

O que a diretriz americana (ACC/AHA) de valvopatias publicada em 2020 nos trouxe de novo sobre o manejo da estenose valvar aórtica?

Otto et al. 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Valvular Heart Disease. JACC 2020.

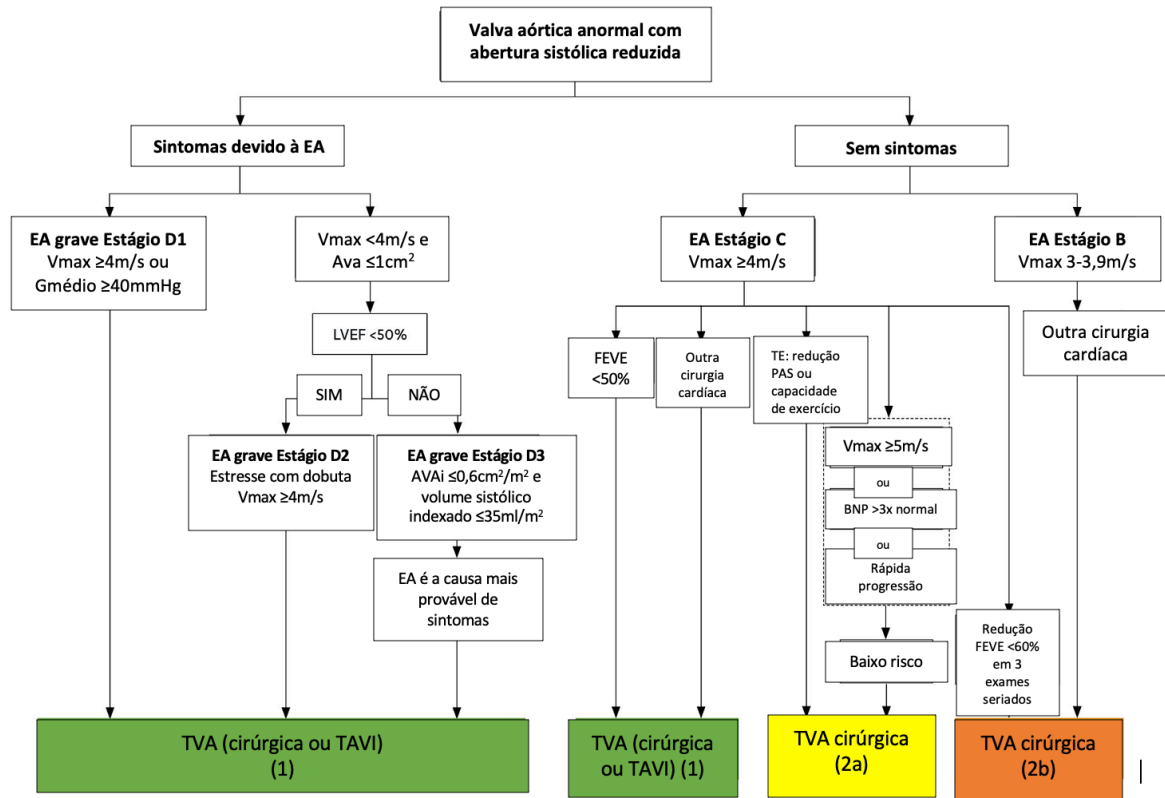
Estágios da estenose valvar aórtica (EA):

Estágio	Definição	Anatomia valvar	Hemodinâmica	Consequências hemodinâmicas	Sintomas
A	Em risco de EA	- Valva bicúspide (ou outras anomalias congênicas) - Esclerose valvar aórtica	Vmax <2m/s com mobilidade folhetos normais	Não	Não
B	EA progressiva	- Calcificação/fibrose dos folhetos leve a moderada/ valva bicúspide ou tricúspide com alguma redução na mobilidade sistólica ou - Alterações valvares reumáticas com fusão comissural	- EA leve: Vmax 2-2,9m/s ou Gmédio <20mmHg - EA moderada: Vmax 3-3,9m/s ou Gmédio 20-39mmHg	- Disfunção diastólica de VE pode estar presente - FEVE normal	Não
C	ES grave assintomática				
C1	ES grave assintomática	- Calcificação/fibrose de folhetos grave ou estenose congênita com abertura dos folhetos gravemente reduzida	- Vmax ≥4m/s ou Gmédio ≥40mmHg - AVA tipicamente ≤1cm ² (ou AVAi 0,6cm ² /m ²) - Muito grave: Vmax ≥5m/s ou Gmédio ≥60mmHg	- Disfunção diastólica de VE - Leve hipertrofia de VE - FEVE normal	- Não - Teste de exercício é razoável para confirmar o grau de sintomas
C2	EA grave assintomática com disfunção sistólica de VE	- Calcificação/fibrose de folhetos grave ou estenose congênita com abertura dos folhetos gravemente reduzida	- Vmax ≥4m/s ou Gmédio ≥40mmHg - AVA tipicamente ≤1cm ² (ou AVAi 0,6cm ² /m ²)	- FEVE <50%	- Não
D	EA grave sintomática				
D1	High gradient	- Calcificação/fibrose de folhetos grave ou estenose congênita com abertura dos folhetos gravemente reduzida	- Vmax ≥4m/s ou Gmédio ≥40mmHg - AVA tipicamente ≤1cm ² (ou AVAi 0,6cm ² /m ²) mas pode ser maior se EA combinada com regurgitação aórtica	- Disfunção diastólica de VE - Hipertrofia de VE - Hipertensão pulmonar pode estar presente	- Dispneia ao exercício, tolerância ao exercício reduzida ou IC - Angina ao exercício - Síncope ao exercício ou pré-síncope
D2	Low flow, low-gradient com FEVE reduzida	- Calcificação/fibrose de folhetos grave com mobilidade dos folhetos gravemente reduzida	- AVA ≤1cm ² com Vmax <4m/s ou Gmédio <40mmHg - Eco de estresse com dobutamina: AVA <1cm ² com Vmax ≥4m/s	- Disfunção diastólica de VE - Hipertrofia de VE - FEVE <50%	- IC - Angina - Síncope ou pré-síncope

D3	Low-gradient com FEVE normal ou Paradoxical low-flow	- Calcificação/fibrose de folhetos grave com mobilidade dos folhetos gravemente reduzida	- AVA $\leq 1\text{cm}^2$ (AVAi $\leq 0,6\text{cm}^2/\text{m}^2$) com Vmax $< 4\text{m/s}$ ou Gmédio $< 40\text{mmHg}$ E - Volume sistólico indexado $< 35\text{ml}/\text{m}^2$ - Medido quando paciente está normotenso (PAS $< 140\text{mmHg}$)	- Aumento da espessura da parede VE - VE pequeno com volume ejeção reduzido - Enchimento diastólico reduzido - FEVE $\geq 50\%$	- IC - Angina - Síncope ou pré-síncope
----	--	--	--	--	--

Recomendações e tempo de intervenção

Classe de recomendação	Nível de evidência	Recomendação
1	A	1. Em adultos com EA grave de alto gradiente (Estágio D1) e sintomas de dispneia ao exercício, insuficiência cardíaca, angina, síncope, ou pré-síncope pela história ou teste de exercício, troca valvar aórtica (TVA) é indicada
1	B	2. Em pacientes assintomáticos com EA grave e FEVE $< 50\%$ (Estágio C2), TVA é indicada 3. Em pacientes assintomáticos com EA (Estágio C1) que serão submetidos à cirurgia cardíaca por outras indicações, TVA é indicada 4. Em pacientes sintomáticos com EA grave low-flow, low-gradient com FEVE reduzida (Estágio D2), TVA é recomendada 5. Em pacientes sintomáticos com EA grave low-flow low-gradient com FEVE normal (Estágio D3), TVA é recomendada se a EA é a causa mais provável dos sintomas
2a	B	6. Em pacientes aparentemente assintomáticos com EA grave (Estágio C1) e baixo risco cirúrgico, TVA é razoável quando teste de exercício demonstra: diminuição da tolerância ao exercício ou queda da PAS $\geq 10\text{ mmHg}$ 7. Em pacientes assintomáticos com EA muito grave (Estágio C1) ($V_{\text{max}} \geq 5\text{ m/s}$) e baixo risco cirúrgico, TVA é razoável 8. Em pacientes aparentemente assintomáticos com EA grave e baixo risco cirúrgico, TVA é razoável quando o nível de BNP > 3 vezes o normal 9. Em pacientes assintomáticos com EA grave com alto gradiente (Estágio C1) e baixo risco cirúrgico, TVA é razoável quando testes seriados mostram aumento da velocidade $\geq 0,3\text{m/s}$ por ano
2b	B	10. Em pacientes assintomáticos com EA grave com alto gradiente (Estágio C1) e progressiva diminuição na FEVE em pelo menos 3 exames de imagem seriados para $< 60\%$, TVA pode ser considerada
2b	C	11. Em pacientes com EA moderada (Estágio B) que são submetidos à cirurgia cardíaca por outras indicações, TVA pode ser considerada



Recomendações para escolha de prótese mecânica versus biológica

Classe de recomendação	Nível de evidência	Recomendação
1	C	1. Escolha da prótese valvar deve ser baseada em um processo de tomada de decisão conjunta que leva em conta preferências do paciente, indicações e riscos da terapia anticoagulante e a necessidade potencial e os riscos associados à reintervenção valvar. 2. Se terapia anticoagulante com antagonista da vitamina K é contra-indicada, não pode ser administrada de forma adequada ou não é desejada, recomenda-se prótese biológica.
2a	B	3. Em pacientes <50 anos sem contra-indicação para anticoagulação, prótese mecânica é razoável 4. Em pacientes entre 50-65 anos sem contra-indicação para anticoagulação, escolha individualizada é razoável 5. Em pacientes > 65 anos, prótese biológica é razoável
2b	B	6. Em pacientes <50 anos que preferem prótese biológica e com anatomia adequada, substituição por autoenxerto pulmonar (procedimento de Ross) pode ser considerado

Recomendações para escolha de Cirurgia de troca valvar cirúrgica ou TAVI

Classe de recomendação	Nível de evidência	Recomendação
1	A	1. EA grave sintomática e assintomática em pacientes <65 anos ou expectativa de vida > 20 anos, cirurgia é recomendada

		<p>2. EA grave sintomática em pacientes entre 65-80 anos, sem contra-indicação anatômica para TAVI transfemoral, cirurgia ou TAVI transfemoral é recomendado</p> <p>3. EA grave sintomática em paciente > 80 anos ou expectativa de vida <10 anos e sem contra-indicação anatômica para TAVI transfemoral, TAVI transfemoral é recomendado</p>
1	B	<p>4. EA grave assintomática + LVEF <50% em paciente ≤ 80 anos e sem contra-indicação anatômica para TAVI transfemoral, decisão deve seguir o mesmas recomendações que para pacientes sintomáticos</p> <p>5. EA grave assintomática + teste de esforço anormal, EA muito grave, progressão rápida, ou BNP elevado, cirurgia é recomendada</p>
1	A	<p>6. Se prótese biológica é preferida, mas TAVI transfemoral não é viável, cirurgia é recomendada</p> <p>7. EA grave sintomática em paciente de qualquer idade com risco cirúrgico alto ou proibitivo, TAVI é recomendado se expectativa de vida pós-TAVI > 1ano com qualidade de vida aceitável</p>
1	C	<p>8. EA grave sintomática em pacientes com expectativa de vida pós-TAVI ou cirurgia < 1 ano ou melhora mínima na qualidade de vida, cuidados paliativos são recomendados</p>
2b	C	<p>9. Em pacientes gravemente enfermos com EA grave, a valvoplastia percutânea com balão pode ser considerada como ponte para cirurgia ou TAVI.</p>