



ONDE APOSTAR: CONTROLAR O RITMO OU A FREQUÊNCIA CARDÍACA?

Roy D, Talajic M, Nattel S, Wyse DG, Dorian P, Lee KL, et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *N Engl J Med* 2008 Jun 19; 358 (25): 2667-77. Disponível em: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/358/25/2667> [acedido a 24/08/2008]

Introdução

A fibrilhação auricular (FA) e a insuficiência cardíaca (IC) são patologias frequentes, associadas a alta morbidade e mortalidade. A evidência disponível sugere que doentes com IC e FA têm pior prognóstico que aqueles em que se mantém ritmo sinusal e que a FA é um factor de risco independente para a morte.

Dados de 6 estudos não apoiam a estratégia de controlo de ritmo em doentes com FA. No entanto, destes, apenas uma minoria de doentes apresentava disfunção ventricular, pelo que pode não ser aplicável à generalidade dos doentes com IC.

Para determinar se a prevenção da FA melhora a sobrevida em doentes com IC, testou-se a hipótese de a manutenção de ritmo sinusal (controlo do ritmo) reduzir a mortalidade por causas cardiovasculares comparada com o controlo da frequência ventricular em doentes com FA e IC.

Métodos

Foi efectuado um ensaio multicêntrico, prospectivo, aleatorizado, no Canadá, Estados Unidos, Brasil, Argentina, Europa e Israel. Foram seleccionados doentes com fracção de ejeção do ventrículo esquerdo $\leq 35\%$, história de IC, história de FA e elegíveis para terapêutica de longo prazo em qualquer um dos grupos de estudo.

Foram excluídos doentes com FA persistente por mais de 12 meses, causa reversível de FA ou IC, descompensação de IC 48h antes, uso de anti-arrítmicos por outras arritmias, bloqueio auriculo-ventricular (AV) de 2º ou 3º grau, história de síndrome de QT longo, ablação prévia de um nódulo AV, previsão de transplante cardíaco dentro de 6 meses, insuficiência renal necessitando de diálise, mulheres em idade fértil sem contracepção, esperança de vida < 1 ano e idade inferior a 18 anos.

Os doentes foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos: controlo do ritmo e controlo de frequência. O primeiro grupo foi submetido a terapia agressiva para prevenir a FA. Recomendou-se cardioversão eléctrica seis semanas após a aleatorização em doentes que não obtiveram conversão a ritmo sinusal após terapêutica farmacológica. A amiodarona foi o fármaco de eleição e, ocasionalmente, usou-se sotalol ou dofetilide. Aqueles que não responderam aos anti-arrítmicos foram submetidos a terapêutica não farmacológica. O grupo de controlo da frequência foi tratado com beta-bloqueantes e digitálicos para uma frequência cardíaca (FC) alvo < 80 bpm em repouso e < 110 bpm numa prova de esforço. Recomendou-se abla-

ção do nódulo AV e *pacemaker* nos doentes que não atingiram a FC alvo com a terapêutica farmacológica.

Para a IC, foi recomendado em todos os doentes o tratamento com inibidores da enzima de conversão da angiotensina ou antagonistas dos receptores da angiotensina, anticoagulação e a dose máxima tolerada de beta-bloqueantes, assim como desfibrilhador implantável ou res-sincronização ventricular se necessário.

O *outcome* primário foi o tempo até à morte por causa cardiovascular. Os *outcomes* secundários foram: a morte por qualquer causa; acidente vascular cerebral (AVC); agravamento da IC; hospitalização; qualidade de vida; custo da terapêutica; e um resultado composto de morte por doença cardiovascular, AVC ou agravamento da IC.

Resultados

O estudo envolveu 1.376 doentes: 682 no grupo de controlo do ritmo e 694 no grupo de controlo da frequência. O seguimento médio foi de 37 meses, sendo perdido em 7% dos doentes. A idade média foi de 67 anos e 82% eram homens.

A prevalência de FA no grupo de controlo do ritmo foi 54% e diminuiu para 33% às 3 semanas, 17% aos 4 meses e foi de 27% aos 4 anos. No grupo de controlo da frequência, variou entre 59 e 70%. Durante o seguimento, 58% dos doentes no grupo de controlo do ritmo tiveram pelo menos uma recorrência de FA.

A morte de causa cardiovascular ocorreu em 182 doentes (27%) do grupo controlo do ritmo e 175 (25%) do grupo de controlo da frequência e as curvas de sobrevivência foram



sobreponíveis ao longo do estudo ($p=0,59$).

Quanto aos *outcomes* secundários, a proporção de doentes que necessitaram de ser hospitalizados foi maior no grupo de controlo do ritmo (64% *vs* 59%, $p=0,06$), bem como os que necessitaram de cardioversão eléctrica (59% *vs* 9%, $p<0,001$). Os restantes foram semelhantes em ambos os grupos. Falceram 445 doentes (32%), a uma taxa de cerca de 10% por ano (80% por causa cardiovascular).

Também não houve diferenças significativas a favor de qualquer das estratégias nos subgrupos pré-definidos.

Discussão

O uso rotineiro de uma estratégia de controlo do ritmo não reduziu a mortalidade por doenças cardiovasculares, quando comparado com a estratégia de controlo da frequência. Além disso, não houve diferença significativa nos *outcomes* secundários, nem evidência de redução da taxa de morte por causa cardiovascular em subgrupos específicos.

Os pontos fortes deste estudo são ter incluído uma amostra representativa da população internacional de doentes com FA e IC e ter comparado directamente a estratégia de controlo do ritmo com a de controlo da frequência especificamente em doentes com IC. Os resultados foram consistentes com outros estudos que não demonstraram benefício do controlo do ritmo na mortalidade ou morbidade em doentes com FA, a maioria dos quais sem IC.

No entanto, estes resultados não podem ser generalizados a doentes com IC e função ventricular preser-

vada, nos quais (principalmente nos idosos) a FA é frequente.

Vários factores podem explicar porque a estratégia de controlo de ritmo não reduz a mortalidade nos doentes com IC. O valor preditivo da FA em doentes com IC pode ser devido a características de prognóstico negativo que tornam a FA mais provável (por exemplo, má função ventricular, activação neuro-hormonal, estado inflamatório) em vez de um efeito independente da FA. O potencial efeito benéfico da manutenção de ritmo sinusal sobre a mortalidade pode ter sido neutralizado pelos efeitos adversos das terapias anti-arrítmicas usadas.

Não se confirmou nenhum dos benefícios enunciados da estratégia de controlo do ritmo. A estratégia de controlo da frequência eliminou a necessidade de cardioversão repetida e reduziu a taxa de hospitalização.

Em conclusão, os resultados deste estudo sugerem que o controlo da frequência deve ser considerado como primeira abordagem nos doentes com FA e ICC.

Comentário

Nos Cuidados de Saúde Primários somos frequentemente confrontados com doentes que apresentam simultaneamente IC e FA. É prática comum restaurar e manter ritmo sinusal nestes doentes. No entanto, já que o controlo do ritmo não provou os benefícios esperados (reduzir a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares), talvez valha a pena mudar a nossa conduta e apostar no controlo da frequência como abordagem de 1ª linha.

Marisa Casanova Dias
Centro de Saúde de Odivelas