

Comunicazioni orali

SESSIONE 1

Aritmologia clinica e sincope

COS1.1

Glucose homeostasis as a predictor of restoration and maintenance of sinus rhythm in diabetic patients with not recent-onset atrial fibrillation

C. Sardu^{1,2}, A. Ruocco¹, G. Pagano¹, R. D'Amico², C. Mauro², R. Marfella²

¹SC di Cardiologia con Emodinamica, AORN A. Cardarelli, Napoli,

²Dipartimento di Medicina Clinica Sperimentale, SUN, Seconda Università di Napoli

Background. Diabetes may be an independent risk factor for atrial fibrillation recurrence. However, results from prior studies are contradictory, and a small number of studies has examined diabetes duration or glycemic control.

Objective. To examine the association of diabetes with risk of atrial fibrillation and to describe risk according to diabetes duration and glycemic control.

Design. A population-based case-control one blinded randomized study.

Participants. We identified 60 people with not newly recognized atrial fibrillation from ICD-9 codes and validated cases by review of medical records. 25 controls without diabetes were selected from enrollment lists, stratified by age, sex, hypertension, atrial fibrillation etiology, NYHA class, cardioversion type.

Main measures. Information on atrial fibrillation, diabetes and other characteristics came from medical records. Diabetes was defined based on physician diagnoses recorded, and pharmacologically treated diabetes was defined as receiving anti-hyperglycemic medications. Information about hemoglobin A1c (HbA1c) levels came from computerized laboratory data.

Key results. Cardioversion type, pharmacological cardioversion (G1) or external electrical cardioversion (G2) have not influenced the restoration and maintenance of sinus rhythm. Among patients with atrial fibrillation, 35/60 (78%) had pharmacologically treated diabetes compared to 25/60 (42%) of controls. The adjusted OR for atrial fibrillation recurrence was 9.684 (95% CI 1.974-47.518) for patients with treated diabetes compared to those without diabetes. The adjusted OR for patients with treated diabetes, compared to those without diabetes, with average HbA1c ≤ 7 was 1.833 (95% CI 0.105-32.02); for HbA1c > 7 but ≤ 8 , 3.134 (95% CI 0.554-18.419); for HbA1c > 8 but ≤ 9 , is not evaluable and for HbA1c > 9 , 115.00 (95% CI 9.32-18.80). Finally, HbA1c values determine the early onset of atrial fibrillation recurrence using Kaplan-Meier curve.

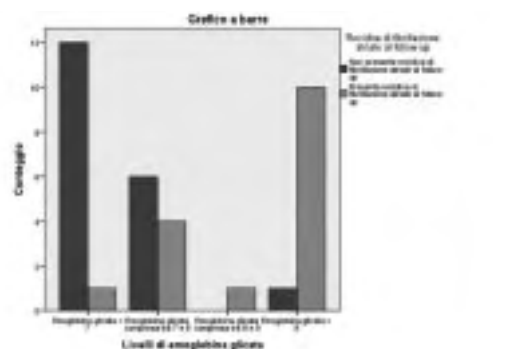
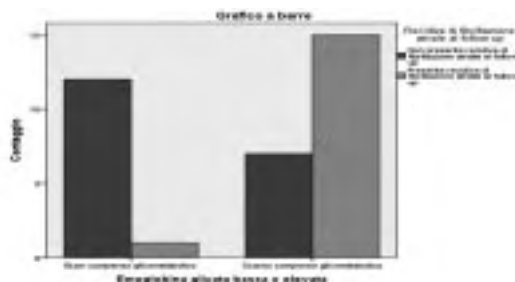
Conclusions. Diabetes was associated with a higher risk and early onset of atrial fibrillation recurrence, and the risk was higher with worse glycemic control. Future research should identify and test approaches to reduce the risk of atrial fibrillation recurrence in patients with diabetes.

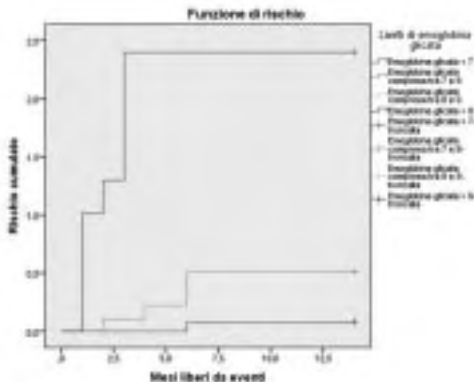
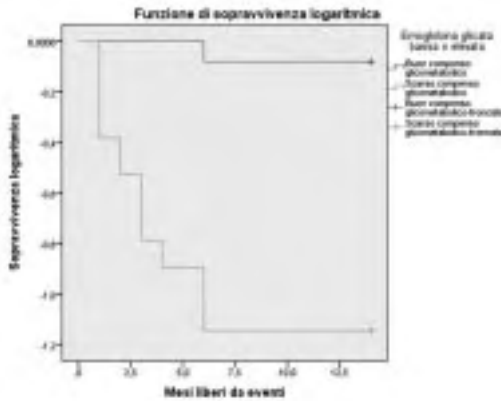
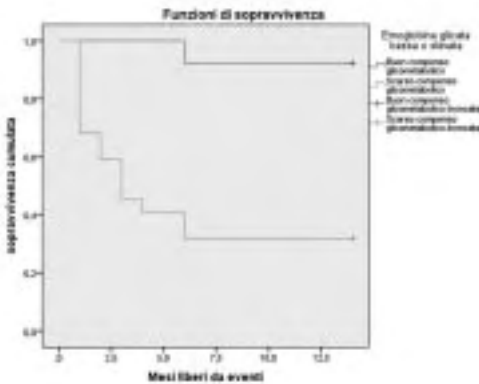
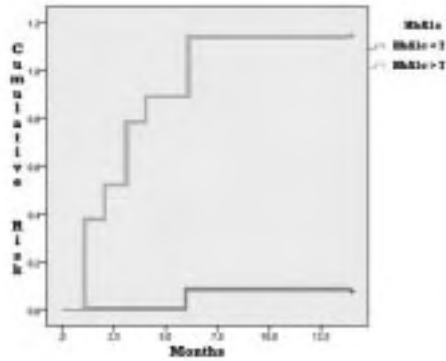
Table 1

	Cases pharmacological cardioversion G1 (n=30)	Controls external electrical cardioversion G2 (n=30)	p	Sign.
Mean age	57 ± 14	56 ± 15	0.951	NS
M/F	16/14	18/12	0.795	NS
Hypertension	88%	84%	0.823	NS
Diabetes	18 diab, 12 no diab	17 diab 13 no diab	1.000	NS
AF etiology	16 AF idiopathic 7 AF hypertension 4 AF post-ischemic 2 AF myocarditis 1 AF valvular prosthesis	17 AF idiopathic 7 AF hypertension 4 AF post-ischemic 2 AF myocarditis 0 AF valvular prosthesis	0.905	NS
NYHA class	17 NYHA II, 13 NYHA III	13 NYHA II, 17 NYHA III	0.439	NS

Table 2

	Cases diabetic pts (n=35)	Controls non-diabetic pts (n=25)	p	Sign.
Mean age	62 ± 18	52 ± 14	0.821	NS
M/F	28/7	19/6	0.952	NS
Hypertension	92%	80%	0.152	NS
AF etiology	22 AF idiopathic 8 AF hypertension 4 AF post-ischemic 0 AF myocarditis 1 AF valvular prosthesis	11 AF idiopathic 6 AF hypertension 4 AF post-ischemic 4 AF myocarditis 0 AF valvular prosthesis	0.112	NS
NYHA class	21 NYHA II, 14 NYHA III	17 NYHA II, 13 NYHA III		NS
Cardioversion type G1, G2	G1 18 (51.4%) G2 17 (48.6%)	G1 12 (49%) G2 13 (51%)	1.000	NS





COS1.2
Decadimento della funzione cognitiva nei pazienti con fibrillazione atriale

G. Nangeroni¹, R. Riccardi¹, E. Toso², L. Riva¹, M. Scaglione³, F. Gaita²

¹SC di Cardiologia, Ospedale Agnelli, Pinerolo, ²Cardiologia Universitaria, Ospedale San Giovanni Battista, Torino, ³SC di Cardiologia, Ospedale Cardinal Massaia, Asti

Background. La fibrillazione atriale (FA) è associata a un progressivo declino cognitivo causato da microembolismo e ipoperfusione cerebrale cronica, entrambi responsabili di ischemie cerebrali silenti (ICS). Recentemente è stata segnalata una relazione tra ICS e cardioversione elettrica (CVE). Gli obiettivi dello studio erano di valutare l'andamento delle funzioni cognitive in pazienti con FA permanente e con FA persistente sottoposti a CVE confrontati con un gruppo di controllo e valutare gli effetti del ripristino del ritmo sinusale.

Materiali e metodi. Sono stati arruolati 121 pazienti, età media 68 ± 7 anni, sesso maschile 74 (61%), ipertensione arteriosa 89 (74%), diabete mellito 19 (16%), suddivisi in 3 gruppi: 41 con FA permanente (gr1), 30 con FA persistente candidati a CVE (gr2), 50 in ritmo sinusale e anamnesi negativa per FA (gr3). La performance cognitiva dei pazienti è stata valutata tramite test RBANS (Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status) al tempo zero (versione A) e dopo follow-up minimo di 6 mesi (versione B). I pazienti candidati a CVE hanno effettuato il test RBANS A il giorno antecedente la procedura. In entrambe le valutazioni i test neuropsicologici sono stati somministrati dopo accurata raccolta anamnestica e ECG. Tutti i pazienti in FA hanno assunto terapia anticoagulante orale (TAO) con valori di INR in range terapeutico tra 2 e 3 durante il periodo di studio.

Risultati. I pazienti con FA permanente hanno ottenuto i punteggi totali più bassi in entrambe le valutazioni: gr1 A:76.8 e B:76.7, gr2 A:87.5 e B:85.4, gr3 A:102.9 e B:99.9 (p<0.01 per gr1 vs gr2 e 3 e gr2 vs gr1 e 3). I pazienti che dopo CVE hanno avuto recidiva (11 pazienti, 37%) hanno ottenuto punteggi inferiori rispetto al tempo zero e rispetto a coloro che hanno mantenuto il ritmo sinusale (19 pazienti, 63%), i quali invece hanno mantenuto una performance stabile. Il dominio cognitivo più compromesso nei pazienti con FA è risultato quello del linguaggio (rispettivamente gr1 A:82.0 e B:74.0, gr2 A:92.8 e B:82.5 p<0.01).

Conclusioni. I pazienti con FA hanno presentato un deterioramento cognitivo, in particolare nel dominio del linguaggio. Il fattore maggiormente responsabile sembra essere la durata dell'aritmia e la CVE come procedura di per sé non sembra avere un effetto negativo. I pazienti con FA permanente, nonostante la TAO, hanno presentato la peggior performance cognitiva.

COS1.3
Confronto tra algoritmi dedicati di sensing e pacing per la prevenzione della sincope vasovagale cardioinibitoria: risultati di un follow-up di oltre 8 anni

P. Palmisano¹, M. Zaccaria¹, M. Anaclerio², F. Nacci², G. Luzzi², M. Accogli¹, S. Favale²

¹UO Cardiologica, A.O. "Card. G. Panico", Tricase (LE), ²UO Cardiologia Universitaria, Dipartimento dell'Emergenza e dei Trapianti di Organi, Università di Bari

Introduzione. Nei pazienti (pz) con sincope vasovagale cardioinibitoria (SVC) refrattaria alle terapie convenzionali il pacing definitivo può indurre benefici clinici riducendo le recidive sincopali. Sono stati sviluppati diversi algoritmi dedicati di sensing e pacing per la prevenzione della SVV. Gli algoritmi Medtronic Rate Drop Response (RDR) e Guidant-Boston Scientific Sudden Brady Response (SBR) hanno un funzionamento simile: monitorano l'attività cardiaca spontanea ed erogano una stimolazione ad alta frequenza in caso di brusca caduta della frequenza cardiaca. L'algoritmo Biotronik Closed Loop Stimulation (CLS) è invece un sistema di pacing che adatta la frequenza di stimolazione in base alle dinamiche della contrazione miocardica mediante la misurazione delle variazioni

dell'impedenza intracardiaca del ventricolo destro. Scopo di questo studio è stato di confrontare l'efficacia di questi 3 algoritmi di prevenzione delle recidive sincopali in pz con SVC refrattaria alle terapie convenzionali e una risposta cardioinibitoria al tilt up test (TUT) durante un follow-up a lungo termine.

Metodi. Sono stati valutati 41 pz (43 ± 16 anni, 44% maschi) con SVC ricorrente (26% con trauma), imprevedibile e refrattaria alle terapie convenzionali, sottoposti ad impianto di pacemaker (PM) bicamerale tra gennaio 2001 e ottobre 2010. 7 pz hanno ricevuto un PM dotato dell'algoritmo RDR, 9 pz un PM con algoritmo SBR e 25 pz un PM con algoritmo CLS. Il follow-up consisteva in interrogazioni semestrali del device, visite ambulatoriali e contatti telefonici.

Risultati. Durante un follow-up mediano di 4.4 anni (range interquartile 2.2-7.4 anni) 7 pz hanno presentato recidiva di sincope: 2/7 (29%) nel gruppo RDR, 4/9 (44%) nel gruppo SBR e 1/25 (4%) nel gruppo CLS. L'incidenza di prima recidiva di sincope stimata (Kaplan-Meier) a 1, 3, 5 e 8 anni è stata del 15%, 15%, 28% e 28% nel gruppo RDR, del 22%, 65%, 65% e 65% nel gruppo SBR e del 4%, 4%, 4% e 4% nel gruppo CLS. I pz del gruppo CLS hanno avuto una sopravvivenza libera da recidiva sincopale significativamente maggiore rispetto ai pz degli altri 2 gruppi ($p=0.010$). Non vi era invece differenza significativa tra il gruppo RDR e il gruppo SBR ($p=0.354$).

Conclusioni. Nel corso di un follow-up di oltre 8 anni l'algoritmo CLS è stato significativamente più efficace rispetto agli algoritmi RDR e SBR nella prevenzione delle recidive sincopali in pz con SVC refrattaria alle terapie convenzionali.

COS1.4

L'osservazione breve in DEA e la collaborazione multispecialistica possono costituire una Syncope Unit funzionale?

G. Bricco¹, M. Pinelli², L. Valeri¹, S. Dogliani¹, A. Bassignana¹, A. Coppolino¹, L. Correndo¹, M. De Benedicti¹, A. Dellavalle¹, D. Pancaldo¹, D. Tedeschi¹, G. Nova², B. Doronzo¹
¹Cardiologia, ²Medicina e Chirurgia d'Urgenza, Ospedale SS. Annunziata, Savigliano (CN)

Nei pazienti che si presentano in DEA per sincope, con diagnosi indeterminata dopo la valutazione iniziale, avviene una suddivisione in quattro possibili gruppi: rischio alto che prevede il ricovero; rischio moderato monitoraggio di 24 ore ed eventuale consulenza specialistica; rischio medio monitoraggio di 12 ore con consulenza cardiologica differibile (con percorso ambulatoriale preferenziale); rischio basso: rinviati a domicilio.

Da maggio 2010 a ottobre 2011 abbiamo visitato 510 pazienti consecutivi (253 femmine, 257 maschi), con età media 63.4 anni (range 16-105 anni). Al termine della valutazione in DEA: 347 (68%) avevano diagnosi certa, 163 (32%) rimanevano indefinite. 147 (29%) pazienti sono stati osservati nell'Osservazione Breve Intensiva del DEA, il 66% è stato rinviato a domicilio, i restanti monitorati per altri motivi; 77 pazienti (15%) sono stati ricoverati per motivi inerenti alla sincope.

Il 41% dei pazienti è stato sottoposto ad accertamenti cardiologici: il 3% era al di sotto dei 50 anni, il 7% tra i 50 e i 60 anni, il 13% tra i 60 e i 70 anni, il 26% tra i 70 e gli 80 anni ed il 51% al di sopra degli 80 anni.

La funzione ventricolare (stimata con parametro FE) era <35% nel 12%, tra 35 e 45% nel 6%, tra 45 e 55% nel 26% e normale nel 56% dei pazienti.

Nel 38% dei pazienti c'era una storia cardiologica nota: 15% bradiaritmie, 10% valvulopatia, 32% CAD, 23% FA, 8% tachiaritmie ventricolari o portatori di ICD, 2% cardiomiopatia note. Il 33% dei pazienti era portatore di IRC, il 7% soffriva di BPCO e 28% di vasculopatia cerebrale.

Il 45% dei pazienti è stato sottoposto ad un singolo test diagnostico, il 38% a 2 test, il 12% a 3 e solo il 3% a oltre 3; nell'84% è stata eseguita visita cardiologica, nel 43% un ecocardiogramma, nel 21% un Holter ECG e nel 12% altri accertamenti.

Al termine del percorso diagnostico, il 55.6% aveva una sincope neuromediata, il 12% cardiogena, il 9.6% pseudosincope neurologica, il 9% ipotensiva ortostatica, il 3.7% pseudosincope psichiatrica, l'1.9% altre forme, mentre la sincope è rimasta indeterminata nel 7.5%.

51 pazienti sono stati ricoverati in Cardiologia, 60% per bradiaritmie trattate con impianto di PM; 13% sindrome coronarica acuta, 4% tachiaritmie, 2% embolia polmonare, 19% altre cause.

La procedura operativa scaturita dalla collaborazione tra DEA e Cardiologia ha ridotto i ricoveri inappropriati, il numero di test cardiologici inconclusivi, ottimizzandone i tempi di esecuzione e migliorando la percentuale di diagnosi attraverso l'osservazione breve.

COS1.5

Differenze emodinamiche nei tipi VASIS di sincope vasovagale tilt-indotta

V. Russo, G. Nigro, A. Rago, R. Chianese, F. Colimodio, R. Barracano, D. Christodoulakis, M. Iovino, R. Calabrò
Cattedra di Cardiologia, Seconda Università di Napoli

Introduzione. La fisiopatologia della sincope tilt-indotta non è ancora completamente nota. Alcune evidenze la legano all'inadeguata vasocostrizione del sistema venoso responsabile dell'aumento del pooling associato all'ortostatismo passivo, che determina una riduzione del ritorno venoso con una contrazione a camere vuote, responsabile di un riflesso afferente vagale che causa ipotensione e bradicardia. Rimane però ancora da chiarire il ruolo del sistema arterioso nella genesi dell'ipotensione responsabile della sincope. Scopo del nostro studio è stato valutare il principale determinante della caduta della pressione arteriosa nei tre diversi tipi VASIS di sincope tilt-indotta.

Materiali e metodi. Abbiamo studiato 100 pazienti affetti da sincopi vasovagali e sottoposti presso la nostra struttura a head up tilt test secondo il protocollo italiano con monitoraggio emodinamico non invasivo battito-battito mediante sistema Portapres. I pazienti sono stati divisi in 3 gruppi in base alla classificazione VASIS della sincope: Gruppo I: 30 pazienti (età media 46 ± 22 anni; 12M) con sincope mista; Gruppo II: 20 pazienti (età media 38 ± 18 anni; 11M) con sincope cardioinibitoria tipo IIB; Gruppo III: 20 pazienti (età media 40 ± 20 anni; 4M) con sincope vasodepressiva. I pazienti in cui il tilt test è risultato negativo per induzione di sincope vasovagale ($n=30$, età media 36 ± 4 anni; 12M) sono stati considerati gruppo controllo. Di ciascun paziente sono stati analizzati i seguenti parametri emodinamici: gittata cardiaca (cardiac output, CO); gittata sistolica (stroke volume, SV); resistenze periferiche totali (TPR).

Risultati. Durante la fase sincopale, le TPR diminuivano in maniera significativa nel Gruppo III, mentre aumentava nel Gruppo I e nel Gruppo II. Il CO diminuiva nel Gruppo I e nel Gruppo II, mentre non si modificava significativamente nel Gruppo III. La gittata sistolica diminuiva significativamente in tutti i gruppi.

Conclusioni. I nostri dati suggeriscono l'ipotesi che il sistema arterioso sia il principale determinante della caduta della pressione arteriosa nella sincope vasovagale di tipo vasodepressivo; mentre la risposta vasocostrittiva del sistema venoso, che causa una diminuzione del ritorno venoso al cuore, sembra essere il principale determinante della caduta della pressione arteriosa nella sincope mista e cardioinibitoria.

COS1.6

Significato prognostico del blocco di branca sinistra dopo sostituzione percutanea della valvola aortica

G.P. Pruiti, S. Conti, D. Tempio, S.A. Romano, A. Di Grazia, G.P. Ussia, C. Tamburino, V. Calvi
Cardiologia, Ospedale Ferrarotto, Catania

Introduzione. Il blocco di branca sinistra (BBS) è il disordine di conduzione (DC) più frequente dopo sostituzione percutanea della valvola aortica (TAVI). L'insorgenza di tale disordine nei pazienti sottoposti a sostituzione convenzionale chirurgica è stata correlata con una maggiore incidenza di eventi avversi, quali blocco atrioventricolare (BAV) completo e la mortalità per cause cardiache.

L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare la rilevanza clinica del BBS di nuova insorgenza nei pazienti sottoposti a TAVI. **Metodi.** Sono stati analizzati 167 pazienti sottoposti a TAVI tra giugno 2007 e novembre 2010. In tutti i pazienti è stata impiantata una protesi CoreValve. Ventinove pazienti (17%) sono stati esclusi dalla nostra analisi per le seguenti ragioni: BBS (n=7) o pacemaker (PM) preprocedurale (n=16), morte prima della dimissione (n=6). Complessivamente 138 pazienti sono stati inclusi nella nostra analisi. L'insorgenza di DC è stata valutata mediante elettrocardiogrammi (ECG) seriatim durante il ricovero ed ECG dinamico secondo Holter eseguito prima, dopo la procedura e ad 1, 6 e 12 mesi di follow-up. Gli eventi avversi valutati sono stati l'insorgenza di BAV completo, sincope e morte per cause cardiache.

Risultati. Tutti i pazienti arruolati avevano un follow-up (FU) medio di 14 mesi. Il 48.5% della popolazione (n=67) ha sviluppato un BBS dopo la procedura. Quasi tutti i pazienti hanno sviluppato il disordine durante il ricovero. Durante il FU è stata riscontrata una regressione del disordine nel 26.8% della popolazione (12 pazienti ad 1 mese e 6 pazienti a 6 mesi). Nella nostra casistica non è stato riportato un significativo aumento dell'insorgenza di BAV completo (p=0.32), episodi sincopali (p=0.19) o mortalità per cause cardiache (p=0.56) nei pazienti con BBS rispetto ai pazienti senza tale disordine. L'incidenza complessiva di eventi avversi è stata del 30% (20/67) nei pazienti con BBS di nuova insorgenza e del 55% (39/71) nei pazienti senza questo disordine (p=NS).

Conclusioni. La nostra casistica mostra che il BBS di nuova insorgenza nei pazienti sottoposti a TAVI non è associato con un più alto rischio BAV completo, sincope o morte cardiaca durante il FU. Nonostante in questi pazienti sia possibile un peggioramento della conduzione atrio-ventricolare, l'impianto di un PM a scopo profilattico dovrebbe essere attentamente valutato.

SESSIONE 2

Ablazione delle tachicardie ventricolari

COS2.1

Epicardial approach for ventricular tachycardia treatment. Results and a possible procedure protocol

G. Barbato, V. Carinci, G. Di Pasquale
UO di Cardiologia, Ospedale Maggiore, Bologna

Aim of the study. In this paper we report our experience of epicardial mapping-ablation in patients (pts) with ventricular tachycardia (VT). We also discuss an operative protocol suggesting the epicardial puncture as first step approach in all pts with cardiac disease and potential left VT.

Methods. From October 2009 to October 2011 we treated at our institution 49 pts because of ventricular arrhythmia. In 28 (57%) pts the arrhythmia was not associated with cardiac disease, 14 (29%) pts had an ischemic disease and 7 (14%) had a cardiomyopathy (1 ARVD, 1 non compacted, 5 IDCM). The main ejection fraction in pts with cardiac disease was $32 \pm 7\%$. In 19 (39%) pts an open irrigated ablation catheter was placed in the pericardial space for mapping-ablation purposes and in 15 of these pts the pericardial access was obtained as first step before starting the traditional endocardial mapping procedure.

Results. The ablation procedure was successful in 25 (89%) pts with normal heart and in 16 (76%) pts with cardiac disease. The pericardial access was successfully performed in 2 pts with normal heart and in 17 pts with cardiac disease. No complications related to the pericardial access were documented besides 2 mild pericardial bleeding. Radiofrequency was delivered in the pericardial space in 14 of the 19 pericardial punctures because with the traditional endocardial approach we could not eliminate the tachycardia substrate.

Comments. In all the cases the pericardial mapping was significantly helpful in identifying the arrhythmia substrate even

when the ablation was performed on the endocardial site only. Bleeding is one of the most common complication described as a consequence of pericardial access. For this reason it can be reasonable to obtain the pericardial access as first step before starting anticoagulation for left ventricular endocardial mapping. Particularly we suggest this approach: a) in the presence of cardiac disease, considering the high endocardial success rate in pts with normal heart, and b) when a left VT is suspected on the ECG.

Conclusions. Epicardial access appears to be safe and useful for VT ablation. Pericardial access could be the first step in pts with cardiac disease and left VT.

COS2.2

Caratterizzazione dei potenziali tardivi endocardici ed epicardici in pazienti con ablazione di tachicardia ventricolare

P. Vergara, B. Bellini, F. Petracca, N. Trevisi, S. Sala, A. Radinovic, S. Gulletta, G. Maccabelli, P. Della Bella
Unità di Aritmologia e Laboratori di Elettrofisiologia Clinica, Fondazione San Raffaele del Monte Tabor, Milano

Scopo. Descrivere le caratteristiche dei potenziali tardivi (LPs) presenti nelle aree di scar endocardiche ed epicardiche in pazienti (pz) sottoposti ad ablazione di tachicardia ventricolare.

Metodi e risultati. Trentacinque pz (32 maschi; età 65.5 ± 13.9 anni) con tachicardie ventricolari ricorrenti e presenza di potenziali tardivi alla mappa elettroanatomica sono stati inclusi nello studio; 23 pz erano affetti da cardiopatia ischemica (CAD), 9 pz da cardiomiopatia dilatativa idiopatica (IDCM) e 3 pz da displasia aritmogena del ventricolo destro (ARVC). I potenziali tardivi sono stati definiti come gli elettrogrammi bipolari che si inscrivono dopo la fine del QRS di superficie. Essi sono stati classificati come isolati nel caso in cui vi fosse un intervallo isoelettrico tra l'attività tardiva ed il far-field ventricolare, oppure come frazionati, qualora vi fossero delle deflessioni multiple dopo il far-field ventricolare. Ventuno pz sono stati sottoposti unicamente a mappaggio endocardico, 3 pz unicamente a mappaggio epicardico e 11 pz a mappaggio combinato; l'accesso epicardico è risultato necessario più frequentemente nei pazienti con IDCM ed ARVC, che nei pazienti con CAD (p<0.01). L'area di scar (voltage bipolar <1.5 mV in endocardio e <1 mV in epicardio) è risultata 31.3 ± 26.4 cm²; l'area contenente i potenziali tardivi è risultata di 21 ± 16 cm²; in tutti i pazienti l'estensione dell'area di potenziali tardivi correlava con quella dell'area di scar (r=0.44, p<0.05). Il LAT (Local Activation Time) medio è risultato di 195.2 ± 45.5 ms; esso correlava con la durata del QRS (r=0.63, p<0.01). Il LAT è risultato maggiore nei pazienti con CAD (206.5 ± 42.9 ms), che nei pazienti con IDCM (164.8 ± 35.5 ms) e ARVC (150.3 ± 30.3 ms). I potenziali tardivi isolati avevano un LAT a partenza dal QRS maggiore rispetto ai potenziali tardivi frazionati (205.1 ± 40.1 vs 189.24 ± 47.2 ms, p<0.01).

Conclusioni. Sia nei pazienti con TV ad eziologia ischemica che nei pazienti con TV correlate a cardiomiopatia dilatativa o displasia aritmogena è possibile riscontrare potenziali tardivi. Date le diverse caratteristiche dell'area di scar, la morfologia dei potenziali tardivi risulta differente nelle varie patologie.

COS2.3

Substrato elettroanatomico delle tachicardie ventricolari in pazienti con miocardite

M.L. Narducci¹, G. Pelargonio¹, E. Russo¹, G. Al Mohani¹, F. Perna¹, G. Bencardino¹, F. Di Clemente¹, T. Rio¹, R. Palmieri¹, L. Marinaccio¹, M. Leo¹, F. Bonelli¹, J. Scandurra¹, C. Smaildone¹, P. Santangeli², M. Casella³, A. Dello Russo³, L. Di Biase², A. Natale², F. Bellocchi¹, M. Pieroni⁴

¹Dipartimento Cardiovascolare, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, ²Texas Cardiac Arrhythmia Institute, Austin, TX, USA, ³Cardiologia, Medicina Cardiovascolare, Milano, ⁴Dipartimento Cardiovascolare, Ospedale San Donato, Arezzo

Introduzione. Il rischio aritmico relato al substrato elettroanatomico in pazienti con miocardite è ancora poco conosciuto. Lo scopo di