

Comentário ao artigo “ Complete or Culprit-Only Revascularization for Patients With Multivessel Coronary Artery Disease Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Pairwise and Network Meta-Analysis of Randomized Trials.”

Realizado por Carlos Galvão Braga, Cardiologista do Hospital de Braga

Complete or Culprit-Only Revascularization for Patients With Multivessel Coronary Artery Disease Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Pairwise and Network Meta-Analysis of Randomized Trials.

Elgandy IY, Mahmoud AN, Kumbhani DJ, Bhatt DL, Bavry AA. JACC Cardiovasc Interv. 2017 Feb 27;10(4):315-324. doi: 10.1016/j.jcin.2016.11.047.

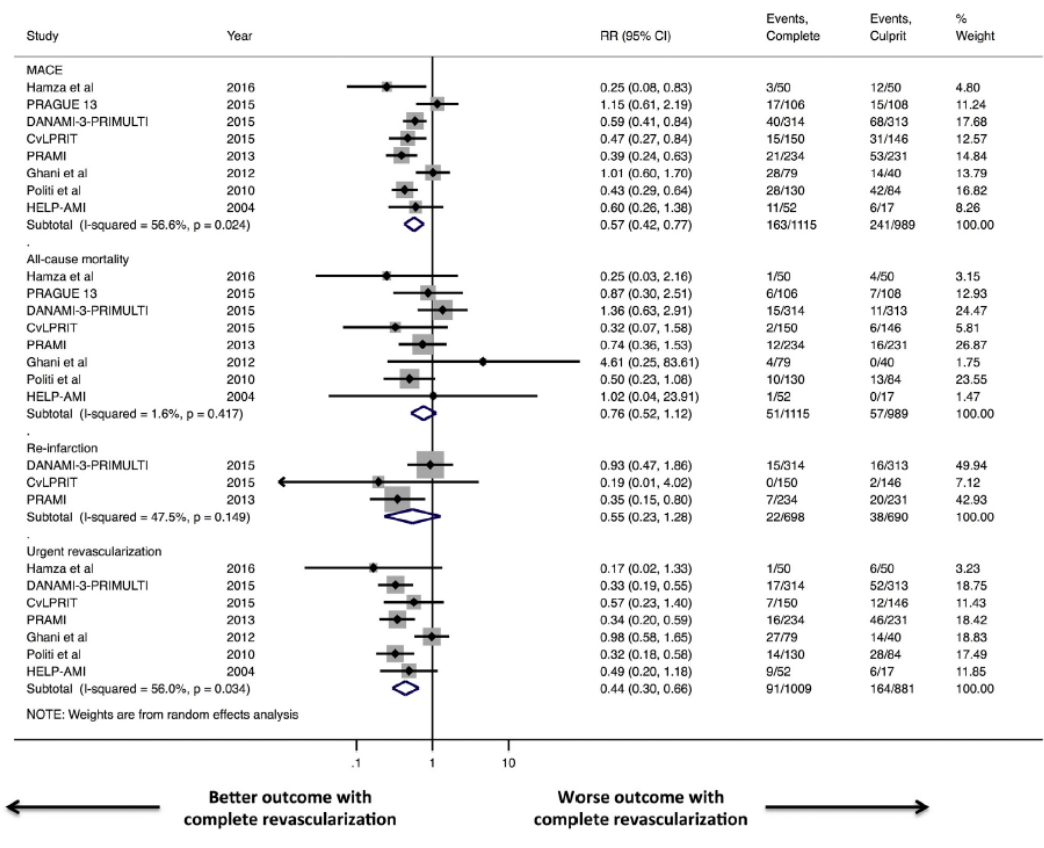
A escolha da melhor estratégia de revascularização nos doentes com enfarte agudo do miocárdio com elevação do segmento ST (EAMcEST) e doença coronária multivaso tem sido alvo de grande debate nos últimos anos.

As guidelines mais recentes da Sociedade Europeia de Cardiologia recomendam a realização de intervenção coronária percutânea (ICP) primária apenas da artéria culprit, com exceção do choque cardiogénico e da isquemia persistente, em que se admite uma revascularização multivaso emergente. Quanto às lesões não culprit, recomenda-se revascularizar de forma programada (dias ou semanas após a ICP primária), apenas na presença de sintomas ou isquemia documentada. 1,2

Algumas destas recomendações baseiam-se em estudos observacionais antigos, em que a revascularização multivaso durante a ICP primária se associou a piores resultados clínicos. 3,4 A publicação recente de estudos randomizados veio questionar estes achados 5-7; apesar disso, a utilidade e o timing da revascularização das lesões não culprit nos doentes com EAMcEST e doença multivaso continua ainda por esclarecer.

Este estudo visou comparar a revascularização apenas da artéria culprit versus a revascularização multivaso completa (incluindo as três estratégias possíveis: 1 - de forma imediata, durante a ICP primária; 2 - de forma programada, durante o internamento hospitalar; 3 - de forma programada, após a alta hospitalar) nos doentes com EAMcEST e doença coronária multivaso. Para isso, foi realizada uma meta-análise que incluiu 10 estudos clínicos randomizados publicados neste

contexto, com um total de 2285 pacientes. Ao contrário de outras meta-análises recentemente publicadas, nesta não foi incluído qualquer estudo observacional. A estratégia de revascularização completa (fosse de forma imediata, programada durante a hospitalização ou programada após a alta hospitalar) associou-se a uma diminuição do risco de MACE (14.6% vs. 24.4%; OR: 0.57; IC 95%: 0.42-0.77; $p < 0.0001$), sobretudo à custa da diminuição do risco de revascularização urgente (9.0% vs. 18.6%; OR: 0.44; IC 95%: 0.30-0.66; $p < 0.0001$). Na verdade, o risco de mortalidade de qualquer causa (4.5% vs. 5.8%; OR: 0.76; IC 95%: 0.52-1.12; $p = 0.17$) e de reenfarte agudo do miocárdio espontâneo (3.1% vs. 5.5%; OR: 0.54; IC 95%: 0.23-1.27; $p = 0.16$) foi semelhante entre os grupos, embora se tivesse verificado uma tendência para melhores resultados na revascularização completa (figura 1).



Summary plot for major adverse cardiac events, all-cause mortality, spontaneous reinfarction, and urgent revascularization in the pairwise meta-analysis. CI = confidence interval; CvLPRIT = complete versus lesion-only Primary PCI pilot study; DANAMI-3-PRIMULTI = third danish study of primary PCI in patients with ST-elevation myocardial infarction and multivessel disease: treatment of culprit lesion only or complete revascularization; HELP-AMI = HEPacoat for culPrut or multivessel stenting for acute myocardial infarction; MACE = major adverse cardiac event(s); PRAMI = preventive angioplasty in acute myocardial infarction; RR = risk ratio.

Figura 1. Resultados da meta-análise referentes ao impacto da estratégia de revascularização completa quanto à ocorrência de MACE, mortalidade de qualquer causa, reenfarte e revascularização urgente.

Os autores estimam que para chegar a uma conclusão definitiva relativamente aos endpoints duros (mortalidade e reenfarte) deveriam ser incluídos 4325 pacientes em cada braço, praticamente o quadruplo dos doentes incluídos nesta meta-análise. É importante salientar que o benefício atribuível à revascularização completa neste estudo se deveu à diminuição da revascularização urgente, fator que pode estar sujeito a vieses relacionados com o operador e o doente, uma vez que a presença de lesões não culprit por revascularizar era conhecida por ambos.

Quanto às diferentes estratégias de revascularização completa (1 - de forma imediata, durante a ICP primária; 2 - de forma programada, durante o internamento hospitalar; 3 - de forma programada, após a alta hospitalar), não se verificou qualquer diferença relativamente à mortalidade de qualquer causa ou à necessidade de revascularização urgente. Quanto ao risco de reenfarte, não foi possível estudar as diferenças entre as estratégias, devido ao número limitado de estudos incluído nesta análise. Também a análise dos endpoints de segurança (ocorrência de nefropatia de contraste, hemorragia major e trombose de stent; tempo de procedimento e volume de contraste usado) não foi efetuada, atendendo a ausência de dados suficientes para comparar as diferentes estratégias.

Na prática clínica, a decisão de revascularizar as lesões não culprit é habitualmente determinada pelo cardiologista clínico e pelo cardiologista de intervenção ou pela Heart Team, quando apropriado. A decisão de como, quando e quais as artérias coronárias que devem ou não ser revascularizadas, é individualizada, atendendo às características anatómicas das próprias lesões, ao território miocárdico em risco, aos sintomas, aos resultados dos testes de isquemia, à função sistólica ventricular esquerda, ao risco de complicações, à experiência do centro/operador, e à idade do paciente, comorbilidades e preferência.⁸ Muitas vezes, isto acaba por se refletir na adoção de uma estratégia ponderada, ou seja, na realização de uma revascularização multivaso parcial e não necessariamente numa revascularização completa. A integração de todos estes fatores é um processo complexo e praticamente impossível de avaliar num único estudo clínico randomizado, pelo que a definição de uma estratégia padronizada nestes doentes é, a meu ver, utópica.

Para clarificar o impacto da revascularização completa quanto à mortalidade e ao risco de reenfarte, resta-nos esperar pelos resultados do único estudo clínico

randomizado capacitado para tal, o estudo COMPLETE, que está a decorrer neste momento.

1. Kolh P, Windecker S. ESC/EACTS myocardial revascularization guidelines 2014. *Eur Heart J*. 2014;35(46):3235–6.
2. Cequier A. Comments on the 2014 ESC/EACTS guidelines on myocardial revascularization. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(2):92–7.
3. Kornowski R, Mehran R, Dangas G, et al. Prognostic impact of staged versus “one-time” multivessel percutaneous intervention in acute myocardial infarction: analysis from the HORIZONS-AMI (harmonizing outcomes with revascularization and stents in acute myocardial infarction) trial. *J Am Coll Cardiol* 2011;58:704–11.
4. Hannan EL, Samadashvili Z, Walford G, et al. Culprit vessel percutaneous coronary intervention versus multivessel and staged percutaneous coronary intervention for ST-segment elevation myocardial infarction patients with multivessel disease. *J Am Coll Cardiol Intv* 2010;3:22–31.
5. Wald DS, Morris JK, Wald NJ, Chase AJ, Edwards RJ, Hughes LO, et al. Randomized trial of preventive angioplasty in myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2013;369(12):1115–23.
6. Gershlick AH, Khan JN, Kelly DJ, Greenwood JP, Sasikaran T, Curzen N, et al. Randomized trial of complete versus lesion-only revascularization in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for stemi and multivessel disease: The CvLPRIT trial. *J Am Coll Cardiol*. 2015;65(10):963–72.
7. Engstrøm T, Kelbæk H, Helqvist S, Høfsten DE, Kløvgaard L, Holmvang L, et al. Complete revascularisation versus treatment of the culprit lesion only in patients with ST-segment elevation myocardial infarction and multivessel disease (DANAMI-3—PRIMULTI): an open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386(9994):665–71.
8. Galvão Braga C, Cid-Álvarez AB, Redondo Diéguez A, Trillo-Nouche R, Álvarez Álvarez B, López Otero D, et al. Multivessel Versus Culprit-only Percutaneous Coronary Intervention in ST-segment Elevation Acute Myocardial Infarction: Analysis of an 8-year Registry. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016. [Epub ahead of print]