

COMENTÁRIO A ARTIGO CIENTÍFICO



agosto 2023

Interventional Cardiology in cancer patients: A Position Paper from the Portuguese Cardiovascular Intervention Association and the Portuguese Cardio-Oncology Study Group of the Portuguese Society of Cardiology



Autor do Comentário a Artigo Científico:

Miguel Nobre Menezes

Médico Cardiologista e Assistente Hospitalar no Hospital de Santa Maria e no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa

Autores do Artigo Original:

Miguel Nobre Menezes, Marta Tavares da Silva, Andreia Magalhães, Bruno Melica, Júlia Cristina Toste, Rita Calé, Manuel Almeida, Manuela Fiuza, Eduardo Infante de Oliveira

Localização do artigo (DOI): [10.1016/j.repc.2023.04.013](https://doi.org/10.1016/j.repc.2023.04.013). *Online ahead of print.*

Objetivo dos investigadores e elementos metodológicos basilares:

1. Providenciar uma revisão sobre a temática da intervenção cardiovascular percutânea (coronária e estrutural) em doentes oncológicos.
2. Fornecer um conjunto de recomendações sobre a abordagem prática destes doentes, baseada na evidência e experiência prática dos autores, que são Cardiologistas de Intervenção, Cardiologistas com relevante experiência em Cardio-Oncologia, ou ambos.
3. Colmatar a notória lacuna de recomendações detalhadas sobre o tema existente na literatura internacional.



Mensagem-chave:

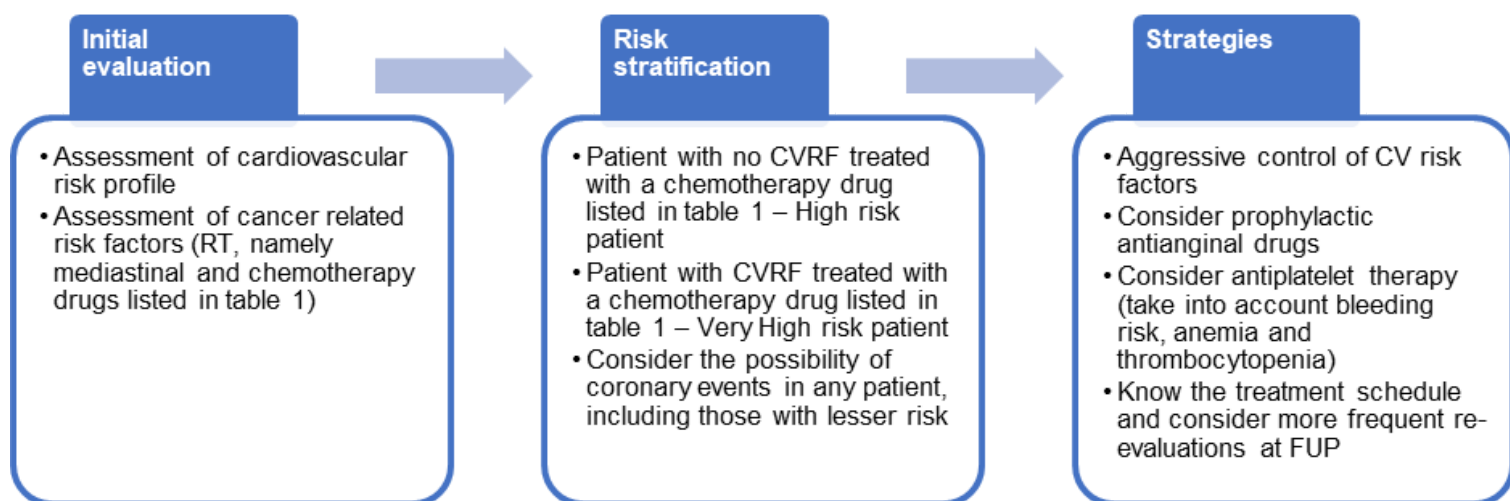
1) Doença coronária

1.1) Estratificação

O primeiro passo na abordagem da doença coronária no doente oncológico é a aferição de risco. Partindo das mesmas premissas que se aplicam à população geral, devem adicionalmente considerar-se fatores oncológicos específicos – localização do tumor primário e extensão da doença, bem como terapêuticas farmacológicas ou radioterapia específica, conforme a figura do artigo ilustra abaixo.

Destacam-se as fluoropirimidinas (5-FU, capecitabina), particularmente comuns nos tumores do trato gastrointestinal baixo, cujo risco de doença coronária clinicamente manifesta ronda os 10% em algumas séries. Assinala-se ainda a radioterapia mediastínica, pelo risco de doença tardia e não raras vezes ostial.

Da figura abaixo resulta claro que a maior parte dos doentes oncológicos sob terapêutica com potencial toxicidade coronária são classificados como pelo menos de alto risco. O artigo sumariza com uma tabela os mais relevantes fármacos.





1.2) Quando proceder a abordagem invasiva e revascularização

Não existindo regras bem definidas sobre como proceder nestes doentes, existe já volumosa evidência observacional que permite identificar fatores favoráveis e desfavoráveis à intervenção, com a clara noção de que o limiar para coronariografia diagnóstica e angioplastia podem ser muito diferentes. De um modo geral e simplificado (o artigo detalha em pormenor):

- São fatores oncológicos favoráveis a intervenção a presença de neoplasias da mama ou próstata, particularmente se localizadas e não metastáticas;
- São fatores oncológicos desfavoráveis a presença de neoplasia do pulmão e, em menor grau, cólon, particularmente na presença de doença localmente evoluída ou metástases;
- São fatores cardiovasculares favoráveis a presença de síndrome coronário agudo, anatomia crítica, disfunção ventricular esquerda ou sintomatologia severa (CCS \geq 3);
- São fatores cardiovasculares desfavoráveis a presença de síndrome coronário crónico, anatomia não crítica ou sintomatologia ligeira.

No síndrome coronário agudo sem supra desnivelamento de segmento ST, na ausência de instabilidade clínica, o timing de 24 horas para coronariografia deve ser aplicado de forma mais leniente, a fim de garantir o devido esclarecimento do contexto e prognóstico oncológico do doente, bem como caracterização de comorbilidades.

Em termos de modalidade de revascularização, pese embora a revascularização cirúrgica não deva ser rotineiramente negada a estes doentes, a fraca condição cirúrgica que não raras vezes apresentam torna a intervenção percutânea a estratégia geralmente mais adequada para estes casos.



1.3) Considerações práticas e técnicas sobre intervenção coronária percutânea no doente oncológico

Das diversas recomendações do documento, destacam-se as seguintes:

- Acesso radial preferencial, de forma mais enfática ainda que na população geral, face ao elevado risco hemorrágico do doente oncológico;
- *Drug-eluting stents* devem ser a norma como na população geral;
- Muito baixo limiar para o uso de imagem coronária para otimização de resultado;
- Baixo limiar para utilização de 1 mês de dupla antiagregação;
- Uso de *ticagrelor* e *prasugrel* deve ser individualizado e utilizado com parcimónia;
- Em caso de necessidade uso de DOAC (por FA concomitante), preferir os anti-Xa;
- Angioplastia de balão pode ser considerada para os doentes que não tolerem o mínimo de 1 mês de DAPT;
- Antecipar e caracterizar a anemia e trombocitopenia com o auxílio de outras especialidades, a fim de estar o mais preparado possível para mitigar os seus efeitos;
- Evitar a coronariografia diagnóstica se Hb < 7 g/dL e trombocitopenia < 10000 cél/uL;
- Evitar a angioplastia se Hb < 9-10 g/dL e trombocitopenia < 30000 cél/uL.

2) Intervenção estrutural

O artigo aborda sumariamente os três temas mais pertinentes no doente oncológico:

- Estenose aórtica: deve ser considerado o *screening* de doença a partir de 5 anos pós-radioterapia; a TAVI será a modalidade preferencial em doentes oncológicos, se expectativa de vida > 1 ano; a cirurgia será reservada para casos tecnicamente desfavoráveis para TAVI ou existência de outras patologias com indicação cirúrgica;
- Regurgitação mitral: estará indicada quando a expectativa de vida for > 1 ano, devendo, se possível, ocorrer de forma preferencialmente percutânea, como terapia definitiva ou ponto para tal; em caso de cirurgia, devem ser consideradas abordagens minimamente invasivas;
- Encerramento de apêndice auricular esquerdo: pese embora o menor grau de evidência no doente oncológico, devem ser considerados em doentes intolerantes a DOACs, nomeadamente em doentes com neoplasias gastrointestinais, particularmente suscetíveis aos efeitos hemorrágicos destes fármacos.

Por último, o documento aborda a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para estes doentes, defendendo a existência de uma *heart team* específica, com maior ou menor grau de complexidade, conforme a capacidade institucional local.