

Implante - Explante - Infecção. Pontos de vista de EUA-França

Bernard Dodinot (*)

REBRAMPA 78024-68

Entre Nashville e Nancy há apenas algumas horas de vôo. Com uma boa pesquisa de preço a viagem custa menos do que um vôo Nancy-Nantes. Entretanto, o confronto de opiniões faz a viagem valer a pena. Parece-nos oportuno dar a conhecer a posição de nossos colegas norte-americanos sobre alguns pontos: técnicas de implante, explante e infecção. As opiniões dos nossos colegas do outro lado do Atlântico diferem com freqüência das nossas, tornando o confronto interessante.

Subclávia - Bipolar - 23 horas e 59 minutos de hospitalização no máximo...

Nossos colegas norte-americanos, inclusive os líderes de opinião, preferem o recurso da punção da veia subclávia para a introdução do eletrodo. Somente os mais antigos, com formação freqüentemente cirúrgica, preferem a dissecação da veia cefálica. O ganho de tempo é o argumento mais usado para justificar essa conduta, sendo que a veia cefálica é desconhecida pela maioria dos centros de destaque. Os eletrodos são quase sempre bipolares, tanto no átrio como no ventrículo; preferem também a fixação ativa no átrio.

O implante é feito freqüentemente de forma ambulatorial.

Belott, o primeiro a utilizar uma única punção da veia subclávia para introduzir dois eletrodos, dá alta hospitalar a seus pacientes algumas horas após a colocação. Mesmo quando considera necessário um período maior de observação do paciente, esforça-se para que a hospitalização não ultrapasse um dia (menos de 23 horas e 59 minutos).

Dada a baixa incidência de pneumotórax, o controle depois da punção subclávia não é mais feito de forma sistemática. O paciente geralmente é visto no dia seguinte ao implante "ambulatorial".

A hospitalização muito curta é uma prioridade nos EUA. A economia se dá, talvez, pela otimização do sistema de pagamento do seguro-saúde: se o pacote engloba um reembolso do marcapasso, honorários médicos e hospitalização, pode-se escolher o marcapasso ideal para o paciente, ser corretamente remunerado pelos serviços médicos e trabalhar com economia na parte hospitalar. Esta é provavelmente uma hipótese tendenciosa, pois é bem possível que a economia seja feita de forma sistemática, sem nenhuma segunda intenção.

Estas considerações não são prioritárias na França, onde o implante ambulatorial é excepcional. Médico e paciente preferem reservar ao menos 24 horas para o controle pós-operatório e, por vezes mais, como no caso de pacientes idosos. A hospitalização é prolongada mais por razões de enfermagem do que para assegurar uma vigilância, já que os deslocamentos de eletrodo são excepcionais na França. Seria possível, com toda a certeza, reduzir o custo da cirurgia, adotando a atitude norte-americana, sem que isso implicasse em qualquer risco em particular para a maioria dos nossos pacientes. O implante ambulatorial é praticado em alguns centros da Alemanha, o que reforça a conduta norte-americana.

Centros de explante

As extrações do eletrodo são freqüentes nos EUA. Excluída a infecção, os problemas de eletrodos pa-

(*) Editor da Revista Stimucoeur e Responsável pelo Centro de Estimulação Cardíaca Artificial do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Nancy - França.

Endereço: 1, Rue Del-Air 54.520 Laxou -France

Artigo publicado na Revista Stimucoeur, Tome 22, nº 2, 1994.

recem mais comuns nos EUA do que na França. Um eletrodo defeituoso é freqüentemente retirado em Miami ou em São Francisco. Nos centros franceses, na ausência de infecção, ele é geralmente abandonado. A tendência de sugerir que os problemas norte-americanos estariam ligados a uma técnica ruim (punção da veia subclávia) e a eletrodos ruins (bipolares) não é uma boa explicação.

O problema da técnica de implante permanece na ordem do dia nos EUA. Melhorias no processo de punção subclávia são postas em evidência para evitar que os eletrodos sejam "esmagados" entre a clavícula e a primeira costela. Há provavelmente um pouco de verdade na explicação a que nos referimos há pouco: não fosse a veia cefálica tão desconhecida pelos norte-americanos, muitos desses aborrecimentos seriam evitados.

Participamos de uma mesa redonda em que os outros dois convidados (100% a favor da técnica por punção da veia subclávia) tinham uma experiência que contabilizava 200 extrações de eletrodos, contrastando com algumas dezenas de extrações feitas nos centros franceses mais ativos nesse assunto. O recorde foi batido pela equipe de Byrd, em Miami Plage, verdadeiro centro de explante, com mais de 400 casos realizados. O kit de Byrd, de reputação internacional, foi idealizado por este grande extrator de eletrodos.

A criação de centros de extração de eletrodos é uma boa solução. Apenas uma prática intensiva da técnica permite chegar a bons resultados. Na França, em menor escala, nosso amigo Wihlm de Strasbourg, é quem mais e melhor manipula, em nossa opinião, o kit de Byrd. Além da sua qualidade de extrator, ele tem a vantagem de ser um cirurgião torácico e em casos de falha da técnica convencional, pode passar a uma abordagem mais agressiva e fazer uma cirurgia corretiva.

Em Nancy temos o hábito de ser muito rígidos em caso de endocardite e marcapasso. Nossa conduta consiste na retirada do material por tração manual ou, em caso de resistência, pelo kit de Byrd, na ausência de vegetações (o processo é bem caro e muitas vezes inútil). Se o ecocardiograma esofágico mostrar vegetações, realizamos uma circulação extracorpórea.

Após a extração do eletrodo, procedemos ao reimplante que, se possível, é endocavitário, feito depois de três semanas de antibioticoterapia e sem estimulação temporária, para evitar qualquer contaminação. Essa estratégia é difícil de ser realizada em pacientes dependentes da estimulação. O paciente deve permanecer obrigatoriamente monitorizado, com uma perfusão de Isoproterenol, que não é confiável como uma estimulação temporária.

O custo do tratamento é alto e a circulação extracorpórea é boa para controlar o processo infeccioso mas, ainda que possa deter este processo, pode matar um paciente frágil.

Charles Byrd é menos rígido, mas sem dúvida mais eficaz. A extração é feita sistematicamente com estimulação temporária. Ele não teme uma contaminação de continuidade e prefere a segurança dessa estimulação ao risco do uso do Isoproterenol. Se as vegetações são de pequeno calibre, a extração manual é feita depois de alguns dias de antibioticoterapia intensiva. Se volumosas, ele as extirpa sem circulação extracorpórea, através de uma bolsa feita na aurícula direita. Essa mesma técnica, menos perigosa do que a circulação extracorpórea, é também executada quando a extração por via alta ou baixa é impossível e a retirada do material, imperativa.

Não é praxe em Miami a espera das três semanas regulamentares para o reimplante como na França. A recolocação do novo material é efetuada depois de três dias sem ocorrência de febre. Quando a extração é cirúrgica, a duração de internação hospitalar é curta, no máximo uma semana, e de dois a três dias quando a extração é manual. A antibioticoterapia é mantida a domicílio. Apesar das transgressões das recomendações dos infectologistas franceses, a cura é obtida a um custo bem menor do que na França, sobretudo quando uma circulação extracorpórea é realizada.

A antibioticoterapia profilática após o implante é usada com rigor nos EUA, notadamente nos grandes centros que têm uma atividade importante de extração. A maior parte dos eletrodos extraídos nesses grandes centros foram implantados em outros menos dotados. Nos Estados Unidos, assim como na França, um implante rápido, feito por uma equipe bem experimentada, é a melhor prevenção da infecção secundária.

Endocardite, Marcapasso e Prótese Valvular

Um dilema bastante complexo, mas não excepcional, consiste na ocorrência de uma septicemia em um sujeito que tem o "privilégio" de ser dotado de uma prótese valvular e um marcapasso. É preciso proceder à retirada de todo o material, o que implica obrigatoriamente numa circulação extracorpórea, ou deve-se contentar com a retirada seletiva de um ou outro?

O recurso da ecocardiografia transesofágica pode ajudar na decisão. Se as vegetações são encontradas sobre os eletrodos e a válvula, a dupla extração se impõe. Se a válvula é manifestamente a responsável pela infecção, podemos nos contentar em substituí-la, sendo possível manter o marcapasso, principalmente se o paciente for dependente da estimulação. Se, ao contrário, o marcapasso for o único respon-

sável, a extração pode se limitar ao estimulador, evitando assim a circulação extracorpórea. As hesitações diagnósticas e terapêuticas são freqüentes e a decisão é mais difícil de ser tomada quanto maior o número de responsáveis pelo caso.

No momento em que encerramos estas linhas,

acabamos de realizar uma extração de uma válvula mitral, manifestamente infectada. Um exame do marcapasso, durante a cirurgia, confirmou que não havia contaminação macroscópica no seu sistema. Essa é, entretanto, uma daquelas ocasiões em que é muito difícil ser taxativo.

**XV CONGRESSO INTERAMERICANO DE
CARDIOLOGIA**

XV INTERAMERICAN CONGRESS OF CARDIOLOGY

**XV CONGRESO INTERAMERICANO DE
CARDIOLOGIA**

**XXXII CONGRESSO CHILENO DE CARDIOLOGIA Y
CIRUGIA CARDIOVASCULAR**

**IV CONGRESS INTERNATIONAL SOCIETY FOR
HEART RESEARCH (LATIN SECTION)**

**XIX SESSIONS OF NURSING IN CARDIOLOGY AND
CARDIOVASCULAR SURGERY**

**VI SESSIONS OF KINESIOLOGY IN CARDIOLOGY
AND CARDIOVASCULAR SURGERY**

DECEMBER/DEZEMBRO 6 A 9, 1995

SANTIAGO - CHILE