



ARTIGO ORIGINAL

Encerramento percutâneo do apêndice auricular esquerdo para profilaxia de tromboembolismo na fibrilhação auricular em doentes com contraindicação ou falência da hipocoagulação oral: experiência de um serviço

Ana Faustino*, Luís Paiva, Rui Providência, Joana Trigo, Ana Botelho, Marco Costa, António Leitão-Marques

Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Geral, Coimbra, Portugal

Recebido a 20 de julho de 2012; aceite a 22 de outubro de 2012

Disponível na Internet a 30 de abril de 2013

PALAVRAS-CHAVE

Fibrilhação auricular;
Tromboembolismo;
Acidente vascular cerebral;
Apêndice auricular esquerdo;
Anticoagulação oral;
Implante cardíaco

Resumo

Introdução: Na fibrilhação auricular não valvular, 90% dos trombos originam-se no apêndice auricular esquerdo. O seu encerramento percutâneo mostrou ser não inferior à varfarina na profilaxia do tromboembolismo.

Objetivo: Avaliar a experiência inicial de um centro no encerramento percutâneo do apêndice auricular esquerdo em doentes com elevado risco tromboembólico sem possibilidade, com contraindicação ou falência da anticoagulação oral.

Métodos: Doentes com fibrilhação auricular não valvular, $\text{score CHADS}_2 \geq 2$ sem possibilidade, com contraindicação ou falência da anticoagulação oral foram submetidos a encerramento percutâneo do apêndice auricular esquerdo de acordo com a técnica padrão. Após implantação, foi mantida dupla antiagregação durante um mês e simples indefinidamente. Realizado seguimento com avaliação clínica, ecocardiografia transtorácica e transesofágica.

Resultados: O procedimento foi conseguido em 22 dos 23 doentes selecionados (95,7%): 70 ± 9 anos, score CHADS_2 de $3,2 \pm 0,9$ e $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ de $4,7 \pm 1,4$. Apenas no primeiro doente o dispositivo foi substituído por sobredimensionamento. Foram observadas as seguintes complicações periprocedimento: um pseudoaneurisma femoral, 3 hematomas femorais e 2 hemorragias da orofaringe, resolvidos com medidas locais. Durante o seguimento de 12 ± 8 meses foram identificados um fluxo peridispositivo ligeiro e um trombo aderente ao dispositivo - que resolveu sob enoxaparina. A taxa de AVC/AIT foi inferior à esperada com base no score CHADS_2 (0 versus $6,7 \pm 2,2\%$).

Conclusões: Na nossa experiência inicial este procedimento mostrou ser uma alternativa exequível, segura e eficaz em doentes com fibrilhação auricular para os quais a anticoagulação

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: anacatarina.faustino@gmail.com (A. Faustino).

KEYWORDS

Atrial fibrillation;
Thromboembolism;
Stroke;
Left atrial
appendage;
Oral anticoagulation;
Cardiac implant

oral não é uma opção. Foram identificadas complicações de baixa severidade, com uma taxa de AVC/AIT inferior à esperada.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Percutaneous closure of the left atrial appendage for prevention of thromboembolism in atrial fibrillation for patients with contraindication to or failure of oral anticoagulation: A single-center experience

Abstract

Introduction: In non-valvular atrial fibrillation 90% of thrombi originate in the left atrial appendage (LAA). Percutaneous LAA closure has been shown to be non-inferior to warfarin for prevention of thromboembolism.

Objective: To evaluate the initial experience of a single center in percutaneous LAA closure in patients with high thromboembolic risk and in whom oral anticoagulation was impractical or contraindicated or had failed.

Methods: Patients with non-valvular atrial fibrillation and CHADS₂ score ≥ 2 in whom oral anticoagulation was impractical or contraindicated or had failed underwent percutaneous LAA closure according to the standard technique. After the procedure, dual antiplatelet therapy was maintained for one month, followed by single antiplatelet therapy indefinitely. Patients were followed by clinical assessment and transthoracic and transesophageal echocardiography.

Results: The procedure was performed in 22 of the 23 selected patients (95.7%), mean age 70 ± 9 years, CHADS₂ score 3.2 ± 0.9 and CHA₂DS₂-VASC score 4.7 ± 1.4 . Intraprocedural device replacement was necessary only in the first patient, due to oversizing. The following periprocedural complications were observed: one femoral pseudoaneurysm, three femoral hematomas and two minor oropharyngeal bleeds, resolved by local hemostatic measures. During a 12 \pm 8 month follow-up a mild peri-device flow and a thrombus adhering to the device, resolved under with enoxaparin therapy, were identified. The rate of transient ischemic attack (TIA)/stroke was lower than expected according to the CHADS₂ score (0 vs. $6.7 \pm 2.2\%$).

Conclusions: In our initial experience, this procedure proved to be a feasible, safe and effective alternative for atrial fibrillation patients in whom oral anticoagulation is not an option. Only relatively minor complications were observed, with a lower than expected TIA/stroke rate.

© 2012 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

A fibrilhação auricular (FA) é uma arritmia frequente na prática clínica, apresentando, em Portugal, uma prevalência de 2,5% para indivíduos acima dos 40 anos, de acordo com os dados do estudo FAMA¹. Na população em geral, ela é identificada em 1-2%, aumentando com a idade e tendendo a um aumento significativo ao longo do tempo, prevendo-se que venha a duplicar nos próximos 50 anos².

A FA associa-se a morbidade e mortalidade elevadas, em virtude do seu potencial tromboembólico. Com efeito, a FA duplica de forma independente o risco de morte e aumenta, em 5 vezes, o risco de acidente vascular cerebral (AVC) comparativamente com a população da mesma idade em ritmo sinusal^{2,3}. Devido ao tamanho elevado destes trombos, os AVC embólicos tendem a originar consequências mais severas quando comparadas com outras fontes de embolismo cerebral, sendo frequentemente fatais ou condicionando maior incapacidade, e associando-se a uma taxa de recorrência mais elevada²⁻⁶.

O risco tromboembólico está presente e deve ser considerado idêntico para todas as formas de FA, incluindo as paroxísticas¹⁻³. O score CHADS₂ é o método de avaliação

recomendado pela Sociedade Europeia de Cardiologia, que pontua com 2 pontos antecedentes de AVC ou acidente vascular transitório (AIT) e com um ponto a idade > 75 anos, história de hipertensão arterial, de diabetes ou de insuficiência cardíaca. Na FA, um score CHADS₂ ≥ 2 corresponde a um risco de AVC $\geq 4\%$ ao ano, estando indicada a hipocoagulação oral. Para score CHADS₂ de 0 ou 1 a decisão de hipocoagulação deve ser reavaliada tendo em conta fatores de risco tromboembólico «não major» clinicamente relevantes, através do score CHA₂DS₂-VASC: que atribui 2 pontos a história de AVC/AIT prévios e a idade > 75 anos, e um ponto a idade entre os 65 e 74 anos, história de hipertensão arterial, diabetes, insuficiência cardíaca, género feminino e doença vascular (enfarte do miocárdio, placa aórtica complexa, doença arterial periférica). Encontra-se igualmente indicada hipocoagulação oral para score CHA₂DS₂-VASC ≥ 2 (risco de AVC/ano $\geq 2,2\%$)².

A terapêutica antitrombótica demonstrou ser eficaz na redução da mortalidade e do risco de AVC associados à FA². A varfarina tem sido a terapêutica de primeira linha para profilaxia de tromboembolismo, tendo demonstrado redução do risco relativo de AVC em 60 a 73% para uma janela terapêutica de INR entre 2-3²⁻⁹. Para este efeito, é superior

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126327>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126327>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)