



COMENTÁRIO EDITORIAL

Comentário editorial ao artigo Cirurgia valvular aórtica em octogenários com estenose aórtica grave: resultados operatórios e comparação de *scores* de risco



Editorial comment on the article *Aortic valve replacement for severe aortic stenosis in octogenarians: Patient outcomes and comparison of operative risk scores*

Pedro Canas da Silva*

Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa, Portugal

Disponível na Internet a 8 July 2015

Comentário

Os autores apresentam casuística de centro único com a duração de cerca de sete anos (janeiro de 2003 a dezembro de 2010) de 106 octogenários submetidos a implantação cirúrgica de prótese biológica em posição aórtica por estenose valvular aórtica grave sintomática¹. De notar que apenas foi efetuada a substituição valvular aórtica dado terem sido excluídos da presente análise os doentes que apresentavam outras lesões valvulares ou doença coronária com indicação cirúrgica. Os objetivos do presente estudo foram avaliar os resultados desta população no que se refere à mortalidade total e algumas das complicações habitualmente associadas a esta intervenção, como os acidentes vasculares cerebrais (AVC), a necessidade de implantação de *pacemakers*, a hemodiálise transitória e apreciar a relevância e valor preditivo dos *scores* de risco habitualmente mais usados na definição do risco operatório dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca (*Euroscore* I, *Euroscore* II e STS)^{2,3}.

Parece claro que os resultados apresentados no que se refere a mortalidade (5,7%), AVC (1,9%) e necessidade de implantação de *pacemaker* (4,7%) não se afastam dos resultados apresentados em algumas das melhores séries publicadas⁴⁻⁶, o que deve constituir natural motivo de satisfação para os autores e não motivo de discussão. Provavelmente seria interessante comparar os resultados com população com maior risco e com patologias associadas. Tal foi efetuado numa publicação que mostrou os resultados de mais de 140 000 doentes englobados na base de dados da STS⁷. No entanto, é de referir que nessa análise baixo risco foi definido com *cut-off* de 4% sem desvio padrão podendo eventualmente envolver doentes com menor risco que os da casuística apresentada.

A população avaliada no presente trabalho apresenta risco cirúrgico baixo de acordo com as classificações comumente usadas nesta situação. Para este resultado concorre seguramente a exclusão de situações como doenças valvulares associadas ou doença coronária com indicação cirúrgica. É importante também notar que foram implantadas próteses biológicas com mediana de 21, sabendo-se do pior prognóstico associado a válvulas mais pequenas⁷.

A avaliação dos diversos *scores* de risco mostram boa relação para o *Euroscore* II e o STS, *scores* nos quais a idade tem valor relativo o que não acontece no *Euroscore* I no qual a idade assume peso muito importante.

DOI do artigo original: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2015.01.016>

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: pcanassilva@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2015.06.002>

0870-2551/© 2015 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

No entanto, o que parece mais relevante é que estes *scores* avaliam o risco de mortalidade precoce associada à cirurgia, mas nesta população de baixo risco 30 dias é seguramente pouco e, assim, deverão ser desenhados *scores* que respondam melhor às características destes doentes. Tal como os autores sublinham na discussão, será desejável desenhar *scores* que tenham em conta outros fatores não considerados nos atuais como a extensa calcificação da aorta (aorta de porcelana), insuficiência respiratória grave requerendo oxigenoterapia prolongada, cirrose hepática, deformação torácica ou pós-irradiação, imobilidade, demência (ou quadros mal definidos de demência *like*) e «fragilidade», embora conhecendo-se a dificuldade em definir estas situações^{8,9}. Também seria desejável incluir prazos de avaliação mais dilatados no tempo e não apenas o imediato ou a 30 dias. Parece claro que, por exemplo, o tempo de recuperação até atividade plena (evidentemente sobreponível à prévia cirurgia/substituição valvular) é muito importante numa população com esperança de vida reduzida¹⁰. O advento de alternativas sem recurso à esternotomia, permitindo menozar o internamento hospitalar e reduzindo a morbilidade associada a esta técnica, poderá vir a modificar a prática futura¹¹.

Parece clara a necessidade de melhorar a qualidade dos atuais *scores* para a avaliação do risco em doentes com estenose valvular aórtica, mesmo tendo em conta que os atuais (*Euroscore* II e STS) definem bem o risco da maioria dos doentes, mas não contemplam algumas situações que elevam significativamente o risco ou que podem mesmo constituir contra-indicação para a substituição valvular aórtica cirúrgica.

Bibliografia

1. Tralhão A, Teles R, Almeida M, et al. Aortic valve replacement for severe aortic stenosis in octogenarians: patients outcomes and operative risk score comparison. *Rev Port Cardiol.* 2015; 34.
2. Barili F, Pacini D, Capo A, et al. Does EuroSCORE II perform better than its original versions? A multicentre validation study. *Eur Heart J.* 2013;34(1):22–9.
3. Barili F, Pacini D, Capo A, et al. Reliability of new scores in predicting perioperative mortality after isolated aortic valve surgery: a comparison with the society of thoracic surgeons score and logistic EuroSCORE. *Ann Thorac Surg.* 2013;95(5):1539–44.
4. Filsoofi F, Rahmanian PB, Castillo JG, et al. Excellent early and late outcomes of aortic valve replacement in people aged 80 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:255–61.
5. Mack MC, Szerlip M, Herbert MA, et al. Outcomes of treatment of nonagenarians with severe aortic stenosis. *Ann Thorac Surg.* 2015, pii: S0003-4975(15)00253-2. doi: 10.1016/j.athoracsur.2015.02.045. [Epub ahead of print].
6. Brown JM, O'Brien SM, Wu C, et al. Isolated aortic valve replacement in North America comprising 108,687 patients in 10 years: changes in risks, valve types, and outcomes in the Society of Thoracic Surgeons National Database. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2009;137:82–90.
7. Thourani VH, Suri RM, Gunter RL, et al. Contemporary real-world outcomes of surgical aortic valve replacement in 141,905 low-risk, intermediate-risk, and high-risk patients. *Ann Thorac Surg.* 2015;99:5–61.
8. lung B, Cachier A, Baron G, et al. Decision-making in elderly patients with severe aortic stenosis: why are so many denied surgery? *Eur Heart J.* 2005;26:2714–20.
9. Bach DS, Siao D, Girard SE, et al. Evaluation of patients with severe symptomatic aortic stenosis who do not undergo aortic valve replacement: the potential role of subjectively overestimated operative risk. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2009;2:533–9.
10. Green P, Arnold SV, Cohen DJ, et al. Relation of frailty to outcomes after transcatheter aortic valve replacement (from the PARTNER trial). *Am J Cardiol.* 2015, pii: S0002-9149(15)01111-X. doi: 10.1016/j.amjcard.2015.03.061.
11. Panchal HB, Ladia V, Desai S, et al. A meta-analysis of mortality and major adverse cardiovascular and cerebrovascular events following transcatheter aortic valve implantation versus surgical aortic valve replacement for severe aortic stenosis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2009;137:82–90.