a válvula aórtica, o perfil do dispositivo associado de endoprótese mais TAVI, o tipo de stent ponte para as artérias coronárias e as dúvidas quanto à sua permeabilidade ainda são questões a serem estudadas e resolvidas.

### Qual a sua análise sobre o *trial* EXCEL e, na sua opinião, o que deveria e não deveria ter sido feito?

**Dr. Saadi** - A comunidade cardiovascular tem acompanhado com atenção os questionamentos feitos em relação ao EXCEL e a posição do Prof. David Taggart, professor de cirurgia cardiovascular de Oxford e que tem prestado excelentes contribuições científicas na área da cardiopatia isquêmica. O Prof. Taggart tem criticado com bastante rigor determinadas práticas utilizadas em ensaios clínicos. No caso do EXCEL, criticou com muita propriedade a modificação do critério bioquímico de infarto agudo do miocárdio e a conclusão dos autores de que não havia diferença estatisticamente significativa entre angioplastia e cirurgia em pacientes com lesão de tronco e SYNTAX Score intermediário ou baixo. Por discordar dessa modificação, que, segundo sua interpretação, ocultou de maneira incorreta o benefício claro da cirurgia, retirou seu nome da publicação do artigo no The New England Journal of Medicine (NEJM), apesar de ter sido o segundo centro que mais recrutou pacientes. Em mais de 300 estudos dos quais participou e que foram publicados, esta foi a primeira vez que solicitou que seu nome fosse retirado. Não é nova a tentativa de desenhar estudos que atinjam os resultados desejados, muitos com o viés da indústria. Isto hoje, com o jogo estatístico, não é difícil de fazer. Nossa tarefa é conhecer metodologia científica para saber interpretar bem um estudo, desde a maneira como foi desenhado, os desfechos e o tratamento estatístico, assim como os resultados e qual o impacto de um determinado estudo na nossa prática médica diária.

### Recentemente um estudo com follow-up de 6,3 anos, com variação de 3,9 anos para mais ou para menos, apontou que, em revascularização miocárdica pela técnica de dupla mamária esquelotonizada, o enxerto na coronária descendente anterior pela torácica interna direita teve melhores resultados quando comparado ao enxerto pela torácica interna esquerda, que é o padrão-ouro. O senhor acredita que a artéria torácica interna direita pode vir a ser o novo padrão-ouro?

**Dr. Saadi** - Não. A literatura é sólida em demonstrar que um enxerto de artéria mamária interna esquerda para a artéria descendente anterior tem uma permeabilidade excelente em até 15 anos e que isso tem um impacto positivo no aumento da sobrevida. Acho que este é um dos grandes trunfos que a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) tem em relação a este e os outros tipos de tratamento da cardiopatia isquêmica grave. Não devemos modificar o que está bem demonstrado e estabelecido. Na minha visão, outros enxertos arteriais podem ser utilizados além da mamária interna esquerda para a descendente anterior, como mamária direita ou radial para coronária direita ou circunflexa. Não acho que, no momento, tenhamos dados para modificar o padrão-ouro de CRM.

### Em seu serviço, em casos de aneurisma de aorta ascendente com insuficiência aórtica e folhetos de morfologia normal, qual é a cirurgia mais realizada: a de Tirone David/Yacoub/Florida sleeve ou a Bentall-De Bono? Por quê?

**Dr. Saadi** - Fazemos cirurgia de Bentall-De Bono em ectasia anulo-aórtica. Pode-se utilizar tubo valvado mecânico ou biológico. É uma técnica que utilizamos há décadas, bem padronizada e com ótimos resultados nas nossas mãos. Não temos experiência com cirurgia de preservação da valva aórtica. Entretanto, não sou contra. Em serviços de alto volume, com cirurgiões treinados e com expertise em preservação da valva aórtica, que têm bons resultados com essa técnica, acho uma excelente alternativa. Trata-se de uma questão de treinamento e resultados de cada centro. O objetivo é sempre oferecer a alternativa mais segura para os pacientes no meio em que trabalhamos, reconhecendo nossas limitações.

Apoio:



Edwards

Edwards Lifesciences | [edwards.com/br](http://edwards.com/br) | [saibamais@edwards.com](mailto:saibamais@edwards.com)  
Avenida das Nações Unidas, 14401 – Parque da Cidade – Torre Sucupira - 17º Andar – Cj. 171  
Chácara Santo Antônio – São Paulo – SP - 04794-000

Brasil Brasil | EUA | Colômbia | Suíça | Japão | China