- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Fri, 04 Jul 2025, 03:35:37

Gli italiani all'estero

G Ital Aritmol Cardiostim 2003;4:246-252

Riviste consultate:

American Heart Journal; American Journal of Cardiology; Circulation; Europace; European Heart Journal; Heart; Journal of Cardiovascular Electrophysiology; Journal of the American College of Cardiology; New England Journal of Medicine; PACE; Pacing and Clinical Electrophysiology; Lancet

Traduzioni a cura di:

Nicola Bottoni, Corrado Tomasi

Valutazione prospettica della ricorrenza tardiva di conduzione attraverso lesioni da radiofrequenza che producono la deconnessione elettrica a livello dell'ostio delle vene polmonari in pazienti con fibrillazione atriale

R. Cappato, S. Negroni, D. Pecora, S. Bentivegna, P.P. Lupo, A. Carolei, C. Esposito, F. Furlanello, L. De Ambroggi

Milano

Presupposti. Nei pazienti con fibrillazione atriale (FA) sottoposti a deconnessione elettrica con radiofrequenza (RF) delle vene polmonari (VP) non è mai stata valutata sistematicamente l'incidenza di recidive tardive di conduzione.

Metodi e risultati. Utilizzando un approccio prospettico a più passi abbiamo avuto come fine la valutazione della correlazione tra il conseguimento in acuto e il mantenimento a lungo termine del blocco di conduzione elettrica attraverso le lesioni da RF che deconnettono il tratto distale della VP in 43 pazienti (52±8,2 anni) con FA. Quarantuno VP superiori sinistre (SS), 42 superiori destre (SD), 25 inferiori sinistre (IS) e 9 inferiori destre (ID) sono state bersaglio di ablazione durante 108 procedure elettrofisiologiche (2,6±0,5), 17 pazienti sono stati sottoposti a 2 procedure, 23 pazienti a 3 procedure e 3 pazienti a 4 procedure. Durante la prima procedura la deconnessione elettrica è stata ottenuta in 112 VP (95,7%). Durante una successiva procedura (intervallo di tempo di 4,6±1,9 mesi) una recidiva di conduzione è stata osservata in 32 su 39 delle VPSS (82,1%), 29 su 40 delle VPSD (72,5%), 20 su 24 delle VPIS (83,3%) e 7 su 9 delle VPID (77,8%). Dopo la riablazione dei siti di gap, una successiva procedura (intervallo di tempo 5,1±2,4 mesi) ha rilevato una seconda recidiva in 13 su 22 delle VPSS (59,1%) e 14 su 19 delle VPSD (73,7%).

Conclusioni. Una recidiva di conduzione attraverso le lesioni di deconnessione con RF è stata osservata in circa l'80% dei casi a 4 mesi dall'ablazione. Dopo una nuova procedura di ablazione, sono state osservate simili percentuali di recidiva dopo 5 mesi. L'alta percentuale di recidiva di connessione potrebbe contribuire significativamente alla recidiva di FA nei pazienti sottoposti ad ablazione transcatetere che ha come fine la deconnessione delle VP.

Circulation 2003;108:1599-1604

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Fri, 04 Jul 2025, 03:35:37

Il verapamil associato ad un farmaco antiaritmico riduce le recidiva di fibrillazione atriale dopo cardioversione elettrica (studio VEPARAF)

A. De Simone, M. De Pasquale, C. De Matteis, M. Canciello, M. Manzo, L. Sabino, F. Alfano, M. Di Mauro, A. Campana, G. De Fabrizio, D.F. Vitale, P. Turco, G. Stabile

Maddaloni, Salerno, Arienzo, Napoli, Salerno, Marcianise, Avellino, Telese

Scopi. Valutare l'impatto sulla recidiva di fibrillazione atriale (FA) dell'aggiunta del verapamil ad un farmaco antiaritmico di classe IC o III in pazienti con FA persistente sottoposti a cardioversione elettrica (CE).

Metodi e risultati. 363 pazienti sono stati randomizzati a ricevere quattro differenti protocolli di trattamento: amiodarone per os (gruppo A), flecainide per os (gruppo F), amiodarone e verapamil per os (gruppo A+V), flecainide e verapamil per os (F+V). I pazienti che avevano una recidiva di FA entro tre mesi erano assegnati a un gruppo alternativo e venivano sottoposti a CE entro 48 ore. Durante 3 mesi di follow-up, 89 pazienti (27,5%) hanno avuto una recidiva di FA. A una analisi univariata, il verapamil riduceva le recidive di FA se aggiunto all'amiodarone o alla flecainide (da 35% a 20%, p=0,004). Applicando il modello di regressione proporzionale del rischio di Cox, solo la giovane età, la più breve durata della FA e l'utilizzo del verapamil erano predittivi del mantenimento del ritmo sinusale dopo cardioversione. Nei pazienti con recidiva di FA, l'aggiunta di verapamil ai gruppi A e F diminuiva significativamente una seconda recidiva se comparati ai gruppi A+V e F+V che interrompevano il trattamento con verapamil (68% vs 88%, p=0,03).

Conclusioni. L'aggiunta di verapamil ad un farmaco di classe IC o III ha ridotto significativamente le recidive di FA, che erano più frequenti nei pazienti più anziani e con FA da più lungo tempo.

Eur Heart J 2003;24:1425-1429

Mortalità, morbilità e qualità di vita dopo ablazione circonferenziale delle vene polmonari per fibrillazione atriale. Outcome da uno studio controllato non randomizzato a lungo termine

C. Pappone, S. Rosanio, G. Augello, G. Gallus, G. Vicedomini, P. Mazzone, S. Gulletta, F. Gugliotta, A. Pappone, V. Santinelli, V. Tortoriello, S. Sala, A. Zangrillo, G. Crescenzi, S. Benussi, O. Alfieri

Milano

Obiettivi. Questo studio è stato disegnato per valutare il potenziale dell'ablazione circonferenziale delle vene polmonari (VP) nella fibrillazione atriale (FA) nel mantenere il ritmo sinusale (RS) nel tempo, riducendo in tal modo mortalità e morbilità e migliorando così la qualità di vita (QdV).

Presupposti. L'ablazione circonferenziale delle VP è sicura ed efficace, ma gli esiti a lungo termine e il suo impatto sulla QdV non sono mai stati valutati o paragonati con quelli in corso di terapia medica.

Metodi. Abbiamo esaminato il decorso clinico di 1171 pazienti consecutivi con FA sintomatica afferiti a noi tra il gennaio 1998 e il marzo 2001. I 589 pazienti ablati sono stati paragonati ai 582 che hanno ricevuto un trattamento antiaritmico per il controllo del RS. La QdV di 109 pazienti ablati e 102 trattati farmacologicamente è stata misurata utilizzando il questionario SF 36.

Risultati. La mediana di follow-up è stata di 900 giorni (range da 161 a 1508 giorni). L'analisi secondo Kaplan-Meier ha mostrato una sopravvivenza dei pazienti ablati maggiore rispetto a quella di quelli trattati farmacologicamente (p <0,001), e nessuna differenza rispetto all'attesa per soggetti sani dello stesso sesso ed anno di nascita (p=0,55). Il modello proporzionale di rischio di Cox ha evidenziato nel gruppo ablazione un rischio di 0,46 (intervallo di confidenza del 95% [IC], 0,31-0,68; p <0,001 per mortalità globale, di 0,45 (95% IC, 0,31-0,64; p <0,001) per morbilità principalmente dovute a scompenso cardiaco ed eventi cerebrovascolari e di 0,30 (95% IC, 0,24-0,37; p <0,001) per la recidiva di FA. La QdV dei pazienti ablati, differentemente da quella dei pazienti trattati con farmaci, ha raggiunto valori di normalità a sei mesi ed è rimasta immodificata ad un anno.

Conclusioni. L'ablazione delle vene polmonari migliora la mortalità, morbilità e QdV rispetto al trattamento medico. I nostri risultati aprono la strada per studi randomizzati a prospettare una più ampia applicazione della terapia di ablazione per la FA.

J Am Coll Cardiol 2003;42:185-197

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Fri, 04 Jul 2025, 03:35:37

Studio randomizzato sull'ablazione transcatetere profilattica in pazienti asintomatici con sindrome di Wolff-Parkinson-White

C. Pappone, V. Santinelli, F. Manguso, G. Augello, O. Santinelli, G. Vicedomini, S. Gulletta, P. Mazzone, V. Tortoriello, A. Pappone, C. Dicandia, S. Rosanio

MILANO, NAPOLI, GALVESTON

Presupposti. La giovane età e l'inducibilità di una tachicardia reciprocante atrioventricolare o di fibrillazione atriale durante uno studio elettrofisiologico identificano un elevato rischio di eventi aritmici in pazienti asintomatici con un elettrocardiogramma di superficie indicativo di sindrome di Wolff-Parkinson-White. Abbiamo verificato l'ipotesi che l'ablazione transcatetere della via accessoria possa determinare significativi e duraturi benefici se paragonata con l'assenza di trattamento.

Metodi. Dal 1997 al 2002 tra i 224 pazienti eleggibili, asintomatici e con sindrome di Wolff-Parkinson-White, i pazienti ad alto rischio sono stati randomizzati all'ablazione transcatetere con radiofrequenza della via accessoria (37 pazienti) o a nessun trattamento (35 pazienti). L'end-point era l'occorrenza di eventi aritmici a un follow-up di cinque anni.

Risultati. I pazienti assegnati all'ablazione avevano caratteristiche di base simili ai controlli. Due pazienti del gruppo ablazione (5%) e 21 del gruppo di controllo (60%) hanno avuto un evento aritmico. Un paziente del gruppo di controllo ha avuto come evento aritmico di presentazione una fibrillazione ventricolare. Le stime secondo Kaplan-Meier di incidenza di eventi aritmici a cinque anni era del 7% tra i pazienti sottoposti ad ablazione e del 77% tra i controlli ($p < 0{,}001$ al test dei ranghi); la riduzione del rischio con l'ablazione era del 92% (rischio relativo, 0,08; intervallo di confidenza al 95%, 0,02-0,33; $p < 0{,}001$).

Conclusioni. L'ablazione profilattica della via accessoria riduce significativamente la frequenza di eventi aritmici in pazienti asintomatici con sindrome di Wolff-Parkinson-White, i quali sono ad elevato rischio di tali eventi.

N Engl J Med 2003;349:1803-1811

Prolungamento dell'intervallo QT nelle derivazioni precordiali destre: un segno elettrocardiografico aggiuntivo della sindrome di Brugada

M.V. Pitzalis, M. Anaclerio, M. Iacoviello, C. Forleo, P. Guida, R. Troccoli, F. Massari, F. Mastropasqua, S. Sorrentino, A. Manghisi, P. Rizzon

BARI, CASSANO

Obiettivi. Scopo dello studio è stato valutare in che modo la presenza del tipico pattern elettrocardiografico (ECG) di sindrome di Brugada (blocco di branca destra, sopraslivellamento del tratto ST a sella e inversione dell'onda T nelle derivazioni precordiali destre) sia caratterizzato da un concomitante allungamento dell'intervallo QT nelle derivazioni precordiali destre.

Presupposti. È stato suggerito che il pattern tipico dell'ECG della sindrome di Brugada sia dovuto a una diminuzione netta della corrente d'ingresso durante la fase 1 del potenziale d'azione, che determina inoltre un suo prolungamento nell'epicardio destro.

Metodi. Trentadue pazienti (19 maschi), età 37±15 anni con sospetto all'ECG di base, o parenti di pazienti con sindrome di Brugada, sono stati sottoposti a un ECG a 12 derivazioni prima e dopo la somministrazione di flecainide.

Risultati. Il test alla flecainide è risultato negativo in 14 soggetti e positivo in 18. Dopo la somministrazione di flecainide, gli ECG positivi erano caratterizzati da un maggiore prolungamento dell'intervallo QT corretto per la frequenza cardiaca (QTc) nelle derivazioni precordiali destre rispetto agli ECG negativi (78,2±35,5 ms vs. 22,0±28,4 ms in V1 e 107,1±43,8 ms vs. 26,7±30,1 ms in V2; $p < 0{,}01$), mentre non c'era differenza nel prolungamento del QTc nelle derivazioni precordiali (55,2±25,3 ms vs. 35,1±28,1 ms in V5 e 53,1±32,8 ms vs. 27,3±22,4 ms in V6; p=NS).

Conclusioni. In accordo con il substrato elettrofisiologico, il pattern ECG tipico di sindrome di Brugada è caratterizzato anche da un significativo prolungamento dell'intervallo QT nelle derivazioni precordiali.

J Am Coll Cardiol 2003;42:1632-1637

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Fri, 04 Jul 2025, 03:35:37

Sicurezza ed efficacia della crioablazione delle vie accessorie adiacenti al normale sistema di conduzione

F. Gaita, M. Haissaguerre, C. Giustetto, S. Grossi, E. Caruzzo, F. Bianchi, E. Richiardi, R. Riccardi, M. Hocini, P. Jais
Torino, Bordeaux-Pessac

Introduzione. L'ablazione transcatetere è divenuto un trattamento routinario per i pazienti con sindrome di Wolff-Parkinson-White a causa del suo basso rischio e della sua alta efficacia: l'ablazione transcatetere a livello del setto in prossimità del nodo AV e del fascio di His ha peraltro ancora un rischio intrinseco di determinare un blocco AV. L'ablazione transcatetere con crioenergia è solo da poco disponibile. Tale tecnica ha caratteristiche peculiari, tra cui la capacità di determinare una perdita di funzione reversibile e di predire gli effetti dell'ablazione (mappaggio a freddo) e l'aderenza della punta del catetere all'endocardio durante l'erogazione del freddo, evitando in tal modo la dislocazione. Entrambe le caratteristiche possono minimizzare il rischio di complicanze. Scopo di tale studio è stato quello di analizzare l'efficacia e la sicurezza della crioablazione in 20 pazienti con via accessoria (VA) para-Hisiana mediosettale.
Metodi e risultati. Undici pazienti con VA para-Hisiana e 9 pazienti con VA mediosettale sono stati sottoposti a crioablazione transcatetere. È stato eseguito un mappaggio a freddo a -30°C per valutare la scomparsa della VA e l'assenza di una alterazione della conduzione AV. Se veniva ottenuto il risultato voluto, veniva eseguita la crioablazione abbassando la temperatura fino a -75°C per 4 minuti in modo da creare una lesione permanente. La crioablazione è risultata efficace in tutti i pazienti utilizzando una media di 1,2±0,4 applicazioni. Una recidiva è occorsa in 4 pazienti (20%) che sono stati efficacemente sottoposti a una seconda procedura di crioablazione. Non sono state osservate complicanze.
Conclusioni. La crioablazione sembra essere una tecnica efficace e sicura per l'ablazione di VA vicine al nodo AV o al fascio di His a causa della sua capacità di predire l'effetto acuto dell'ablazione con un mappaggio a freddo prima della creazione di una lesione irreversibile.

J Cardiovasc Electrophysiol 2003;14:825-829

Efficacia combinata del posizionamento dell'elettrodo atriale e degli algoritmi di stimolazione atriale per la prevenzione di tachiaritmie parossistiche atriali

L. Padeletti, H. Pürerfellner, S.W. Alder, T.J. Wallner, M. Harvey, L. Horvitz, R. Holbrook, K. Kempen, A. Mugglin, D.A. Hettrick per gli investigatori ASPECT

Introduzione. Non è noto il ruolo combinato della localizzazione dell'elettrodo atriale e degli algoritmi di stimolazione atriale nella prevenzione delle tachiaritmie atriali (AT/AF), includendo sia la fibrillazione atriale che il flutter atriale. Abbiamo valutato l'ipotesi che gli algoritmi di stimolazione atriale possano diminuire la frequenza di AT/AF in pazienti con elettrodi atriali, bradicardia e AT/AF parossistici.
Metodi e risultati. Sono stati impiantati con sistema di stimolazione DDDRP, che includeva tre algoritmi di stimolazione per la prevenzione di AT/AF, 298 pazienti (età 70±10 anni; 61% maschi) in 35 centri. La sede dell'elettrodo è stata randomizzata al momento dell'impianto a settale e non settale. I pazienti erano randomizzati ad un mese dall'impianto a prevenzione di AT/AF accesa o spenta per tre mesi con un successivo incrocio per altri tre mesi. I pazienti annotavano gli episodi di AT/AF mediante un attivatore manuale. L'efficacia di prevenzione è stata valutata a un'analisi intention-to-treat in 277 (138 settali) con un follow-up completo. Non sono stati rilevati cambiamenti nella frequenza e intensità di AT/AF registrati dal dispositivo tra pazienti con gli algoritmi accesi o spenti e tra il posizionamento settale o non settale dell'elettrodo. L'analisi di altri outcomes secondari ha mostrato che la stimolazione di prevenzione per AT/AF ha determinato una diminuzione di extrasistoli atriali sia nel braccio settale (1,9 [0,2-8,7] vs. 3,3 [0,3-10,6] x 10^3/die; p <0,01) che nel non settale (0,9 [0,2-3,3 vs. 1,3 [0,3-5,5] x 10^3/die; p <0,001). I pazienti con elettrodo atriale avevano meno episodi sintomatici di AT/AF con gli algoritmi accesi rispetto a spenti (1,4±3,0 vs. 2,5±5,2/mese, p=0,01).
Conclusioni. La combinazione di tre algoritmi di stimolazione per la prevenzione di aritmie atriali non ha diminuito la frequenza o intensità di tachiaritmie atriali classificate dal dispositivo durante un periodo di cross-over di tre mesi in pazienti bradicardici con posizione dell'elettrodo atriale settale o non settale. La stimolazione di prevenzione era associata a una diminuzione della frequenza di extrasistoli atriali con una diminuzione della frequenza di tachiaritmie atriali sintomatiche in pazienti con l'elettrodo settale.

J Cardiovasc Electrophysiol 2003;14:1189-1195

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Fri, 04 Jul 2025, 03:35:37

Prevenzione della fibrillazione atriale parossistica in pazienti con bradicardia sinusale: ruolo dell'ablazione lineare atriale e del sito di stimolazione

L. Padeletti, G. Botto, A. Spampinato, A. Michelucci, A. Colella, M.C. Porciani, P. Pieragnoli, C. Ciapetti, N. Fusilli, A. Sagone, M. Martelli, R. Raneri, A. Grammatico

Firenze, Como, Roma

Introduzione. Le lesioni lineari atriali destre (LLAD), isolate o in combinazione con terapia antiaritmica, possono modificare il substrato che sostiene la fibrillazione atriale (FA). Scopo di questo studio prospettico randomizzato è stato quello di valutare in che modo le LLAD possano determinare un beneficio alla stimolazione a livello dell'auricola destra (SAD) e/o a livello del setto interatriale (SSI) in associazione alla terapia farmacologica in pazienti con FA parossistica sintomatica e bradicardia sinusale che richieda la stimolazione definitiva atriale.

Metodi e risultati. Sessantaquattro pazienti (33 maschi e 31 femmine, età media 73±10 anni) hanno completato un follow-up di 6 mesi. I pazienti sono stati randomizzati a LLAD (n=33) e non lesioni lineari in atrio destro (NLLAD), e inoltre a SSI (n=32) o SAD (n=32). Quindici pazienti con LLAD sono stati stimolati come SSI e 18 come SAD. Diciassette pazienti del gruppo NLLAD sono stati stimolati come SSI e 14 come SAD. Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative per quanto riguarda l'intensità di eventi tachiaritmici atriali (TA) tra il gruppo NLLAD (84±169 min/die) e il gruppo LLAD (202±219 min/die). L'intensità media di TA era significativamente inferiore nel gruppo SSI (70±150 min/die) rispetto al gruppo SAD (219±317 min/die; p <0,016). Nel gruppo LLAD , l'intensità media di TA era 99±180 min/die nei pazienti SSI e 288±372 min/die nei pazienti SAD (p <0,046). Nel gruppo NLLAD, non è stata evidenziata una differenza significativa tra l'intensità media di TA dei pazienti SSI (46±117 min/die) e i pazienti SAD (130±211 min /die).

Conclusioni. I risultati del presente studio indicano che le LLAD non determinano un maggiore beneficio terapeutico se combinate alla terapia antiaritmica e alla stimolazione atriale settale o non settale in pazienti con bradicardia sinusale e FA parossistica.

J Cardiovasc Electrophysiol 2003;14:733-738

Impatto della stimolazione a circuito chiuso, a elevata frequenza e della modalità di stimolazione DDDR nell'intensità di tachiaritmia atriale nella sindrome bradi-tachi. Uno studio randomizzato

A. Puglisi, G. Altamura, F. Capestro, B. Castaldi, G. Critelli, S. Favale, L. Pavia, G. Pettinati

Roma, Ancona, Isernia, Bari, Messina, Castrano

Scopi. La stimolazione atriale ad alta frequenza incrementa la percentuale di stimolazione atriale (APP) e questo potrebbe determinare una riduzione delle recidive di tachiaritmia atriale (TA) in pazienti con sindrome bradi-tachi (SBT). Tale studio ha comparato l'intensità di TA e APP in pazienti con SBT trattati con stimolazione DDDR convenzionale, DDD+ stimolazione ad elevata frequenza e stimolazione a circuito chiuso (CLS).

Metodi e risultati. Sono stati inclusi 149 pazienti con SBT (72 maschi, età media 74±9) cui è stato impiantato un pacemaker bicamerale (Philos DR or Inos 2+CLS, Biotronik GmbH, Berlino, Germania) programmato in DDD a 70 bpm. Dopo un mese di follow-up, sono stati attivati gli algoritmi DDDR, DDD+ or CLS in accordo con la randomizzazione. Sono state eseguite visite di follow-up a 4 e a 7 mesi. Sono stati utilizzati test non parametrici (Kruskal-Wallis H-test, Dunn test, Spearman) per analizzare i campioni non normalmente distribuiti. A 7 mesi, l'intensità di TA era significativamente minore nel gruppo CLS (20,3±63,1 min/die, p <0,01) se paragonato al gruppo DDDR (56,0±184,0 min/die) e al gruppo DDD+ (63,1±113,8 min/die). La APP era più alta nel gruppo CLS (89,0±13,2%) e nel gruppo DDD+ (97,9±2,7%) rispetto al gruppo (71,1±26,7%, p <0,001). La correlazione riscontrata fra intensità di TA e APP è stata molto debole: a 7 mesi di follow-up il coefficiente di Spearman era -0,29 (p=NS) in CLS, -0,52 (p <0,01) in DDD+, -0,22 (p=NS) in DDDR.

Conclusioni. La stimolazione CLS è significativamente associata ad una minore intensità di TA, se paragonata ad altri algoritmi di stimolazione. Inoltre la APP era significativamente più alta nel gruppo DDD+ e CLS rispetto a DDDR. La APP si correlava debolmente all'intensità di TA solo nella modalità DDD+, sebbene il più basso livello di intensità di TA fosse ottenuto nel gruppo CLS, dove non veniva riscontrata alcuna correlazione significativa.

Eur Heart J 2003;24:1952-1961

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Fri, 04 Jul 2025, 03:35:37

L'ablazione delle vene polmonari è necessaria per la terapia della fibrillazione atriale?

G. Stabile, P. Turco, V. La Rocca, P. Nocerino, E. Stabile, A. De Simone
Maddaloni, Washington

Presupposti Le vene polmonari (VP) hanno un ruolo centrale nell'inizio e perpetuazione della fibrillazione atriale (FA).
Metodi e risultati. Cinquantuno pazienti con FA parossistica o persistente sono stati sottoposti ad ablazione circonferenziale con radiofrequenza dell'ostio delle vene polmonari con approccio anatomico. L'end-point della procedura di ablazione era la registrazione di bassi potenziali bipolari (<0,1 mV) all'interno delle lesioni. È stata utilizzata la stimolazione dall'atrio sinistro al fine di verificare la conduzione tra le VP e l'atrio sinistro. Durante un follow-up medio di 16,6±3,9 mesi, 41 pazienti (80,4%) erano liberi da aritmie. Quando sono stati studiati i pazienti con o senza recidive di FA, non sono state riscontrate differenze significative nel numero medio di VP in cui era stato raggiunto l'end-point di ablazione richiesto (3,4±1,2 vs 3,7±0,87) e nelle VP isolate (1,5±1,4 vs 1,6±0,1). Abbiamo notato che, sebbene in 29 pazienti su 41 (71%) senza recidiva di FA l'end-point di ablazione era raggiunto in tutte le VP mappate, era stato possibile dimostrare l'isolamento di tutte le VP solo in 2 pazienti. Peraltro, in 7 dei 10 pazienti (70%) con recidiva di FA, l'end-point di ablazione era raggiunto in tutte le VP mappate, mentre l'isolamento di tutte le VP era stato ottenuto in un paziente.
Conclusioni. I nostri risultati mostrano come, con l'utilizzo dell'approccio anatomico puro, è possibile prevenire la FA in più dell'80% dei pazienti che si sottopongono ad ablazione transcatetere. Inoltre, l'isolamento delle VP non è cruciale nella terapia della FA.

Circulation 2003;108:657-660

Fattori di rischio per impianto di pacemaker in seguito a sostituzione valvolare aortica: esperienza di un singolo centro

G Limongelli, V. Ducceschi, A. D'Andrea, A. Renzulli, B. Sarubbi, M. De Feo, F. Cerasuolo, R. Calabrò, M. Cotrufo
Napoli

Obiettivi. Identificare i fattori predittivi perioperatori di necessità di stimolazione cardiaca permanente in seguito a sostituzione valvolare aortica.
Disegno e pazienti. Studio prospettico di coorte su 276 pazienti sottoposti a sostituzione valvolare: 267 pazienti (età media (DS), 57,5 [14] anni) senza alterazioni del ritmo e 9 pazienti (67,7 [5] anni) con severe alterazioni del ritmo che hanno richiesto una stimolazione permanente; sono state valutate 65 variabili perioperatorie (38 preoperatorie, 8 intraoperatorie e 19 postoperatorie).
Risultati. In nove pazienti (3,2%) è intercorso un blocco atrioventricolare (AV) di secondo o terzo grado permanente. I fattori di rischio per una stimolazione permanente identificati da una analisi univariata sono stati: preoperatori: ulteriore valvulopatia, insufficienza aortica, infarto miocardio, ipertensione polmonare, anemia, utilizzo di digitale; intraoperatori: arresto cardiaco; postoperatori: arresto cardiaco, alterazioni della conduzione, alterazioni elettrolitiche, utilizzo di ACE inibitori. Una regressione logistica multivariata ha identificato il rigurgito aortico preoperatorio (p <0,005; odds ratio 6,6, intervallo di confidenza 95% 1,6 a 12,2), l'infarto miocardico (p <0,0005; OR 15,2, 95% IC 6,3 a 19,9), l'ipertensione polmonare (p <0,005; OR 12,5, 95% IC 3,2 a 18,3), e le alterazioni elettrolitiche postoperatorie (p <0,01; OR 4,5, 95% IC 1,3 a 6,4).
Conclusioni. Il blocco AV permanente che richiede una stimolazione cardiaca definitiva è una condizione non comune che segue la sostituzione valvolare aortica. La presenza di rigurgito aortico preoperatorio, di infarto miocardio, ipertensione polmonare e alterazioni elettrolitiche postoperatorie dovrebbero essere considerate al fine di identificare i pazienti a maggior rischio di blocco AV avanzato.

Heart 2003;89:901-904

Morte improvvisa secondaria a fibrillazione atriale nella cardiomiopatia ipertrofica: un evento predicibile in un giovane paziente

S. Favale, C. Pappone, F. Nacci, F. Fino, F. Resta, C. Dicandia
Bari, Milano

Questo caso si riferisce a una donna di 39 anni con cardiomiopatia ipertrofica (CMPI) e storia familiare di morte improvvisa (MI). Nel 1985, una stimolazione atriale ad alta frequenza indusse una FV. Nel 1996 le fu impiantato un defibrillatore (ICD) e rimase libera da eventi aritmici fino a novembre 2000, quando il dispositivo ha riportato un episodio di fibrillazione atriale, degenerato in FV e interrotta dal ICD. Il meccanismo di induzione della FV registrato dal ICD era simile a quello registrato nel 1985. L'eleva-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.204 Fri, 04 Jul 2025, 03:35:37

ta incidenza di tachiaritmie atriali nella CMPI rende casi simili a questo ad alto di MI. Il ruolo predittivo della stimolazione atriale incrementale merita approfondimenti in studi futuri.

PACE 2003;26:637-639

Il valore diagnostico del test all'ATP in pazienti con sincope indeterminata

M. Brignole, P. Donateo, C. Menozzi
Lavagna, Reggio Emilia

Una minoranza di pazienti con sincope di natura indeterminata ha una aumentata suscettibilità all'iniezione di adenosina trifosfato (ATP). In tali pazienti "ipersensibili" l'adenosina endogena rilasciata in condizioni fisiologiche e/o patologiche può indurre bradicardia e/o ipotensione e determinare una sincope come conseguenza dei suoi effetti cardiaci ed ipotensivi. Tale ipotesi deve peraltro essere provata. Vi sono comunque alcune evidenze che il test all'ATP identifichi un gruppo di pazienti con definite caratteristiche cliniche, assenza di cardiopatia strutturale e prognosi benigna, affetti da sincope di natura altrimenti indeterminata. Il meccanismo della sincope è eterogeneo; infatti, in caso di documentazione elettrocardiografica della sincope spontanea, sono state evidenziate sia prolungate pause ventricolari (principalmente dovute a blocco atrioventricolare (AV) parossistico) sia nessuna variazione del ritmo o tachicardia. I pazienti positivi al test all'ATP hanno caratteristiche cliniche e meccanismi di sincope che sono differenti dai pazienti positivi al tilt-test. Dato il suo basso potere predittivo positivo, il test all'ATP è di scarso valore nella selezione del trattamento. Un outcome favorevole suggerisce una strategia attendistica nei confronti di un trattamento, in particolare un impianto di pacemaker, fino a quando non sia stata fatta una diagnosi definitiva documentando una recidiva sincopale spontanea.

Europace 2003;5:425-428