

## GLI ITALIANI ALL'ESTERO

# Gli italiani all'estero

G Ital Aritmol Cardioslim 2004;3:188-193

### Riviste consultate:

American Heart Journal; American Journal of Cardiology; Europace; European Heart Journal; Journal of the American College of Cardiology; New England Journal of Medicine; PACE  
(agosto-settembre 2004)

### Traduzioni a cura di:

N. Bottoni, F. Quartieri, N. Muià

## La frequenza cardiaca è un predittore di successo nel trattamento delle tachicardie parossistiche sopraventricolari sintomatiche dell'adulto

P. Ballo, D. Bernabò, S.A. Faraguti

LA SPEZIA

**Obiettivi.** Analizzare se la frequenza cardiaca può influenzare l'efficacia di adenosina, verapamil e massaggio del seno carotideo nell'interrompere episodi sintomatici di tachicardia parossistica sopraventricolare (TPSV) in adulti.

**Metodi e risultati.** La popolazione di studio è stata selezionata tra 175 pazienti adulti affetti da TPSV sintomatica. Di questi, 106 sono stati considerati eleggibili per lo studio. Ciascun soggetto ha ricevuto uno dei seguenti trattamenti: verapamil, 5 mg e.v. in 5-10 minuti, seguito da 1-5 µg/kg/min; adenosina, 6 mg e.v., seguita da 12 mg e.v. dopo 2-3 minuti; massaggio del seno carotideo. Adenosina e verapamil sono stati similmente efficaci nell'interrompere la TPSV (74,4% vs 81,8%;  $p = 0,45$ ). L'efficacia del massaggio del seno carotideo è stata significativamente più bassa in confronto a quella degli altri due gruppi (32,4%;  $p = 0,00032$  vs gruppo trattato con adenosina e  $p = 0,000044$  vs gruppo trattato con verapamil). All'analisi di regressione logistica, la frequenza della TPSV ha mostrato un'associazione positiva con la percentuale di ripristino del ritmo sinusale nel gruppo che ha ricevuto adenosina ( $p = 0,0004$ ). La probabilità di successo nell'interrompere la tachicardia dopo trattamento con adenosina era >75% per frequenze cardiache maggiori di 166 battiti per minuto (bpm), ma rapidamente diminuiva per frequenze minori, riducendosi al 25% a 138 bpm. Nel gruppo trattato con verapamil, la frequenza della TPSV era correlata negativamente con la percentuale di ripristino del ritmo sinusale ( $p = 0,018$ ). La probabilità di successo nell'interrompere la tachicardia dopo somministrazione di adenosina era >75% per frequenze cardiache minori di 186 bpm, ma tendeva a diminuire per frequenze maggiori, riducendosi al 25% a 241 bpm. Non sono stati osservati effetti significativi della frequenza cardiaca nel gruppo trattato con massaggio del seno carotideo ( $p = 0,17$ ). Le curve di probabilità ottenute nel gruppo trattato con adenosina e in quello trattato con verapamil si intersecavano in un punto corrispondente a 173 bpm, che potrebbe rappresentare un valore di cut-off per predire quale trattamento possa assicurare una maggiore probabilità di successo.

**Conclusioni.** La frequenza cardiaca predice il ripristino del ritmo sinusale in soggetti adulti con episodi sintomatici di TPSV trattati con adenosina e verapamil. L'adenosina è altamente efficace in TPSV caratterizzate da elevate frequenze, mentre l'efficacia del verapamil è aumentata in pazienti con TPSV a bassa frequenza.

Eur Heart J 2004;25:1310-1317

## Impatto del detraining sulle tachiaritmie ventricolari in atleti allenati

A. Biffi, B.J. Maron, L. Verdile, F. Fernando, A. Spataro, G. Marcello, R. Ciardo, F. Ammirati, F. Colivicchi, A. Pelliccia

ROMA, MINNEAPOLIS

**Obiettivo.** Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'impatto dell'allenamento e in particolare del disallenamento o detraining sulle tachiaritmie ventricolari frequenti e complesse documentate con l'Holter 24 ore ECG.

**Background.** Le morti cardiache improvvise negli atleti sono generalmente provocate da aritmie ventricolari.

**Metodi.** Settanta atleti selezionati per la presenza di aritmie ventricolari frequenti e complesse (>2000 BEV e >1 TVNS/24 ore) all'Holter 24 ore ECG sono stati sottoposti a un periodo di disallenamento (19 ± 6 settimane in media).

**Risultati.** Dopo disallenamento è stata documentata una significativa riduzione della frequenza e della complessità dell'aritmia ventricolare in precedenza documentata: BEV/24 ore: da 10,611 ± 10,078 a 2165 ± 4877 (80% di riduzione; p < 0,001); TVNS: da 6 ± 22 a 0,5 ± 2 (90% di riduzione; p = 0,04). In particolare l'aritmia ha mostrato un significativo decremento (a 500 BEV/24 ore e assenza di TVNS) in 50/70 atleti (71%). La maggioranza degli atleti che avevano documentato una riduzione della aritmia ventricolare dopo disallenamento non aveva patologia cardiaca (37 su 50 atleti; 74%). Tutti i 70 atleti non ebbero eventi cardiovascolari o sintomi durante il follow-up di 8 ± 4 anni.

**Conclusioni.** Le aritmie frequenti e complesse presenti negli atleti (con e senza patologia cardiaca) sono sensibili a brevi periodi di disallenamento. Negli atleti con cardiopatia, la riduzione dell'aritmia ventricolare dopo detraining può essere il meccanismo con il quale si riduce il rischio di morte improvvisa sospendendo lo sport. Al contrario, negli atleti aritmici con cuore apparentemente sano, la riduzione dell'aritmia ventricolare dopo disallenamento e l'assenza di eventi cardiovascolari nel follow-up supportano la benignità di tali aritmie ventricolari, possibile nuova espressione del "cuore d'atleta".

*J Am Coll Cardiol* 2004;44:1053-1058

## Andamento clinico dopo ablazione dell'istmo cavo-tricuspidalico in pazienti con fibrillazione atriale ricorrente e flutter atriale tipico correlato a farmaci antiaritmici

N. Bottoni, P. Donateo, F. Quartieri, C. Tomasi, D. Oddone, G. Lolli, C. Menozzi, M. Brignole

REGGIO EMILIA, LAVAGNA

Lo studio ha valutato l'andamento clinico a lungo termine in 56 pazienti consecutivi affetti da fibrillazione atriale e flutter

atriale tipico correlato all'uso di farmaci antiaritmici e sottoposti ad ablazione dell'istmo cavo-tricuspidalico. Eventi aritmici significativi si sono verificati nel 64% dei pazienti durante un follow-up medio di 19 ± 9 mesi. Tuttavia, nei pazienti con recidive aritmiche vi sono stati una significativa riduzione nell'incidenza degli episodi, un miglioramento della qualità di vita e un decremento del numero dei ricoveri ospedalieri.

*Am J Cardiol* 2004;94:504-508

## Incidenza e significato del pleomorfismo nei pazienti con tachicardia ventricolare postinfartuale

P. Della Bella, S. Riva, G. Fassini, F. Giraldo, M. Berti, C. Klersy, N. Traversi

MILANO, PAVIA

**Scopi.** Scopo dello studio è stato valutare il significato prognostico della presenza di tachicardia ventricolare con molteplici morfologie, sia spontanea sia indotta, nei pazienti sottoposti ad ablazione transcatetere mediante radiofrequenza per tachicardia ventricolare postinfartuale.

**Metodi e risultati.** Abbiamo studiato 137 pazienti affetti da tachicardia ventricolare postinfartuale. Ogni tachicardia ventricolare indotta è stata sottoposta a tentativo di ablazione transcatetere.

In 102/137 pazienti è stata documentata tachicardia ventricolare con singola morfologia (gruppo MONO); in 35 pazienti si osservava invece pleomorfismo spontaneo (gruppo PLEO). In tutti i pazienti del gruppo PLEO e in 58/102 (57%) del gruppo MONO sono state indotte tachicardie ventricolari con molteplici morfologie allo studio elettrofisiologico. L'aritmia è stata resa non inducibile in una percentuale più elevata nei pazienti del gruppo MONO rispetto a quelli del gruppo PLEO (162/212 [76%] vs 42/110 [39%]). La modalità di presentazione clinica (tachicardia ventricolare con pleomorfismo) (OR: 0,22, IC: 0,08-0,62) e il ciclo della tachicardia ventricolare indotta (medio PLEO/MONO: 338/385 ms, OR 1,06) sono risultati essere fattori predittivi indipendenti del successo acuto della procedura ablativa. Tra i pazienti del gruppo MONO, la procedura ha avuto successo nel 75% dei casi che presentavano una sola tachicardia ventricolare inducibile e nel 64% di quelli in cui erano inducibili molteplici morfologie. La percentuale di successo acuto dell'ablazione transcatetere era inferiore nei pazienti del gruppo PLEO (23%). I pazienti del gruppo PLEO, inoltre, presentavano una maggior percentuale di recidive dell'aritmia a 3 e 5 anni, rispetto a quelli del gruppo MONO. Il successo acuto della procedura ablativa è risultato essere l'unico fattore predittivo indipendente dei risultati a lungo termine nell'analisi multivariata.

**Conclusioni.** La presenza, spontanea ma non indotta, di pleomorfismo nelle tachicardie ventricolari nei pazienti con pre-

gresso infarto miocardico rappresenta un fattore prognostico negativo per quanto riguarda il successo acuto e i risultati a lungo termine dell'ablazione transcateretere.

*Eur Heart J* 2004;25:1127-1138

### Il deposito di amiloide come causa di rimodellamento atriale nella fibrillazione atriale valvolare persistente

O. Leone, G. Boriani, B. Chiappini, D. Pacini, G. Cenacchi, S. Martin Suarez, C. Rapezzi, M.L. Bacchi Reggiani, G. Marinelli

BOLOGNA

**Premessa.** Lo spettro delle alterazioni istologiche, denominate amiloidosi atriale, riscontrate nell'atrio destro e sinistro di pazienti con FA cronica/persistente e nella malattia reumatica non è completamente noto.

**Metodi e risultati.** Centoventotto auricole atriali (66 sinistre e 62 destre) provenienti da 72 pazienti con patologia valvolare reumatica e FA cronica, sottoposti a intervento di cardiocirurgia per la sostituzione o la riparazione valvolare e a trattamento per la FA, sono state istologicamente esaminate per valutare la presenza di depositi di amiloide. Sono stati inoltre analizzati 104 prelievi di auricole destre e sinistre provenienti da 52 pazienti in ritmo sinusale con scompenso cardiaco severo sottoposti a trapianto cardiaco (controlli). Amiloide è stata ritrovata in 33 valvole (46%) di pazienti con FA cronica/persistente e in 6 (12%) controlli. L'amiloide era correlata alla presenza e alla durata della FA, è stata frequentemente ritrovata nei campioni provenienti dall'atrio sinistro ed era indipendente dall'età. Sulla base di un'analisi di regressione logistica, la durata della FA e il sesso femminile erano correlati in modo indipendente ai depositi di amiloide.

**Conclusioni.** I pazienti con FA di lunga durata e patologia cardiaca reumatica presentano un'elevata prevalenza di amiloidosi atriale. I depositi di amiloide sono più frequenti nell'auricola dell'atrio sinistro rispetto al destro e si correlano con la durata della FA e il sesso femminile. Il deposito di amiloide può rappresentare un'ulteriore causa istologica del rimodellamento dell'atrio durante una FA di lunga durata, almeno nella malattia reumatica valvolare. La FA persistente può giocare un ruolo importante nel promuovere il deposito di amiloide.

*Eur Heart J* 2004;25:1237-1241

### Sistema nervoso autonomo e fibrillazione atriale parossistica: uno studio basato sull'analisi delle modificazioni degli intervalli RR prima, durante e dopo fibrillazione atriale parossistica

F. Lombardi, D. Tarricone, F. Tundo, F. Colombo, S. Belletti, C. Fiorentini

MILANO

**Scopo.** Scopo dello studio è stato quello di valutare la presenza di alterazioni della modulazione autonoma prima, durante e immediatamente dopo episodi di fibrillazione atriale parossistica (FAP).

**Metodi e risultati.** Sono state analizzate le registrazioni Holter di 75 pazienti con 110 episodi di FAP della durata di oltre 30 secondi. L'intervallo RR medio, il coefficiente di variazione e la variabilità della frequenza cardiaca a breve termine sono stati misurati prima, durante e dopo episodi di FAP. Sono state osservate correlazioni significative tra l'intervallo d'accoppiamento e la lunghezza del ciclo misurata da 30 minuti fino a pochi cicli prima dell'insorgenza della FAP, e la risposta ventricolare. Confrontando la variabilità della frequenza cardiaca (HRV) prima e dopo FAP, abbiamo osservato una significativa riduzione del rapporto tra le componenti a bassa e alta frequenza (LF/HF), da  $6,2 \pm 7,4$  a  $3,2 \pm 4,1$ . Una sequenza del ciclo corto-lungo-corto era determinabile in 37 inneschi della FAP, associati a una maggior incidenza di battiti ectopici atriali e a un aumento dell'indice spettrale di attivazione adrenergica ( $LF\ 62 \pm 25$  vs  $53 \pm 27$  unità normalizzate) in confronto con i rimanenti episodi. Quando l'innesco era diviso in base al valore di cut-off del rapporto  $LF/HF \geq 2$ , per separare episodi con una predominanza simpatica da quelli con una modulazione prevalentemente vagale ( $LF/HF < 2$ ), sono state osservate modificazioni di tipo opposto alla ripresa del ritmo sinusale. Infatti negli episodi caratterizzati da segni di attivazione simpatica si è osservata una riduzione del rapporto  $LF/HF$  (da  $9,1 \pm 7,8$  a  $4 \pm 3,7$ ) mentre negli episodi con segni di innesco di tipo vagale si è osservato un aumento di questo indice (da  $0,8 \pm 0,5$  a  $2 \pm 3,6$ ) a indicare il ripristino di un più fisiologico equilibrio simpato-vagale immediatamente dopo il ripristino del ritmo sinusale. Inoltre, nei minuti precedenti la fine dell'episodio di FAP non era possibile osservare alcuna pseudoregolarizzazione della risposta ventricolare media.

**Conclusioni.** Una predominante modulazione simpatica caratterizza la maggior parte degli inneschi delle FAP, mentre una predominanza vagale è determinabile nel 30% circa degli episodi. Questi pattern non sono più facilmente determinabili dopo il ripristino del ritmo sinusale.

*Eur Heart J* 2004;25:1242-1248

## Prevenzione a breve termine delle complicanze tromboemboliche in pazienti con fibrillazione atriale trattati con aspirina più clopidogrel: lo studio pilota Clopidogrel-Aspirina Atrial Fibrillation (CLAAF)

R. Lorenzoni, G. Lazzarini, F. Cocci, R. De Caterina

LUCCA, PISA, CHIETI

**Background.** Abbiamo eseguito uno studio pilota per valutare la fattibilità di una terapia con aspirina e clopidogrel alternativa alla terapia con anticoagulante orale (ACO) in pazienti non ad alto rischio con fibrillazione atriale (FA) permanente e con FA persistente in attesa di cardioversione elettrica (Clopidogrel plus Aspirin in Atrial Fibrillation, CLAAF-pilot).

**Metodi.** Sono stati arruolati 30 pazienti (11 donne, range di età 45-75 anni) con FA non ad alto rischio secondo i criteri dell'American College of Chest Physician; di questi, 12 pazienti avevano FA permanente e 18 FA persistente in attesa di cardioversione elettrica. All'arruolamento tutti i pazienti sono stati sottoposti a ecocardiogramma transesofageo (ETE) per escludere la presenza di trombi nelle camere cardiache; successivamente i pazienti sono stati randomizzati a ricevere terapia con ACO (warfarin, INR fra 2 e 3, per 4 settimane) o aspirina (ASA, 100 mg tamponata per 4 settimane) e clopidogrel (75 mg, aggiunta all'aspirina dopo la prima settimana per 3 settimane). All'arruolamento e dopo 4 settimane è stato misurato il tempo di sanguinamento e dosata l'attività del trombossano b2 (txb2). L'ETE è stato ripetuto al termine delle 4 settimane di terapia.

**Risultati.** Il tempo di sanguinamento e l'attività del txb2 non erano modificati dalla terapia con ACO. Il tempo di sanguinamento era aumentato dall'aspirina (+71%,  $p < 0,05$ ) e ancor più dall'aggiunta di clopidogrel (+144%,  $p < 0,01$ ). L'attività del txb2 era ridotta dall'ASA (-98%,  $p < 0,05$ ), ma non modificata dall'aggiunta di clopidogrel ( $p = ns$ ). Al controllo ETE dopo 4 settimane nessun paziente aveva formato trombi nelle camere cardiache. I 18 pazienti con FA persistente sono stati sottoposti a cardioversione elettrica e 7/9 in ambedue i gruppi hanno ottenuto il ripristino del RS. Non si sono verificati eventi tromboembolici spontanei né eventi emorragici durante le 4 settimane dello studio e nei 3 mesi successivi.

**Conclusioni.** In questo studio pilota l'associazione ASA/clopidogrel si è dimostrata fattibile nel prevenire gli eventi tromboembolici in pazienti non ad alto rischio con FA permanente e con FA persistente sottoposti a cardioversione elettrica. Non si sono verificati peggioramenti dei parametri ecocardiografici correlati allo sviluppo di trombi nei pazienti sottoposti all'associazione. Per confermare questa indicazione terapeutica sono necessari ulteriori studi con endpoint di efficacia e di sicurezza.

*Am Heart J* 2004;148:e6

## Tachicardia atriale sinistra dopo ablazione circonfrenziale delle vene polmonari nella fibrillazione atriale

C.E. Mesas, C. Pappone, C.C.E. Lang, F. Gugliotta, T. Tomita, G. Vicedomini, S. Sala, G. Paglino, S. Gulletta, A. Ferro, V. Santinelli

MILANO

**Obiettivi.** Lo scopo del presente studio era di valutare le caratteristiche elettroanatomiche della tachicardia atriale (TA) sinistra in una serie di pazienti sottoposti ad ablazione circonfrenziale delle vene polmonari, di descrivere le strategie di ablazione e gli outcome clinici.

**Background.** L'ablazione circonfrenziale delle vene polmonari (ACVP) è un trattamento efficace per la FA. Una potenziale complicanza a medio termine è lo sviluppo di una TA sinistra. Esistono pochi report che descrivano il mappaggio e l'ablazione di queste aritmie.

**Metodi.** Tredici pazienti (età  $57,4 \pm 8,9$  anni, 5 femmine) sono stati sottoposti a mappaggio elettroanatomico e ablazione di 14 TA sinistre in media  $2,6 \pm 1,6$  mesi dopo ACVP.

**Risultati.** In 3 pazienti è stata riscontrata una TA focale (durata ciclo:  $226 \pm 35,9$  ms). Nei rimanenti 10 pazienti, delle 11 tachicardie da macrorientro studiate (durata ciclo:  $275 \pm 75$  ms), 5 hanno mostrato un singolo loop mentre 6 presentavano circuiti dual loop. I circuiti di rientro utilizzavano l'istmo mitralico, la parete posteriore o gap di precedenti linee di encircling. Così come i gap, tutti e 3 i foci erano localizzati anteriormente alla vena polmonare superiore sinistra o a livello della parte settale delle vene polmonari destre. Sono state ablate con successo 13 su 14 tachicardie (93%).

**Conclusioni.** Le TA sinistre dopo ACVP possono essere dovute a macrorientri o a meccanismi focali. Il rientro avviene più frequentemente a livello dell'istmo mitralico, della parete posteriore oppure di gap di precedenti ablazioni. Tali gap e foci si evidenziano più frequentemente a livello della porzione anteriore della vena polmonare superiore sinistra e della porzione settale delle vene polmonari destre. Queste aritmie possono essere mappate e ablate con successo con un sistema elettroanatomico.

*J Am Coll Cardiol* 2004;44:1071-1079

## Ablazione con radiofrequenza in bambini con sindrome di Wolff-Parkinson-White asintomatici

C. Pappone, F. Manguso, R. Santinelli, G. Vicedomini, S. Sala, G. Paglino, P. Mazzone, C.C. Lang, S. Gulletta, G. Augello, O. Santinelli, V. Santinelli

MILANO, NAPOLI

**Background.** La fibrillazione ventricolare può essere l'aritmia di esordio nei bambini con WPW asintomatici. Le morti do-

vute a questa aritmia si possono potenzialmente prevenire. **Metodi.** Abbiamo condotto uno studio randomizzato in cui l'ablazione con radiofrequenza profilattica delle vie accessorie è stata comparata con nessun trattamento ablativo in bambini asintomatici (età 5-12 anni) con sindrome di WPW che presentavano un rischio elevato per aritmie. L'endpoint primario era la comparsa di eventi aritmici durante il follow-up. **Risultati.** Dei 165 bambini eleggibili, 60 sono stati ritenuti ad alto rischio per aritmie. Dopo la randomizzazione, ma prima di qualsiasi intervento d'ablazione, 13 bambini sono usciti dallo studio per scelta dei genitori. Dei rimanenti bambini, 20 sono stati sottoposti ad ablazione profilattica mentre 27 non hanno ricevuto alcun trattamento. Le caratteristiche dei due gruppi erano simili. In 3 casi ci sono state complicanze correlate all'ablazione e in uno di questi si è reso necessario il ricovero ospedaliero. Durante il periodo di follow-up, un bambino nel gruppo dell'ablazione (5%) e 12 nel gruppo di controllo hanno presentato eventi aritmici. Due bambini nel gruppo di controllo hanno presentato una fibrillazione ventricolare e uno è morto improvvisamente. La frequenza cumulativa di eventi aritmici era più bassa nei bambini a rischio elevato che sono stati sottoposti ad ablazione rispetto a quelli con rischio elevato che non hanno ricevuto tale trattamento. La riduzione del rischio associata all'ablazione rimane significativa dopo l'aggiustamento con l'analisi di regressione di Cox. In entrambi i gruppi, risultavano predittori indipendenti di eventi aritmici l'assenza di ablazione profilattica e la presenza di vie accessorie multiple.

**Conclusioni.** Nei bambini asintomatici con sindrome di WPW l'ablazione profilattica tramite cateterismo condotta da un operatore esperto riduce il rischio di aritmie maligne.

*N Engl J Med* 2004;351:1197-1205

## Upgrade di pacemaker monocamerale con elettrodi transvenosi a modelli bicamerale in pazienti pediatrici o giovani adulti

M.S. Silveti, F. Drago

ROMA

I bambini con PM monocamerale in età adolescenziale o giovanile possono essere sottoposti a upgrading trasformando il PM in sistema bicamerale. Non esistono dati pubblicati sulle indicazioni, i tempi e le complicanze di questo intervento. Un upgrading di PM con elettrodi transvenosi è stato tentato in 18 pazienti. Abbiamo eseguito un'analisi retrospettiva di tutti i dati raccolti. Al momento dell'impianto iniziale del PM (media  $\pm$  DS,  $9,3 \pm 4,1$  anni), la modalità di elettrostimolazione era VVIR in 13 pazienti e AAI/AAIR in 5 pazienti. Dopo  $72 \pm 41$  mesi di follow-up, all'età di  $15,5 \pm 5,2$  anni, un upgrading è stato eseguito per l'età raggiunta dal paziente al momento della sostituzione elettiva del generatore in 3 pazienti,

per presenza di disfunzione ventricolare in 7 pazienti, per episodi di sincope o presincope in 3 pazienti, tutti con PM VVIR, e per blocco AV in 2 pazienti e/o tachicardia sopraventricolare resistente ai farmaci in 4 pazienti, con PM AAI/AAIR. Il tempo medio della procedura di upgrading e il tempo medio di fluoroscopia non erano significativamente più lunghi rispetto all'impianto di un semplice PM monocamerale. Tutti gli elettrodi preesistenti che erano ben funzionanti sono stati riutilizzati nel nuovo PM. Gli elettrodi sono stati inseriti nella stessa vena succlavia del primo impianto in 16 pazienti. Un'occlusione venosa è stata documentata in 2 ragazze: nella prima la procedura non è stata eseguita, nella seconda è stata utilizzata per l'impianto la succlavia contralaterale, abbandonando in situ il vecchio elettrodo malfunzionante. Durante un follow-up di  $14 \pm 11$  mesi, la disfunzione ventricolare è peggiorata in 5 pazienti su 7; tutti gli altri pazienti sono migliorati dal punto di vista sintomatologico. In conclusione, un upgrading di un PM monocamerale in età pediatrica può essere tecnicamente difficile ma è fattibile e sicuro, ed è benefico almeno in alcuni gruppi di pazienti.

*PACE* 2004;27:1094-1098

## Incidenza, resa diagnostica e sicurezza del loop-recorder impiantabile nell'identificare il meccanismo della sincope nei pazienti con e senza cardiopatia strutturale

A. Solano, C. Menozzi, R. Maggi, P. Donateo, N. Bottoni, G. Lolli, C. Tomasi, F. Croci, D. Oddone, E. Puggioni, M. Brignole

LAVAGNA, REGGIO EMILIA

**Scopi.** Valutare l'incidenza, la resa diagnostica e la sicurezza del loop-recorder impiantabile (ILR) in pazienti con e senza cardiopatia strutturale (SHD).

**Metodi e risultati.** Lo studio a carattere osservazionale è stato condotto in 2 Centri in modo prospettico in pazienti consecutivi con sincope inspiegata e sottoposti a impianto di ILR. Tra novembre 1997 e dicembre 2002, sono stati valutati 2052 pazienti con sincope (popolazione di riferimento 590.000 abitanti). La diagnosi era rimasta inspiegata in 371 (18%). Di questi, 103 pazienti (5% del totale, 28% di quelli con sincope inspiegata) hanno ricevuto un ILR. SHD era presente in 38 (37%) e assente in 65 (63%). Durante un follow-up medio di 13 mesi, si è osservata una sincope in 52 pazienti. Mentre l'incidenza di recidiva sincopale era simile nei pazienti con e senza SHD, il meccanismo era differente. I pazienti con SHD presentavano più frequentemente BAV parossistico o tachiaritmie, mentre i pazienti senza SHD presentavano più frequentemente bradicardia sinusale/arresto sinusale o nessuna aritmia. Un maggior numero di pazienti con SHD riceveva alla fine un trattamento ILR-guidato. Un caso di morte improvvisa si è verificato in un paziente con SHD. Cinque

traumi correlati alla sincope si sono osservati in 3 pazienti. **Conclusioni.** Il meccanismo della sincope è differente nei pazienti con o senza SHD; la resa diagnostica e la sicurezza sono simili in entrambi i gruppi. Il 28% circa dei pazienti con sincope inspiegata ha un'indicazione all'impianto di ILR. La necessità dell'impianto di un ILR nella popolazione generale è pari a 34 impianti/milioni abitanti/anno.

*Eur Heart J* 2004;25:1116-1119

### Ruolo del defibrillatore impiantabile in prevenzione primaria versus prevenzione secondaria della morte improvvisa nei pazienti con cardiomiopatia dilatativa idiopatica

M. Zecchin, A. Di Lenarda, A. Proclemer, G. Faganello, D. Facchin, E. Petz, G. Sinagra

TRIESTE, UDINE

**Scopo.** Analizzare le caratteristiche e la prognosi dei pazienti con cardiomiopatia dilatativa idiopatica (CMPD), trattati con defibrillatore impiantabile (ICD) in prevenzione primaria perché considerati a elevato rischio di morte improvvisa (MI) (gruppo A) rispetto ai pazienti trattati con ICD, in prevenzione secondaria, per tachiaritmie ventricolari sostenute (gruppo B).

**Metodi.** Il gruppo A comprendeva 27 pazienti con almeno 2 tra i seguenti criteri: diametro telediastolico (DTD) del ventricolo sinistro (VS)  $\geq 70$  mm (74%), frazione d'eiezione (FE) del VS  $\leq 0,30$  (78%), tachicardie ventricolari (TV) non sostenute

(56%), lunga storia di malattia ( $\geq 48$  mesi dalla diagnosi: 85%) e storia familiare di morte improvvisa (11%). Il gruppo B comprendeva 27 pazienti trattati con ICD per TV sostenute/fibrillazione ventricolare ( $n = 18$ ) o sincope ( $n = 9$ ).

**Risultati.** La classe funzionale NYHA, la FE del VS, il DTD del VS e il numero di pazienti in amiodarone erano simili nei due gruppi. I pazienti del gruppo A erano in media più giovani ( $46 \pm 15$  vs  $59 \pm 17$  anni;  $p = 0,0008$ ), più spesso trattati con beta-bloccanti (89% vs 62%;  $p = 0,02$ ) e avevano un intervallo dalla diagnosi di malattia più lungo ( $86 \pm 60$  vs  $40 \pm 50$  mesi;  $p = 0,004$ ). L'incidenza di interventi appropriati dell'ICD (IA) a 12 mesi era rispettivamente del 41% nel gruppo A e 57% nel gruppo B ( $p = \text{NS}$ ). Nel gruppo A, dopo un follow-up medio di  $21 \pm 14$  mesi, i pazienti con FE del VS  $\leq 0,30$  associata a DTD del VS  $\geq 70$  mm avevano un'incidenza di IA (76%) significativamente maggiore rispetto a quella degli altri pazienti (10%) ( $p = 0,005$ ). Nel gruppo B, dopo un follow-up medio di  $33 \pm 23$  mesi, il 78% dei pazienti con sincope ha avuto IA. La mortalità totale e quella improvvisa erano rispettivamente dell'11% e del 4% nel gruppo A e del 19% e 4% nel gruppo B ( $p = \text{NS}$ ).

**Conclusioni.** I pazienti con CMPD trattati con ICD in prevenzione primaria perché considerati, sulla base di criteri clinici e anamnestici, a elevato rischio di morte improvvisa, hanno avuto un'incidenza di IA dell'ICD simile a quella dei pazienti trattati in prevenzione secondaria. L'incidenza più elevata di IA è stata riscontrata nei pazienti con grave disfunzione associata a dilatazione del VS e nei pazienti con progressiva sincope.

*Europace* 2004;6:400-406