

GLI ITALIANI ALL'ESTERO

Gli italiani all'estero

G Ital Aritmol Cardioslim 2004;1:54-59

Riviste consultate:

American Heart Journal; American Journal of Cardiology; Circulation; Europace; European Heart Journal; Heart; Journal of American College of Cardiology; Journal of Cardiovascular Electrophysiology; PACE (dicembre 2003-febbraio 2004)

Traduzioni a cura di:

Nicola Bottoni, Fabio Quartieri

Comparazione dell'effetto in acuto della stimolazione ventricolare destra e sinistra nei pazienti con fibrillazione atriale permanente

E. Puggioni, M. Brignole, M. Gammage, E. Soldati, M.G. Bongiorno, E.N. Simantirakis, P. Vardas, F. Gadler, L. Bergfeldt, C. Tomasi, G. Musso, G. Gasparini, A. Del Rosso

LAVAGNA, PISA, REGGIO EMILIA, IMPERIA, MESTRE, FUCECCHIO, ITALIA;

BIRMINGHAM, UK; HERAKLION, GRECIA; STOCCOLMA, SVEZIA

Obiettivi. Abbiamo testato l'ipotesi che la stimolazione ventricolare sinistra (LV) sia superiore a quella destra apicale (RV) nei pazienti sottoposti ad ablazione del giunto atrioventricolare (AV) e a impianto di pacemaker per fibrillazione atriale permanente.

Background. Il potenziale beneficio del pacing LV e RV deve essere valutato senza l'effetto confondente di altre variabili che possono influenzare la performance cardiaca.

Metodi. È stata eseguita su 44 pazienti una comparazione intrapaziente in acuto dell'ampiezza del QRS e dei parametri ecocardiografici tra pacing RV e LV entro 24 ore dall'ablazione. Entrambe le modalità di stimolazione sono state comparate con i valori preimpianto.

Risultati. Rispetto al pacing RV, la stimolazione LV ha determinato un incremento della frazione di eiezione (FE) pari al 5,7% e un decremento del rigurgito mitralico (MR) pari al 16,7%; l'ampiezza del QRS è risultata più breve del 4,8% con il pacing LV. Risultati simili sono stati osservati sia nei pazienti con o senza disfunzione sistolica sia in quelli con o senza blocco di branca sinistro preesistente, ad eccezione di un più marcato miglioramento della MR in quest'ultimo gruppo. Rispetto ai valori preablazione, la FE si è incrementata dell'11,2% e del 17,6% con il pacing RV e LV, rispettivamente; la MR si è ridotta dello 0% e del 16,7%; il tempo di riempimento diastolico si è incrementato del 12,7% e del 15,6%.

Conclusioni. La sola regolarizzazione del ritmo cardiaco ottenuta con Ablate & Pace si è rivelata in grado di migliorare la FE sia durante pacing ventricolare destro che sinistro; quest'ultimo ha determinato un modesto ma favorevole effetto emodinamico che si è tradotto in un ulteriore incremento della FE e in una riduzione del rigurgito mitralico. Tali effetti sono risultati simili sia nei pazienti con funzione sistolica conservata o meno sia in quelli con blocco di branca sinistro preesistente o meno.

J Am Coll Cardiol 2004;43:234-238

Efficacia a lungo termine della terapia di resincronizzazione cardiaca in pazienti con scompenso cardiaco refrattario e QRS stretto

A. Achilli, M. Sassara, S. Ficili, D. Pontillo, P. Achilli, C. Alessi, S. De Spirito, R. Guerra, N. Patrino, F. Serra

VITERBO E ALBANO LAZIALE

Obiettivi. Scopo dello studio è stato quello di valutare l'efficacia della terapia di resincronizzazione cardiaca (TRC) in pazienti con scompenso cardiaco refrattario (SC) e blocco di branca sinistro incompleto (QRS stretto), associato all'evidenza ecocardiografica di asincronia intra- e interventricolare.

Presupposti. La TRC si è dimostrata efficace nei pazienti con scompenso cardiaco e QRS largo nel miglioramento dell'asincronia di contrazione.

Metodi. Cinquantadue pazienti con SC grave sono stati sottoposti a impianto di pacemaker biventriolare. I pazienti erano eleggibili per la presenza di evidenza di asincronia intra- e interventricolare, indipendentemente dalla durata del QRS. La popolazione dello studio è stata divisa in gruppo 1 (n = 38), con una durata del QRS >120 msec, e gruppo 2 (n = 14), con durata del QRS ≤120 msec.

Risultati. I parametri di base considerati nello studio erano simili in entrambi i gruppi. Al follow-up, la TRC ha determinato un restringimento del QRS nell'intera popolazione del gruppo 1 (p <0,001), mentre è stato osservato un lieve incremento della durata del QRS nel gruppo 2 (p = NS); in tutti i pazienti e in entrambi i gruppi abbiamo osservato un miglioramento della classe funzionale New York Heart Association (p <0,001 in tutti); della frazione d'eiezione ventricolare sinistra (p <0,001 in tutti); del diametro telediastolico e telesistolico ventricolare sinistro (p <0,05 tra i gruppi); dell'area di rigurgito mitralico (p <0,001 in tutti); del ritardo interventricolare (p <0,001 in tutti) e del tempo di decelerazione (gruppo 1: p <0,001; gruppo 2 p <0,05) senza differenza significativa tra i due gruppi. Il test del cammino per 6 minuti è migliorato in entrambi i gruppi (gruppo 1: p <0,001; gruppo 2 p <0,01).

Conclusioni. La TRC ha determinato un beneficio clinico e funzionale simile nei pazienti con QRS largo o "stretto". La TRC potrebbe essere utile nei pazienti con evidenza ecocardiografica di asincronia intra- e interventricolare e blocco di branca sinistro incompleto.

J Am Coll Cardiol 2003;42:2117-2124

Caratterizzazione clinica delle sincopi riflesse neuromediate

P. Alboni, M. Brignole, C. Menozzi, A. Raviele, A. Del Rosso, M. Dinelli, K. Bettiol, N. Bottoni, A. Solano

CENTO, LAVAGNA, REGGIO EMILIA, MESTRE, FUCECCHIO

Scopi. Le caratteristiche cliniche delle varie tipologie di sincopi riflesse neuromediate non sono mai state sistematicamente valutate e paragonate. Abbiamo voluto stimare e comparare le varie tipologie di sincopi riflesse neuromediate.

Metodi e risultati. Sono stati valutati prospetticamente 461 pazienti con sincope, 280 dei quali avevano avuto una sincope riflessa neuromediata. Ciascun paziente è stato intervistato utilizzando un questionario standardizzato. La causa di sincope è stata assegnata utilizzando dei criteri diagnostici standardizzati. Sono state diagnosticate una sincope vasovagale tipica in 39 pazienti, una sincope situazionale in 34, una sincope senocarotidea in 34, una sincope tilt-indotta in 142 e una sincope neuromediata complessa (risposta positiva sia al tilt test che al massaggio dei seni carotidei) in 31. Le caratteristiche cliniche delle sincopi situazionali, senocarotidee, tilt-indotte e neuromediate complesse erano simili. In contrasto, la sincope vasovagale tipica si differenziava dalle altre sincopi neuromediate non solo riguardo i fattori precipitanti (paura, forte emozione, ecc.), che costituivano i criteri diagnostici predefiniti, ma anche per una varietà di caratteristiche cliniche (minore età e prevalenza di cardiopatia strutturale, maggiore prevalenza di prodromi, maggiore durata dei prodromi, più alta prevalenza di sintomi durante la fase di recupero e minore prevalenza di traumi).

Conclusioni. La caratterizzazione clinica delle sincopi riflesse neuromediate dimostra una sostanziale sovrapposizione tra le varie tipologie. Quando i segnali neuronali afferenti sono localizzati a livello corticale come nella sincope vasovagale tipica, però, i sintomi sono più frequenti e di maggiore durata.

Europace 2004;6:55-62

Efficacia riproducibile di una dose di carico orale di propafenone nello ristabilire il ritmo sinusale in pazienti con fibrillazione atriale parossistica

A. Capucci, G.Q. Villani, M.F. Piepoli

PIACENZA

Questo è il primo studio che dimostra la riproducibilità di un carico orale di propafenone per la conversione della fibrillazione

atriale parossistica in pazienti senza significativa cardiopatia o ipertensione arteriosa. Tali riscontri possono supportare lo sviluppo di una strategia di trattamento tipo "pillola in tasca" in tale gruppo di pazienti.

Am J Cardiol 2003;92:1345-1347

Trattamento con defibrillatore impiantabile per la prevenzione della morte cardiaca improvvisa in pazienti con cardiomiopatia/displasia aritmogena del ventricolo destro

D. Corrado, L. Leoni, M.S. Link, P. Della Bella, F. Gaita, A. Curnis, J. Uriarte Salerno, D. Iqbal, A. Raviele, M. Disertori, G. Zanolto, R. Verlato, G. Vergara, P. Delise, P. Turrini, C. Basso, F. Naccarella, F. Maddalena, N.A.M. Estes III, G. Buja, G. Thiene
PADOVA, BOSTON, MILANO, TORINO, BRESCIA, VARESE, MESTRE, TRENTO, VERONA, CAMPOSAMPIERO, ROVERETO, CONEGLIANO, BOLOGNA

Presupposti. La cardiomiopatia/displasia aritmogena del ventricolo destro (ARVC/D) è una condizione associata a un rischio di morte improvvisa (MI).

Metodi e risultati. Abbiamo condotto uno studio multicentrico sull'impatto del defibrillatore impiantabile (ICD) nella prevenzione della MI in 132 pazienti (93 maschi e 39 femmine; età 40 ± 15 anni) con ARVC/D. L'indicazione all'impianto era rappresentata da una storia di arresto cardiaco in 13 pazienti (10%), da tachicardia ventricolare sostenuta in 82 (62%), da sincope in 21 (16%) e da altre in 16 (12%). Durante un follow-up medio di 39 ± 25 mesi, 64 pazienti (48%) hanno avuto un intervento appropriato dell'ICD, 21 (16%) hanno avuto un intervento inappropriato e 19 (14%) hanno avuto una complicanza correlata all'ICD. Cinquantatré (83%) dei 64 pazienti con intervento appropriato assumevano un trattamento antiaritmico al momento della scarica dell'ICD. La stimolazione ventricolare programmata era di scarso valore nell'identificare i pazienti a rischio di tachiaritmie durante il follow-up (valore predittivo positivo 4%, valore predittivo negativo 54%). Quattro pazienti (3%) sono morti e 32 pazienti (24%) hanno avuto una fibrillazione/flutter ventricolare che sarebbe stata con molta probabilità fatale in assenza del dispositivo. A 36 mesi il tasso di sopravvivenza dei pazienti era del 96%, con un tasso di sopravvivenza libera da fibrillazione/flutter ventricolare del 72% ($p < 0,001$). I pazienti che sono stati impiantati a causa di una tachicardia ventricolare senza compromissione emodinamica hanno avuto un'incidenza di fibrillazione/flutter ventricolare significativamente inferiore (log rank = 0,01). Una storia

di arresto cardiaco o tachicardia ventricolare con compromissione emodinamica, giovane età e coinvolgimento del ventricolo sinistro erano fattori predittivi indipendenti di fibrillazione/flutter ventricolare.

Conclusioni. In pazienti con ARVC/D l'impianto di ICD ha determinato una protezione salvavita interrompendo efficacemente aritmie ventricolari pericolose per la vita. I pazienti che sono maggiormente predisposti a fibrillazione/flutter ventricolare possono essere identificati sulla base della presentazione clinica e non dall'esito della stimolazione ventricolare programmata.

Circulation 2003;108:3084-3091

L'attività sportiva incrementa il rischio di morte improvvisa negli adolescenti e giovani adulti?

D. Corrado, C. Basso, G. Rizzoli, M. Schiavon, G. Thiene
PADOVA

Obiettivi. Abbiamo voluto valutare il rischio di morte improvvisa (MI) in atleti di sesso maschile e femminile di età compresa fra 12 e 35 anni.

Presupposti. Sono poco noti i rischi di MI in adolescenti e giovani adulti impegnati nello sport.

Metodi. Abbiamo condotto uno studio prospettico di coorte di 21 anni di tutta la popolazione giovanile della regione Veneto, Italia. Dal 1979 al 1999 la popolazione di adolescenti e giovani adulti era di 1.386.600 (692.100 maschi e 694.500 femmine), dei quali 112.790 (90.690 maschi e 22.100 femmine) erano atleti agonisti. È stata effettuata un'analisi per sesso del rischio di MI e dei sottostanti substrati patologici nella popolazione di atleti e in quella dei non atleti.

Risultati. Si sono verificati 300 casi di MI che ha prodotto un'incidenza generale nella coorte di 1 per 100.000 abitanti per anno. Cinquantacinque morti improvvise sono avvenute tra gli atleti (2,3 su 100.000 per anno) e 245 tra i non atleti (0,9 su 100.000 per anno) con un rischio relativo (RR) stimato di 2,5 (intervallo di confidenza [IC] al 95% 1,8-3,4; $p < 0,0001$). Il RR di MI tra gli atleti contro i non atleti era 1,95 (IC 1,3-2,6; $p = 0,0001$) per i maschi e 2,00 (IC 0,6-4,9; $p = 0,15$) per le femmine. Il rischio maggiore di MI negli atleti era correlato fortemente a una cardiopatia sottostante come ad esempio un'anomalia coronarica congenita (RR 79, IC 10-3,564; $p < 0,0001$), una cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro (RR 5,4, IC 2,5-11,2; $p < 0,0001$) e una coronaropatia precoce (RR 2,6, IC 1,2-5,1; $p = 0,008$).

Conclusioni. L'attività sportiva negli adolescenti e giovani adulti

si è associata a un incremento del rischio di MI, sia nei maschi sia nelle femmine. Lo sport, di per sé, non è stato causa di incremento di mortalità, ma ha innescato la MI in quegli atleti affetti da condizioni cardiovascolari predisponenti ad aritmie ventricolari pericolose per la vita durante attività fisica.

J Am Coll Cardiol 2003;42:1959-1963

Effetto antiaritmico degli acidi grassi omega 3: dall'epidemiologia alla clinica

R. De Caterina, R. Madonna, R. Zucchi, M.T. La Rovere

CHIETI, PISA, MONTECANO

Gli acidi grassi poliinsaturi omega 3 stanno emergendo come mezzo sicuro ed efficace per ridurre la morte improvvisa dopo infarto acuto del miocardio. Tale revisione raccoglie i presupposti epidemiologici per l'utilizzo degli acidi grassi omega 3 con tale indicazione, i trial clinici eseguiti e i dati sperimentali che supportano la loro efficacia antiaritmica.

Am Heart J 2003;146:420-430

Test del cammino a frequenza cardiaca crescente in pazienti con stimolazione cardiaca bicamerale e funzione ventricolare sinistra normale o depressa

A. Ferro, C. Duilio, M. Santomauro, A. Cuocilo

NAPOLI, POZZILLI

Presupposti. Questo studio si focalizza sul ruolo della frequenza cardiaca sulla gittata cardiaca (GC) a riposo e durante test del cammino in pazienti con stimolazione cardiaca bicamerale e funzione ventricolare sinistra (VS) normale o depressa.

Metodi e risultati. In 9 pazienti con frazione d'eiezione (FE) <50% (gruppo A) e in 7 pazienti con FE >50% (gruppo B) sono stati valutati i parametri emodinamici a riposo e durante tre test del cammino di 6 minuti randomizzati a una frequenza cardiaca fissa di 70, 90 e 110 battiti al minuto. Tutti i pazienti avevano uno stimolatore bicamerale per un blocco atrioventricolare completo. La funzione ventricolare sinistra è stata monitorata mediante un sistema radioisotopico. Nel gruppo A, incrementando la frequenza cardiaca da 70 a 110, la GC non si è modificata sia a riposo sia durante test del cammino, mentre il volume telesistolico (VT) è aumentato ($p < 0,05$) e la gittata sistolica (GS) è diminuita da 68 ± 6 a 47 ± 9 ml a riposo ($p < 0,0001$) e da 112 ± 21 a 76 ± 17 ml

durante il cammino ($p < 0,005$). Nel gruppo B, con l'incremento della frequenza di stimolazione, la GC è aumentata da $6,4 \pm 0,7$ a $9,1 \pm 1,6$ l · min⁻¹ a riposo ($p < 0,001$) e da $10 \pm 1,5$ a $14,1 \pm 2,2$ l · min⁻¹ durante il cammino, in assenza di modificazioni di VT e GS.

Conclusioni. L'incremento della frequenza cardiaca in presenza di una asincronia ventricolare indotta da una stimolazione bicamerale ha un effetto negativo sulla contrattilità miocardica e non migliora la GC a riposo o durante attività fisica in pazienti con funzione VS depressa, così come accade in coloro che presentano una funzione cardiaca normale.

Eur Heart J 2003;24:2123-2132

Ablazione con radiofrequenza in atrio sinistro durante chirurgia cardiaca in pazienti con fibrillazione atriale

R. Mantovan, A. Raviele, G. Buja, E. Bertaglia, F. Cesari,

A. Pedrocco, C. Zussa, G. Gerosa, C. Valfrè, P. Stritoni a nome di

"North-eastern Italian Study on Radiofrequency Surgical Treatment of Atrial Fibrillation Investigators"

TREVISO, MESTRE, PADOVA, MIRANO

Introduzione. L'ablazione con radiofrequenza (RF) intraoperatoria in atrio sinistro è stata proposta come efficace trattamento chirurgico per la fibrillazione atriale (FA). Scopo di questo studio è stato quello di verificare l'esito di tale metodica in uno studio multicentrico controllato.

Metodi e risultati. Centotré pazienti consecutivi (39 maschi e 65 femmine; età 65 ± 11 anni) affetti da FA sono stati sottoposti a chirurgia cardiaca e ablazione con RF in atrio sinistro (gruppo RF). Il gruppo di controllo era costituito da 27 pazienti (6 maschi e 21 femmine; età 64 ± 7 anni) con FA sottoposti a chirurgia cardiaca durante lo stesso periodo e che hanno rifiutato l'ablazione con RF. Una valvulopatia mitralica era presente in 89 (86%) e 25 (92%) pazienti, rispettivamente ($p = \text{NS}$). L'ablazione endocardica con RF è stata eseguita al fine di ottenere l'isolamento delle vene polmonari sia di sinistra sia di destra; inoltre sono state praticate una lesione di connessione delle suddette linee e una lesione di connessione tra la linea attorno alle vene polmonari di sinistra e l'anello mitralico. Alla dimissione, era presente un ritmo sinusale in 65 pazienti (63%) contro 5 pazienti (18%) nel gruppo di controllo ($p < 0,0001$). Il tempo medio di circolazione extracorporea era maggiore nel gruppo RF (148 ± 50 min vs 117 ± 30 min; $p = 0,013$). La frequenza di complicanze era simile in entrambi i gruppi, ma in 4 pazienti del gruppo RF si sono verifi-

cate complicanze correlate alla RF (3,9%). Dopo un follow-up medio di $12,5 \pm 5$ mesi (range 4-24), 83 (81%) dei 102 pazienti del gruppo RF erano in ritmo sinusale stabile contro 3 (11%) dei 27 pazienti del gruppo di controllo ($p < 0,0001$). La percentuale di successo era simile nei quattro centri. La sistole atriale era presente in 66 (79,5%) degli 83 pazienti in ritmo sinusale del gruppo RF.

Conclusioni. La compartimentalizzazione dell'endocardio dell'atrio sinistro con RF durante chirurgia cardiaca è efficace nello ristabilire il ritmo sinusale in molti pazienti. Tale procedura è di semplice esecuzione e riproducibile. Possono intercorrere rare complicanze correlate all'ablazione con RF. Durante il follow-up il ritmo sinusale è presente in un'elevata percentuale di casi e la contrazione biatriale è conservata nella maggior parte dei pazienti.

J Cardiovasc Electrophysiol 2003;14:1289-1295

Posizionamento di un elettrodo per la stimolazione definitiva attraverso la vena cefalica utilizzando una guida idrofila

R. Neri, A.S. Cesario, D. Baragli, F. Monti, N. Danisi, G. Glaciale, G. Gambelli

ROMA

La vena cefalica (VC) dovrebbe essere preferita alla vena succlavia per l'inserimento di un elettrodo per la stimolazione permanente per i migliori risultati ottenibili. Sfortunatamente, l'introduzione diretta utilizzando la metodica standard di accesso alla VC è spesso priva di successo. Tale studio ha valutato l'efficacia e la sicurezza di una guida idrofila (GI) per l'inserimento dell'elettrodo attraverso la VC. Una GI è stata introdotta con successo attraverso la VC e la vena succlavia. In un periodo di 6 mesi, 115 pazienti consecutivi sono stati sottoposti a impianto di stimolatore cardiaco. In 9 (7,8%) pazienti, la VC non ha consentito l'introduzione della guida. L'introduzione diretta dell'elettrodo attraverso la VC è avvenuto con successo in 55 (51,9%) dei 106 pazienti. In altri 14 pazienti (12,2%) l'elettrodo è stato introdotto nella VC utilizzando una guida standard. L'utilizzo di una GI e di un introduttore rimovibile ha consentito un'efficace inserzione di almeno un elettrodo in altri 35 (30,4%) pazienti. Globalmente, la GI è risultata efficace in 35 (94,6%) dei 37 pazienti in cui è stata utilizzata. L'approccio alla VC ha avuto successo in 104 (90,4%) dei 115 pazienti. In conclusione, l'utilizzo di una GI consente l'inserzione di un elettrodo di stimolazione attraverso

la VC nella maggior parte dei pazienti in cui l'inserzione diretta e l'utilizzo di una guida standard hanno fallito. Tale metodica migliora in modo significativo la percentuale di successo dell'approccio alla VC e può essere di ausilio nei risultati in acuto e a lungo termine della stimolazione cardiaca permanente.

PACE 2003;26:2313-2314

Stenosi delle vene polmonari dopo ablazione con radiofrequenza della fibrillazione atriale Caratterizzazione funzionale, evoluzione e influenza della strategia ablativa

E.B. Saad, A. Rossillo, C.P. Saad, D.O. Martin, M. Bhargava, D. Erciyas, D. Bash, M. Williams-Andrews, S. Beheiry, N.F. Marrouche, J. Adams, E. Pisano, R. Fanelli, D. Potenza, A. Raviele, A. Bonso, S. Themistoclakis, J. Brachmann, W.I. Saliba, R.A. Schweikert, A. Natale

CLEVELAND, MESTRE, SAN FRANCISCO, S. GIOVANNI ROTONDO, COBURG

Presupposti. La stenosi delle vene polmonari (VP) è una complicanza dell'ablazione della fibrillazione atriale. L'impatto delle differenti strategie ablativa sull'incidenza della stenosi delle VP e la sua caratterizzazione funzionale non è mai stata descritta.

Metodi e risultati. L'isolamento delle VP è stato eseguito in 608 pazienti. È stato utilizzato un approccio elettroanatomico in 71 pazienti e in 537 un mappaggio circolare (isolamento distale, 25; isolamento ostiale basato sull'angiografia delle VP, 102; guidato da ecografia intracardiaca, 140; con modulazione dell'energia basata sulla visualizzazione di microbolle, 270). Un restringimento grave ($\geq 70\%$) è stato riscontrato in 21 pazienti (3,4%), e un restringimento moderato (50-69%) e lieve ($< 50\%$) si è verificato rispettivamente in 27 (4,4%) e 47 (7,7%) pazienti. Una stenosi grave è stata registrata rispettivamente nel 15,5%, 20%, 2,9%, 1,4% e 0%. Lo sviluppo di sintomi era correlato al coinvolgimento di > 1 vena polmonare con stenosi grave ($p = 0,01$), mentre un restringimento lieve o moderato era asintomatico. Nell'ultimo gruppo, la perfusione polmonare (V/Q) era normale in tutti i pazienti tranne 4.

Conclusioni. Il rapporto ventilazione/perfusione è utile per stabilire il significato funzionale di una stenosi delle VP. Un restringimento lieve o moderato delle VP non è associato allo sviluppo di sintomi e sembra avere un minimo o nullo effetto sulla circolazione polmonare. L'incidenza di una grave stenosi delle VP sembra diminuire in funzione del miglioramento delle tecniche di imaging che assicurano l'isolamento ostiale e guidano la titola-

zione della potenza. Un lieve restringimento 3 mesi dopo l'ablazione non preclude il futuro sviluppo di una stenosi grave e dovrebbe essere valutato mediante studi di imaging seriati.

Circulation 2003;108:3102-3107

Risultati a lungo termine dell'ablazione con radiofrequenza del flutter atriale: decorso clinico e fattori predittivi di occorrenza di fibrillazione atriale

E. Bertaglia, F. Zoppo, A. Bonso, A. Proclemer, R. Verlato, L. Corò, R. Mantovan, D. D'Este, F. Zerbo, P. Pascotto a nome di "Northeastern Italian Study on Atrial Flutter Ablation Investigators"

MIRANO, MESTRE, UDINE, CAMPOSAMPIERO, CONEGLIANO, TREVISO

Obiettivi. Valutare il tempo di insorgenza e i predittori di occorrenza di fibrillazione atriale (FA) durante un follow-up a lungo termine di pazienti con flutter atriale (FLA) sottoposti all'ablazione dell'istmo cavotricuspidalico.

Disegno. Studio multicentrico prospettico.

Metodi e risultati. Sono stati studiati 383 pazienti (75,4% maschi, età media [DS] 61,7 [11,1] anni) sottoposti ad ablazione dell'istmo cavotricuspidalico per FLA tipico. L'ablazione è risultata efficace in 367 pazienti (95,8%). Durante un tempo di follow-up medio (DS) di 20,5 (12,4) mesi, il 41,5% dei pazienti ha avuto episodi di FA. La probabilità cumulativa di FA postablazione è aumentata col passare del tempo: era 22% a 6 mesi, 36% a 1 anno, 50% a 2 anni 58% a 3 anni e 63% a 4 anni.

Conclusioni. La FA è comparsa in un'ampia percentuale di pazienti dopo ablazione dell'istmo per FLA tipico. L'insorgenza di FA era progressiva durante il follow-up. La FA preablazione, l'età <65 anni e le dimensioni dell'atrio sinistro >50 mm erano associate a insorgenza di FA postablazione.

Heart 2004;90:59-63

Implicazioni della terapia di resincronizzazione cardiaca e impianto profilattico di un defibrillatore in pazienti eleggibili a un trapianto cardiaco

C. Pedone, F. Grigioni, G. Boriani, C. Lofiego, P.L. Vassallo, L. Potena, F. Coccolo, G. Magnani, M. Biffi, C. Martignani, L. Frabetti, R. Zannoli, C. Magelli, A. Branzi

BOLOGNA

Questo studio ha analizzato la correlazione e le modificazioni nel tempo nell'eleggibilità alla terapia di resincronizzazione cardiaca e all'impianto profilattico di un defibrillatore in 161 pazienti potenziali candidati a un trapianto cardiaco. Sebbene fino al 62% dei pazienti che rispondevano ai criteri di gravità per l'indicazione al trapianto fossero eleggibili per entrambi i dispositivi, tale percentuale è aumentata con il peggioramento dei parametri clinici e strumentali di gravità dello scompenso.

Am J Cardiol 2004;93:371-373