- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Fri, 26 Apr 2024, 16:37:59

GLI ITALIANI ALL'ESTERO

Gli italiani all'estero

Riviste consultate:

Circulation; European Heart Journal; European Journal of Heart Failure; International Journal of Cardiology; Journal of Cardiovascular Electrophysiology; Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology; Journal of the American College of Cardiology; Pacing and Clinical Electrophysiology
(ottobre-dicembre 2004)

Traduzioni a cura di:

A. Pozzolini

G Ital Aritmol Cardiostim 2005;1:56-61

Studio randomizzato, controllato e in doppio cieco della stimolazione cardiaca permanente nel trattamento della sincope neuromediata ricorrente e indotta da tilt. Lo studio SYNPACE

A. Raviele, F. Giada, C. Menozzi, G. Speca, S. Orazi, G. Gasparini, R. Sutton, M. Brignole per i ricercatori Vasovagal Syncope and Pacing Trial (SYNPACE)

Mestre-Venezia, Reggio Emilia, Teramo, Rieti, Lavagna, Londra

Obiettivi. Alcuni recenti studi hanno indicato un'efficace profilassi delle recidive di sincope neuromediata a seguito dell'impianto di un pacemaker. Poiché questi studi non erano in cieco né controllati contro placebo, i benefici osservati potrebbero essere dovuti a bias nella valutazione dei risultati o a effetto placebo del pacemaker. È stato pertanto condotto uno studio randomizzato, controllato e in doppio cieco per accertare se la cardiostimolazione sia in grado di ridurre le recidive sincopali.
Metodi e risultati. Ventinove pazienti (range di età 53 ± 16 anni; 19 donne) con quadro severo di sincope neuromediata ricorrente e indotta da tilt (media di 12 episodi sincopali dalla nascita) e con recidiva sincopale dopo tilt test sono stati sottoposti a impianto di pacemaker e randomizzati a stimolazione ON oppure OFF. Durante un follow-up mediano di 715 giorni, 8 (50%) pazienti randomizzati a stimolazione ON hanno avuto recidiva sincopale, contro 5 (38%) pazienti randomizzati a stimolazione OFF (p = ns); la mediana del tempo alla prima recidiva è risultata più lunga nel gruppo con stimolazione ON, anche se in maniera non significativa [97 (38-144) vs 20 (4-302) giorni; p = 0,38]. La differenza non ha raggiunto la significatività statistica anche nei sottogruppi di pazienti con risposta al tilt test di tipo misto o asistolica.
Conclusioni. I nostri dati non confermano l'efficacia della stimolazione cardiaca nella prevenzione delle recidive sincopali in pazienti con quadro severo di sincope neuromediata recidivante indotta da tilt.

Eur Heart J 2004;25:1741-1748

Cardiomiopatie: tempo per una classificazione molecolare?

G. Thiene, D. Corrado, C. Basso

Padova

Le patologie primitive del miocardio hanno sempre attratto l'interesse della comunità scientifica a causa della loro oscura etiopatogenesi. Per anni, definizione e classificazione di queste entità nosologiche sono state confuse e controverse. La classificazione prodotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1995 ha determinato importanti passi avanti come l'introduzione di una terminologia unificata, il ricono-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Fri, 26 Apr 2024, 16:37:59

scimento ufficiale di nuove entità (le cardiomiopatie aritmogena del ventricolo destro e restrittiva idiopatica) e il chiarimento definitivo che le cardiopatie infiammatorie sono da considerare patologie del miocardio. Tuttavia, secondo la nuova definizione di cardiomiopatie come malattie del miocardio associate a disfunzione cardiaca, esse dovrebbero comprendere forme caratterizzate non solo da contrattilità depressa e alterata funzione diastolica, ma anche da disturbi della conduzione e del ritmo e incrementata aritmogenicità. Inoltre, la scoperta di un background genetico in diverse forme precedentemente definite di origine ignota, consentita dai recenti sviluppi della genetica molecolare, rende necessario un dibattito su una possibile classificazione genetica delle cardiomiopatie.

Eur Heart J 2004;25:1772-1775

Differenti decorsi clinici ed elementi predittivi di comparsa di fibrillazione atriale dopo ablazione dell'istmo cavo-tricuspidalico in pazienti con quadro preablazione di flutter atriale isolato, associato a fibrillazione atriale o indotto da farmaci

E. Bertaglia, A. Bonso, F. Zoppo, A. Proclemer, R. Verlato, L. Coro, R. Mantovan, S. Themistoclakis, A. Raviele, P. Pascotto

Mirano, Mestre, Udine, Camposampiero, Conegliano, Treviso

Obiettivi. Scopo di questo studio prospettico era confrontare il follow-up a lungo termine dopo ablazione dell'istmo cavo-tricuspidalico (ICT) di pazienti con quadro preablazione di flutter atriale isolato, associato a fibrillazione atriale (FA) o indotto da farmaci, per determinare se la FA postablazione segue un diverso decorso clinico e presenta elementi predittivi differenti nei diversi gruppi.
Metodi e risultati. Lo studio ha valutato 357 pazienti sottoposti ad ablazione dell'ICT per flutter atriale tipico, che sono stati divisi in 4 gruppi secondo l'anamnesi preablazione. Il gruppo A comprendeva pazienti con flutter atriale tipico senza storia di FA (n = 120, 33,6%). Il gruppo B comprendeva pazienti con storia di FA e flutter atriale spontaneo (n = 132, 37%). I pazienti del gruppo C avevano anamnesi di FA e di flutter atriale indotto dalla terapia con antiaritmici IC (propafenone o flecainide) (n = 63, 17,6%). Al gruppo D venivano assegnati pazienti con storia di FA e flutter atriale indotto dalla terapia con amiodarone (n = 42, 11,8%). Durante un follow-up medio di 15,2 ± 10,6 mesi (range 6-55 mesi) si osservava maggiore incidenza di fibrillazione atriale nei pazienti del gruppo B (56,1%) e del gruppo C (57,1%) rispetto a quelli del gruppo A (20,8%, p <0,0001) e del gruppo D (31,0%, p <0,0001). I risultati dell'analisi multivariata mostravano la correlazione esistente tra diverse variabili cliniche ed ecocardiografiche e l'evenienza di fibrillazione atriale dopo l'ablazione nei diversi gruppi di pazienti. I pazienti con flutter atriale indotto dall'amiodarone risultavano avere un rischio postablazione di fibrillazione atriale significativamente inferiore rispetto a quelli con flutter e fibrillazione atriale spontanei o con flutter atriale indotto da farmaci antiaritmici IC.
Conclusioni. Diverse variabili cliniche ed ecocardiografiche predicono l'occorrenza di fibrillazione atriale dopo procedura di ablazione in sottogruppi diversi di pazienti.

Pacing Clin Electrophysiol 2004;27:1507-1512

Valutazione non invasiva della contrattilità ventricolare sinistra mediante ecocardiografia da stress con pacemaker

T. Bombardini, M. Agrusta, N. Natsvlishvili, F. Solimene, R. Pap, F. Coltorti, A. Varga, G. Mottola, E. Picano

Background. La valutazione non invasiva della contrattilità ventricolare sinistra è un obiettivo importante ma ancora elusivo. Interventi inotropi positivi comportano volumi telesistolici inferiori e pressioni telesistoliche più alte. Un aumento della frequenza cardiaca incrementa progressivamente la forza della contrazione ventricolare (fenomeno della scala di Bowditch).
Obiettivi. Determinare la fattibilità di una valutazione non invasiva della relazione forza-frequenza durante pacing stress in laboratorio di ecocardiografia in pazienti portatori di pacemaker.
Metodi. Una valutazione ecocardiografica transtoracica in corso di pacing stress veniva eseguita in 26 pazienti portatori di pacemaker (range di età 69 ± 11 anni; 21 maschi, 5 donne). Sette pazienti avevano funzione normale basalmente e in corso di stress ("normali"); 8 avevano una coronaropatia documentata angiograficamente (3 con e 5 senza ischemia inducibile con ecostress); 11 pazienti erano affetti da cardiomiopatia dilatativa. Per tracciare la relazione forza-frequenza, la forza veniva determinata a diversi step come il rapporto della pressione sistolica (sfigmomanometro a bracciale)/indice di volume telesistolico (ESV, regola biplana di Simpson/superficie corporea). La frequenza cardiaca veniva determinata dall'ECG.
Risultati. Il valore assoluto della curva forza-frequenza era massimo nei controlli e minimo nei pazienti con cardiomiopatia dilatativa. Una curva forza-frequenza piatta o decrescente veniva rilevata in 12/19 pazienti, ma non nei normali (p <0,01).
Conclusioni. L'ecocardiografia non invasiva da stress con pacing è un'opzione semplice ed efficiente per valutare la contrattilità ventricolare sinistra nei pazienti portatori di pacemaker.

Eur J Heart Fail 2005;7:173-181

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Fri, 26 Apr 2024, 16:37:59

Caratterizzazione delle aritmie fetali mediante magnetocardiografia fetale in tre casi di difficile visualizzazione ecografica

S. Comani, M. Liberati, D. Mantini, E. Gabriele, D. Brisinda, S. Di luzio, R. Fenici, G.L. Romani

Chieti, Ancona, Roma

Premessa. La caratterizzazione delle aritmie fetali rilevate ecograficamente è in genere effettuata per mezzo dell'ecocardiografia fetale M-mode e Doppler-pulsata, tecniche queste che consentono una ricostruzione solo indiretta e approssimativa dei reali eventi elettrofisiologici occorrenti nel cuore fetale. Diversi studi hanno dimostrato la possibilità di caratterizzare le aritmie fetali mediante la magnetocardiografia fetale.

Metodi e risultati. Vengono descritti i casi clinici di 3 donne, studiate dopo la 32ª settimana di gestazione, in cui era stata posta indicazione alla magnetocardiografia fetale per insoddisfacente visualizzazione ecografica del cuore fetale causata da obesità materna, cuore fetale nascosto dalla costante posizione dorsale del feto, ritardo di crescita intrauterino e oligoidramnios. Nella terza paziente veniva somministrata terapia digitalica a causa di un piccolo versamento pericardico. I tracciati magnetocardiografici fetali erano registrati in una stanza appositamente schermata usando un magnetocardiografo a 77 canali. Per ricostruire i segnali fetali veniva utilizzato l'algoritmo fastICA di analisi dei componenti indipendenti. La buona qualità dei segnali fetali rilevati consentiva di identificare in tempo reale le aritmie e di classificarle come extrasistoli sopraventricolari, con o senza aberranza di conduzione e/o blocco atrioventricolare. Durante tutta la registrazione veniva ricostruito l'andamento temporale del ritmo cardiaco fetale ed era possibile studiare la variabilità della frequenza cardiaca fetale in termini sia di tempo sia di frequenza.

Conclusioni. Poiché extrasistoli isolate possono trasformarsi in più pericolose tachicardie sopraventricolari, la caratterizzazione prenatale non invasiva delle aritmie fetali, anche transitorie, e il loro monitoraggio durante la gravidanza possono avere un impatto clinico rilevante.

PACE 2004;12:1647-1655

Adattamento battito-battito della frequenza cardiaca in pazienti di età pediatrica e tardo-adolescenziale portatori di pacemaker rate-responsive closed loop

F. Drago, M.S. Silvetti, A. De Santis, G. Grutter, G. Calcagnini, F. Censi, P. Bartolini, V.Barbaro

Roma

Obiettivi. Scopo dello studio era valutare l'efficacia di pacemaker fisiologici rate-responsive (stimolazione closed loop, CLS) nella stimolazione di pazienti pediatrici e tardo-adolescenti valutati a riposo e durante stress da esercizio, mentale e ortostatico. La stimolazione bicamerale è indicata sempre più spesso nei pazienti giovani. L'utilizzo di un nuovo modo di stimolazione fisiologica basato sulla misura indiretta della contrazione ventricolare (CLS) ha determinato risultati interessanti nella popolazione adulta, mentre non sono disponibili dati relativi ai pazienti in età pediatrica.

Metodi. Gli intervalli R-R e i valori di pressione sistolica e diastolica battito-battito sono stati monitorati in 12 pazienti in età pediatrica (6 maschi, età media 17 anni con range 12-22) sottoposti a impianto transvenoso di PM bicamerale Inos(2+)-CLS (Biotronik GmbH, Berlino, Germania) con elettrocateteri endocardici. In tutti i pazienti si rilevavano corretti parametri elettrici all'impianto e nel corso del follow-up.

Risultati. Gli intervalli R-R stimolati mostravano un significativo decremento ($F = 7,28$, $p = 0,01$) da 850 ± 8 ms (riposo) a 730 ± 10 ms (stress mentale) e a 750 ± 10 ms (ortostatismo); i valori di pressione sistolica e diastolica risultavano significativamente più elevati ($F = 12,2$, $p = 0,002$/$F = 13,6$, $p = 0,001$) durante stress mentale (134,4 ± 19,9/74,4 ± 8,1 mmHg) in confronto ai dati a riposo (115,1 ± 18,3/61,0 ± 6,1 mmHg) e a quelli in ortostatismo (118,7 ± 23,9/67,3 ± 0,1 mmHg). Durante sforzo gli intervalli R-R stimolati mostravano un accorciamento significativo di circa il 35% tra il valore basale e quello al massimo carico di lavoro raggiunto ($F = 24,90$, $p = 0,001$), e la pressione arteriosa sistolica aumentava significativamente ($F = 4,91$, $p = 0,019$) di circa il 34% tra il valore basale e quello al massimo carico di lavoro raggiunto. Il confronto tra le frequenze stimolate e spontanee evidenziava valori assoluti e trend molto simili. Inoltre, il modo di stimolazione CLS non sembrava superare in velocità la frequenza spontanea, quando questa era presente.

Conclusioni. Questo studio valutativo della stimolazione CLS in una popolazione pediatrica e tardo-adolescenziale mostra che, come precedentemente osservato nella popolazione adulta, la stimolazione CLS risponde a stimoli sia fisici che non fisici, variando in maniera fisiologica la frequenza di stimolazione.

PACE 2005;28:212-218

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Fri, 26 Apr 2024, 16:37:59

Trattamento ablativo del flutter atriale con crioenergia. Esperienza con un nuovo catetere 9 French con punta di 8 mm

A.S. Montenero, N. Bruno, F. Zumbo, A. Antonelli, L. Fiocca, L. Barbieri, F. De Bernardi, P. Andrew, V. Affinito

Milano

Background. La crioablazione cardiaca è stata utilizzata con successo nel trattamento di varie aritmie. Questo studio documenta la nostra esperienza con un nuovo criocatetere da 9 French con punta di 8 mm per il trattamento ablativo del flutter atriale sintomatico.
Metodi. Venivano trattati 77 pazienti consecutivi con flutter atriale sintomatico. Gli studi elettrofisiologici venivano effettuati con cateteri diagnostici e l'ablazione con un criocatetere quadripolare 9 F con punta di 8 mm (Freezor® MAX, CryoCath Technologies Inc., Kirkland, Canada). La crioablazione veniva condotta a –75°C per 8 min, iniziando al bordo inferiore dell'ostio del seno coronarico e creando una linea posteriore verso la valvola di Eustachio. Venivano valutati la sicurezza, il blocco istmico bidirezionale al momento dell'intervento e le recidive a 3 mesi dalla procedura.
Risultati. Non sono stati riportati eventi avversi. Nessun paziente riceveva disturbo dall'erogazione della crioenergia. Il tasso acuto di successo era del 96% per tutti i pazienti e del 100% per quelli con flutter atriale del tipo comune. I dati di follow-up relativi a 47 pazienti mostravano la persistenza del blocco conduttivo istmico a un nuovo studio elettrofisiologico a 3 mesi in 33 pazienti (70%); 1 paziente (2%) aveva ripresa sia dei sintomi sia della conduzione. Il follow-up clinico a 6 mesi di 53 pazienti trattati con successo in acuto mostrava 48 pazienti (91%) persistentemente asintomatici e 5 casi (9%) di recidive sintomatiche documentate con ECG e/o diario clinico.
Conclusioni. La nostra esperienza con un nuovo criocatetere quadripolare 9 F con punta di 8 mm ha mostrato un elevato tasso di successo in acuto e un eccellente profilo di sicurezza. Malgrado un nuovo studio elettrofisiologico ripetuto a 3 mesi dall'ablazione abbia identificato ripresa della conduzione a livello istmico nel 30% dei pazienti, al follow-up clinico a 6 mesi solo il 9% dei pazienti ha presentato recidive sintomatiche. Tuttavia, appare necessario un ulteriore periodo di monitoraggio volto a determinare se il tasso di recidive relativamente basso osservato al follow-up clinico a 6 mesi dalla procedura si mantenga a lungo termine.

J Interv Card Electrophysiol 2005;12:45-54

Efficacia a lungo termine della crioablazione transcatetere per il trattamento del flutter atriale: risultati della ripetizione dello studio elettrofisiologico

A.S. Montenero, N. Bruno, A. Antonelli, D. Mangiameli, L. Barbieri, P. Andrew, O. Murphy, S. O'Connor, F. Zumbo

Milano

Obiettivi. Abbiamo studiato l'efficacia a lungo termine della crioablazione nel trattamento del flutter atriale. A nostra conoscenza nessuno studio ha precedentemente valutato l'efficacia a lungo termine della crioablazione basandosi sia sui sintomi sia sulla ripresa della conduzione istmica.
Metodi. Quarantacinque pazienti consecutivi con flutter atriale sintomatico venivano sottoposti ad ablazione con un criocatetere quadripolare 7 F con punta di 6 mm (Freezor Xtra, CryoCath Technologies Inc., Kirkland, Canada). Gli studi elettrofisiologici venivano effettuati con cateteri diagnostici. La crioablazione veniva condotta a –75°C per 4 min, iniziando al bordo inferiore dell'ostio del seno coronarico e creando una linea posteriore verso la valvola di Eustachio. Venivano valutati la sicurezza, il blocco istmico bidirezionale all'intervento e le recidive a 3, 6 e 9 mesi dalla procedura.
Risultati. Non sono stati riportati eventi avversi. Nessun paziente riceveva disturbo dall'erogazione della crioenergia. Il tasso acuto di successo era dell'87%. I dati di follow-up dei 39 pazienti trattati con successo in acuto mostravano la persistenza del blocco conduttivo istmico a un nuovo studio elettrofisiologico ripetuto a 3 mesi in 27 pazienti (69%); nessun paziente (0%) aveva recidive sintomatiche documentate con monitoraggio Holter, ECG e/o diario clinico a un follow-up di 3, 6 e 9 mesi
Conclusioni. La nostra esperienza con un nuovo criocatetere quadripolare 7 F con punta di 6 mm ha mostrato un tasso di successo in acuto soddisfacente, un eccellente profilo di sicurezza e una buona percentuale di successo in cronico in termini di recidive sintomatiche. Tuttavia, appare necessario un ulteriore periodo di monitoraggio volto a determinare la persistente assenza di sintomi, data la presenza di un piccolo numero di pazienti con dimostrata ripresa della conduzione a livello istmico.

J Am Coll Cardiol 2005;45:573-580

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Fri, 26 Apr 2024, 16:37:59

Prevenzione della tachicardia atriale iatrogena dopo ablazione della fibrillazione atriale Studio prospettico randomizzato di confronto di ablazione circonferenziale delle vene polmonari con un approccio modificato

C. Pappone, F. Manguso, G. Vicedomini, F. Gugliotta, O. Santinelli, A. Ferro, S. Gulletta, S. Sala, N. Sora, G. Paglino, G. Augello, E. Agricola, A. Zangrillo, O. Alfieri, V. Santinelli

Milano

Background. L'ablazione circonferenziale delle vene polmonari (CPVA) è efficace nella terapia della fibrillazione atriale (FA), ma una potenziale complicanza della metodica è rappresentata da tachicardia atriale sinistra (TAS) di nuova insorgenza. Abbiamo valutato se un approccio modificato alla CPVA, comprendente linee ablative aggiuntive sulla parete posteriore e l'istmo mitralico, sia in grado di ridurre l'incidenza di TAS dopo CPVA.

Metodi e risultati. Cinquecentosessanta pazienti (291 maschi, 52%; età, 56,5 ± 7,3 anni) sono entrati nello studio; 280 venivano randomizzati alla semplice CPVA (gruppo 1), 280 alla CPVA modificata (gruppo 2). L'end-point primario era l'assenza di TAS dopo la procedura. Nel gruppo 1, in 28 pazienti (10%) si è verificata TAS di nuova insorgenza e in 41 (14,3%) recidiva di FA. Nel gruppo 2, in 11 pazienti (3,9%) si è verificata TAS e in 36 (12,9%) recidiva di FA. La TAS è stata più frequente nel gruppo 1 rispetto al gruppo 2 (p = 0,005). L'assenza di recidive di FA dopo l'ablazione è risultata simile nei due gruppi (p = 0,57). Tra i pazienti del gruppo 1 veniva documentata in 23/28 (82%) una TAS da macrorientro correlata alla presenza di un gap nelle linee di ablazione, e in 5/28 (18%) una TAS focale. Nel gruppo 2, la TAS da macrorientro gap-correlata veniva rilevata in 8/11 pazienti (73%), la TAS focale in 3 (27%). Due pazienti nel gruppo 1 e 1 paziente nel gruppo 2 mostravano sia TAS che FA. Il più forte predittore di TAS risultava la presenza di gap nelle linee ablative (p <0,001).

Conclusioni. La CPVA modificata appare altrettanto efficace della CPVA nella prevenzione della FA, ma è associata a un minore rischio di sviluppo di TAS incessante.

Circulation 2004;110:3036-3042

Impatto della posizione dell'elettrocatetere in seno coronarico sulla stimolazione biventricolare: valutazione ecocardiografica e di mortalità durante follow-up a lungo termine

A. Rossillo, A. Verma, E.B. Saad, A. Corrado, G. Gasparini, N.F. Marrouche, A.R. Golshayan, R. McCurdy, M. Bhargava, Y. Khaykin, J.D. Burkhardt, D.O. Martin, B.L. Wilkoff, W.I. Saliba, R.A. Schweikert, A. Raviele, A. Natale

Mestre-Venezia, Cleveland

Introduzione. La stimolazione biventricolare è un trattamento consolidato dello scompenso cardiaco congestizio. Non è noto se la localizzazione anatomica del catetere stimolatore in seno coronarico abbia un impatto sull'outcome. Scopo di questo studio era la valutazione della risposta clinica e della mortalità in pazienti in cui veniva impiantato un catetere stimolatore transvenoso in rami diversi del seno coronario per stimolazione biventricolare.

Metodi e risultati. Abbiamo valutato 233 pazienti consecutivi con scompenso cardiaco in III-IV classe NYHA e frazione di eiezione <35%, impiantati con successo con un catetere stimolatore transvenoso in una branca del seno coronarico. I pazienti sono stati divisi in due gruppi sulla base della posizione anatomica dell'elettrocatetere. Il gruppo 1 (n = 66) comprendeva pazienti con cateteri posizionati nei rami anteriori e anterolaterali. Il gruppo 2 (n = 167) comprendeva pazienti con cateteri posizionati nelle branche laterali e posterolaterali del seno coronarico. Nel post-impianto la capacità funzionale aumentava da un valore medio di 3,1 a 2,7 nel gruppo 1 (p = 0,001) e da 3,1 a 2,3 nel gruppo 2 (p = 0,001). La frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS) misurata con l'ecocardiografia transtoracica non migliorava significativamente nel gruppo 1 (FEVS-pre = 18%, FEVS-post = 20%; p = NS), ma aumentava significativamente da 19% a 27% nel gruppo 2 (p = 0,008). Malgrado la diversa risposta in termini di FEVS, la mortalità nei due gruppi dopo un follow-up medio di 546 giorni risultava simile (13,6% nel gruppo 1, 17,9% nel gruppo 2).

Conclusioni. Il posizionamento del catetere stimolatore del seno coronarico nei rami laterali o posterolaterali è associato a un significativo incremento nella capacità funzionale e a un incremento di funzione ventricolare sinistra maggiore rispetto alla posizione all'interno di una branca anteriore del seno coronarico. Questo miglioramento non sembra riflettersi in una riduzione della mortalità.

J Cardiovasc Electrophysiol 2004;15:1120-1125

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.12.36.30 Fri, 26 Apr 2024, 16:37:59

Incidenza di fibrillazione atriale in una popolazione italiana seguita dal medico di medicina generale attraverso un servizio di teleconsulto cardiologico

S. Scalvini, M. Piepoli, E. Zanelli, M. Volterrani, A. Giordano, F. Glisenti

Background. La fibrillazione atriale (FA) è la tachiaritmia cardiaca sostenuta più comune ed è spesso di diagnosi occasionale in assenza di cardiopatia nota. Scopo di questo studio è la descrizione di una popolazione italiana di pazienti con FA seguiti dai loro medici di medicina generale (MMG) con l'ausilio di un servizio di teleconsulto cardiologico.
Metodi. A 655 medici di medicina generale italiani sono stati forniti degli elettrocardiografi portatili. Sono stati inseriti nello studio i tracciati ECG di tutti i pazienti consecutivi (7516) ricevuti tra gennaio e settembre 2001.
Risultati. La fibrillazione atriale veniva rilevata in 719 pazienti (9%; età 77 ± 2 anni). In 448 pazienti la FA era una condizione cronica e nota, mentre in 271 pazienti rappresentava una nuova diagnosi. Nei casi di FA cronica il motivo principale del teleconsulto era un controllo routinario richiesto dal MMG, ma una frequenza cardiaca non controllata era presente nel 29% dei casi, mentre un trattamento antiaggregante piastrinico o anticoagulante orale era seguito solo dal 46,2% dei pazienti. Il semplice teleconsulto ha risolto il problema del MMG in 348 pazienti (77,6%) (154 casi – 34,5% – non hanno richiesto interventi ulteriori, mentre 194 pazienti – 43,5% – hanno richiesto solo aggiustamenti terapeutici); per 47 pazienti (10,5%) è stato richiesto il ricovero, 51 pazienti hanno avuto necessità di ulteriori indagini diagnostiche. In 271 casi era registrata una prima evidenza di FA: in 259 pazienti i MMG avevano chiesto il teleconsulto in presenza di sintomi (per lo più palpitazioni, dispnea, astenia), in 12 per controllo routinario. Dei 271 pazienti con prima evidenza di FA, 121 (46,9%) necessitavano di accesso al Pronto Soccorso, 113 (39,1%) richiedevano semplice aggiustamento terapeutico e a 19 (7,5%) venivano prescritti altri esami diagnostici.
Conclusioni. In Italia molti pazienti con FA, in particolar modo gli anziani, sono seguiti routinariamente dai loro MMG; un servizio di teleconsulto cardiologico può rappresentare uno strumento utile nella gestione domiciliare della FA cronica e nel primo riscontro di nuovi casi di FA.

Int J Cardiol 2005;98:215-220

L'adenosina ripristina la conduzione atrio-venosa dopo isolamento ostiale apparentemente efficace delle vene polmonari

M. Tritto, R. De Ponti, J.A. Salerno-Uriarte, G. Spadacini, R. Marazzi, P. Moretti, M. Lanzotti

Castellanza, Varese

Obiettivi. L'isolamento delle vene polmonari (VP) è un trattamento curativo per i pazienti affetti da fibrillazione atriale. Scopo di questo studio era valutare prospetticamente gli effetti della somministrazione di adenosina sull'attività delle VP e sulla conduzione atrio-venosa dopo isolamento delle VP.
Metodi e risultati. Ventinove pazienti (21 maschi; età media 55 ± 8 anni) venivano sottoposti a isolamento ostiale delle VP guidato da registrazioni con catetere basket. Dopo isolamento efficace, venivano studiati gli effetti di un bolo ev di 12 mg di adenosina in 62 VP. In 22/62 VP (35%), in risposta alla somministrazione di adenosina si osservava una transitoria (16,6 ± 7,1 s, range 3,8-27,9 s) o permanente (3 VP) ripresa della conduzione tra atrio sinistro e VP. La prevalenza di questo fenomeno era 39% per la VP superiore sinistra, 43% per la VP superiore destra, 22% per la VP inferiore sinistra (p = 0,365). Il fenomeno aveva luogo più spesso in presenza di attività dissociata delle VP (11/15 VP, 73% contro 11/47 VP, 23%; p = 0,002), mentre non era influenzato dalla durata mediana dell'erogazione di corrente di radiofrequenza per ogni VP [19 (range interquartile: 12-26) min contro 16 (range interquartile: 11-24) min; p = 0,636]. Un allungamento o un accorciamento del tempo di conduzione tra atrio sinistro e VP veniva osservato alla comparsa e alla scomparsa della conduzione atrio-venosa nel 36% e nel 55% dei casi, rispettivamente. Ulteriori erogazioni di radiofrequenza (mediana 5,5 min, range interquartile: 4-11 min) in corrispondenza dei punti di residua conduzione indicati dalle registrazioni del catetere basket eliminavano definitivamente in tutti i casi il ripristino della conduzione atrio-venosa indotto dall'adenosina. Infine, quando presente, l'attività di scarica intrinseca delle VP veniva invariabilmente depressa dalla somministrazione di adenosina.
Conclusioni. L'adenosina è in grado di ristabilire transitoriamente o definitivamente la conduzione tra atrio sinistro e VP dopo isolamento apparentemente efficace delle VP. Questo fenomeno viene abolito da ulteriori erogazioni di radiofrequenza. Tuttavia, la sua possibile influenza sui risultati clinici dell'ablazione delle VP deve essere valutata mediante appropriati studi randomizzati.

Eur Heart J 2004;25:2155-2163