

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 bipolare <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

questo studio è quello di valutare se le anomalie elettroanatomiche possono predire l'insorgenza di aritmie ventricolari e la prognosi in pazienti con miocardite diagnosticata con biopsia miocardica.

Metodi. È stato analizzato retrospettivamente il mappaggio elettroanatomico (MEA) di 38 pazienti con tachicardie ventricolari (TV) e con diagnosi di miocardite alla biopsia endomiocardica. Sono stati sottoposti ad ablazione transcateretere con radiofrequenza 16 (42%) pazienti con TV refrattarie a terapia farmacologica o TV inducibili (RFCA, gruppo 1), invece 22 pazienti (58%) sono stati giudicati non eleggibili alla RFCA (gruppo 2).

Risultati. I pazienti del gruppo 1 presentavano TV sostenuta più frequentemente del gruppo 2 (44 vs 0% $p=0.001$), ed avevano una frazione di eiezione più bassa (LVEF) (48 ± 8 vs $58 \pm 4\%$, $p=0.001$). Non sono state riscontrate differenze in termini di diagnosi istologica fra i due gruppi. Nel gruppo 1 il MEA la scar endocardica era localizzata nel RVOT (46%), nella continuità aorto-mitralica (27%), nella parete posteriore del ventricolo sinistro (27%), nella parete antero-laterale del ventricolo destro (7%); nel gruppo 2, la scar endocardica era localizzata prevalentemente nel ventricolo destro: 53% nel RVOT, 35% nella parete antero-laterale, 12% nella parete posteriore. Le aree endocardiche con bassi voltaggi erano più ampie nei pazienti con miocardite borderline rispetto ai pazienti con miocardite attiva (17 ± 5 vs 4.6 ± 2 cm², $p<0.001$). In tutti i pazienti del gruppo 1 con scar endocardica del ventricolo sinistro la RFCA era inefficace, per cui è stato necessario procedere con approccio epicardico.

Conclusioni. Nei pazienti con diagnosi istologica di miocardite, che si presentano per TV, le aree di scar evidenziate al MEA sono localizzate prevalentemente nel RVOT. Nei casi in cui era coinvolto il ventricolo sinistro, era necessaria un'ablazione epicardica, suggerendo un possibile coinvolgimento transmurale della scar.

COS2.4

Ablazione dei potenziali tardivi endocardici ed epicardici per la prevenzione di recidive di tachicardie ventricolari

P. Vergara, F. Petracca, B. Bellini, N. Trevisi, C. Bisceglia, F. Baratto, P. Mazzone, G. Maccabelli, P. Della Bella

Unità di Aritmologia e Laboratori di Elettrofisiologia Clinica, Fondazione San Raffaele del Monte Tabor, Milano

Obiettivi. Valutare l'efficacia di una strategia di ablazione delle tachicardie ventricolari (TV) basata sull'abolizione completa dell'attività tardiva.

Metodi e risultati. Sono stati reclutati 64 pazienti consecutivi con TV ricorrenti e cardiopatia strutturale (cardiopatia ischemica o cardiomiopatia dilatativa idiopatica). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a studio elettrofisiologico basale, mappaggio elettroanatomico di substrato con sistema CARTO 3 o NAVx Velocity. 50 pazienti (47 maschi; età 66.2 ± 10.1 anni) presentavano potenziali tardivi al mappaggio elettroanatomico; 35 pazienti avevano almeno una TV inducibile alla stimolazione elettrica programmata basale. In tutti i pazienti l'ablazione è stata eseguita con target l'abolizione completa dell'attività tardiva precedentemente registrata. In 5 pazienti non è stato possibile ottenere l'eliminazione completa degli LPs (1 paziente per la presenza di un trombo apicale ed in 2 pazienti per localizzazione degli LPs in vicinanza del decorso del nervo frenico). Alla fine della procedura, la non inducibilità di aritmie ventricolari è stata raggiunta in 25 pazienti sui 35 precedentemente inducibili (71.4%); la TV risultava ancora inducibile in 5 degli 8 pazienti con abolizione incompleta dell'attività tardiva e in 5 pazienti su 42 (16.1%) con abolizione totale dei potenziali tardivi ($p<0.01$). Dopo un follow-up di 13.4 ± 4.0 mesi, 10 pazienti (20.0%) hanno avuto recidiva della TV e un paziente è deceduto dopo ablazione chirurgica della TV. La percentuale di recidiva è stata del 9.5% in pazienti con abolizione completa dei potenziali tardivi (4/42 pz) e del 75% (6/8 pz) in quelli con abolizione solo parziale dell'attività tardiva (valore predittivo positivo: 75%; valore predittivo negativo: 90.4%; sensibilità: 60%; specificità: 95%; $p<0.0001$). La percentuale di recidiva è risultata invece del 12.5% (5/40 pz) nei pazienti non inducibili dopo l'ablazione e del 50% (5 pz/10) nei pazienti ancora

inducibili (valore predittivo positivo: 50%; valore predittivo negativo: 87.5%; sensibilità: 50%; specificità: 87.5%; $p=0.008$).

Conclusioni. L'abolizione dei potenziali tardivi rappresenta un endpoint efficace dell'ablazione delle TV e il suo valore prognostico può essere confrontato in maniera favorevole con quello ottenuto mediante stimolazione elettrica programmata.

COS2.5

Efficacia e sicurezza dell'ablazione transcateretere di tachicardie ventricolari usando un sistema remoto di navigazione magnetica: studio prospettico di un singolo centro

S. Lebini, S. Grossi, F. Bianchi, A. Sibona Masi, M.R. Conte
Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Umberto I Mauriziano, Torino

Introduzione. L'ablazione transcateretere con radiofrequenza (RF) delle tachicardie ventricolari (TV) è aumentata negli ultimi anni. Il sistema remoto di navigazione magnetica, o stereotassi (STX), è una tecnica di mappaggio e di ablazione facilmente eseguibile e sicura per il trattamento delle TV. Scopo dello studio è valutare la fattibilità, l'efficacia e la sicurezza di tale metodica, rispetto all'ablazione tradizionale manuale.

Metodi. Sono stati arruolati in totale 45 pazienti con cuore strutturalmente normale e non, affetti da tachicardie ventricolari cliniche, monomorfe, sostenute (TVS), di cui 15 randomizzati ad ablazione con STX, e 30 ad ablazione manuale. In entrambi i gruppi è stato utilizzato il sistema di mappaggio elettroanatomico CARTO3 (Biosense Webster, CA, USA). Nel primo gruppo sono state indotte 20 TV (100% ablate), di cui il 90% originanti dal ventricolo sinistro (VS), nel secondo gruppo 34 TV (97% ablate), di cui il 53% originanti dal VS. A seconda che la procedura fosse eseguita in corso di TV o durante RS, venivano valutati differenti parametri elettrofisiologici per la guida del mappaggio e dell'ablazione.

Risultati. Il successo acuto (non inducibilità di alcuna TVS monomorfa durante stimolazione ventricolare programmata), è stato ottenuto nell'85% dei pazienti trattati con STX e nel 94% dei pazienti sottoposti ad ablazione manuale. Rispetto all'ablazione tradizionale, la STX si è caratterizzata per tempi procedurali più lunghi (3.3 ± 1.1 vs 2.9 ± 1.2 ore, $p=NS$) e per tempi maggiori di erogazione di RF (33 ± 18 vs 25 ± 12 min, $p=NS$), invece i tempi di esposizione alla fluoroscopia sono stati più brevi (16 ± 4 vs 25 ± 12 min, $p=NS$), pur non raggiungendo la significatività statistica. Non complicanze acute. Ad un follow-up medio di 12 ± 6 mesi: 5 recidive di TV nel gruppo STX, 14 recidive di TV in quello sottoposto a procedura tradizionale (33 vs 47%, $p=NS$).

Conclusioni. L'ablazione transcateretere di TV monomorfe sostenute con il sistema remoto di navigazione magnetica è fattibile, sicura ed efficace, con bassa esposizione radiologica per il paziente e l'operatore.

COS2.6

Unità per il trattamento avanzato delle tachicardie ventricolari

F. Petracca, F. Baratto, G. Maccabelli, N. Trevisi, C. Bisceglia, P. Vergara, P. Della Bella

Aritmologia ed Elettrofisiologia Cardiaca, Ospedale San Raffaele, Milano

Introduzione. L'ablazione transcateretere (ATC) è una strategia curativa per i pazienti (pz) con tachicardia ventricolare (TV) nel contesto di cardiopatia strutturale; tali pz potrebbero beneficiare di un trattamento specifico all'interno di un'unità dedicata.

Metodi. Dal gennaio 2007, l'Unità TV ha accolto pz con TV provenienti dal territorio nazionale. Al Triage, il rischio clinico è stato calcolato sulla base di uno score che valuta: caratteristiche cliniche, presentazione aritmica e comorbilità. I pz ad alto rischio (score >6) sono stati stabilizzati emodinamicamente prima dell'ATC. In caso di instabilità aritmica durante ATC, è stato istituito il supporto emodinamico con ECMO. L'ATC endo-epicardica è stata eseguita in

presenza di indicazione ECG, nelle cardiopatie dilatative non ischemiche e in caso di failure di una precedente ATC endocardica. L'efficacia acuta è stata valutata mediante l'esecuzione di SEF post-ATC. I pz ablati con successo senza recidiva di TV sono stati dimessi senza farmaci antiaritmici. Dopo la dimissione sono state effettuate regolari visite di follow-up (FU) ed interrogazioni dell'ICD ogni 6 mesi.

Risultati. In 46 mesi, 554/644 pz con malattia cardiaca strutturale [36% con frazione di eiezione (FE) \leq 30%], ricoverati consecutivamente nella Unità TV sono stati sottoposti ad ATC [endocardica in 365 pz (66%), endo-epicardica, in 168 (30%), chirurgica in 21 (4%)]. Il successo acuto è stato ottenuto in 402 (72%) pz; la TV è risultata inducibile dopo ATC in 109 (20%); in 43 pz (8%) il SEF post-procedura non è stato eseguito. Un paziente è deceduto per dissociazione elettromeccanica. Sei pz sono deceduti acutamente per insufficienza cardiaca. A 28 ± 14 mesi di FU 150 pz (27%) hanno presentato recidiva di TV. All'analisi multivariata la recidiva di TV è correlata alla failure procedurale, indipendentemente da: FE, patologia cardiaca, sesso ed età (HR 2.88, IC 95% 1.45-2.45, $p < 0.001$). I decessi durante il FU sono stati 55: 14 per arresto cardiaco, 30 per scompenso cardiaco refrattario, 11 per cause non cardiache; 4 pazienti sono stati sottoposti a trapianto cardiaco 3 ad impianto di LVAD. La sopravvivenza dei pazienti è risultata correlata alla FE \geq 30% ($p < 0.001$), ma anche successo procedurale ($p < 0.001$).

Conclusioni. L'Unità TV incontra le esigenze dei pazienti con TV e permette un soddisfacente outcome a lungo termine, fornendo un trattamento specifico e migliorando la sopravvivenza dei pazienti.

SESSIONE 3

Ablazione della fibrillazione atriale

COS3.1

Risonanza magnetica cerebrale a seguito di ablazione a radiofrequenza della fibrillazione atriale con catetere multielettrodo PVAC: ridotto tasso di lesioni cerebrali silenti

S. Nardi¹, L. Argenziano¹, G. De Martino², M. Scaglione¹, C. Esposito³, F. Borrello⁴, F. Marullo⁵, V. Schiavone¹, G. Maglia¹
¹Presidio Ospedaliero Pineta Grande, Castelvoturno (CE),
²Ospedale Cristo Re, Roma, ³A.O. Santa Maria, Terni,
⁴A.O. Pugliese Ciaccio, Catanzaro, ⁵Università Campus Bio-Medico, Roma

Introduzione. In due piccoli studi, è stato riportato che nel 37.5% dei pazienti sottoposti ad ablazione a radiofrequenza (RF) con catetere multielettrodo per l'isolamento delle vene polmonari (PVAC) sono stati riscontrate alla risonanza magnetica lesioni emboliche cerebrali silenti. Abbiamo deciso di valutare i risultati di queste lesioni sulla base della nostra pratica clinica. Abbiamo ipotizzato che le lesioni potrebbero derivare da una combinazione di diverse fonti microemboliche. Queste potrebbero includere l'introduzione di aria dovuta all'avanzamento del PVAC, tromboembolie prodotte dall'introduttore, ed emboli prodotti durante applicazione multielettrodi energia RF tramite il catetere PVAC.

Metodo. A tutti i 56 pazienti con fibrillazione atriale (60 ± 12 anni, il 59% maschi, 68% parossistica, 32% persistente, dimensioni AS 44 ± 6 mm, FE 53 ± 7) è stato fatto uno screening pre-procedurale per le lesioni cerebrali acute e croniche tramite la risonanza magnetica comprese le sequenze DWI. Gli introduttori per l'approccio transettale sono stati accuratamente lavati e aspirati prima di avanzare il catetere. A seguito del posizionamento del PVAC nell'atrio sinistro, l'introduttore a curva fissa viene tirato indietro nell'atrio destro. La terapia anticoagulante è stata mantenuta per ottenere livelli di ACT \geq 300 durante l'intera procedura. Durante l'ablazione con PVAC, gli elettrodi con scarso contatto o posizionati troppo distalmente in una

vena polmonare sono stati disattivati. Gli elettrodi 1 e 10 sono stati osservati in fluoroscopia prima dell'applicazione di energia e sono stati attivati separatamente se si trovavano l'uno troppo vicino all'altro. La risonanza magnetica è stata ripetuta il giorno dopo la procedura e ad un mese se il paziente è risultato positivo per le lesioni a un giorno.

Risultati. In 16 pazienti erano preesistenti lesioni cerebrali. Ad un giorno post-procedura, 4 dei 56 pazienti (7.1%) sono risultati positivi per le lesioni cerebrali acute. Nessuno dei 4 pazienti, positivi al primo giorno, ha presentato lesione acute o croniche a un mese.
Conclusioni. Questi risultati dimostrano che l'uso di una terapia anticoagulante rigorosa e concrete pratiche procedurali durante l'ablazione con catetere PVAC possono ridurre significativamente il tasso di lesione cerebrale silente.

COS3.2

Prevalenza e predittori di trombosì atriale sinistra in pazienti anticoagulati sottoposti ad ablazione transcateretere della fibrillazione atriale

E. Bertaglia, F. Zoppo, G. Brandolino
 Dipartimento di Cardiologia, Ospedale Civile, Mirano (VE)

Scopo. Scopo di questo studio retrospettivo, singolo centro è stato quello di analizzare la prevalenza e i predittori di trombosì atriale sinistra in pazienti correttamente anticoagulati. In attesa di essere sottoposti ad ablazione transcateretere della fibrillazione atriale (FA), al fine di identificare le caratteristiche cliniche dei pazienti nei quali l'ecocardiografia transesofagea (ETE) preablazione possa con sicurezza essere evitata.

Metodi. Abbiamo raccolto i dati delle ETE preablazione eseguite in previsione di una prima ablazione transcateretere della FA tra marzo 2001 e giugno 2011 in 429 pazienti con INR terapeutico da almeno 4 settimane consecutive. L'analisi multivariata mediante regressione logistica è stata eseguita per identificare i predittori indipendenti di trombosì atriale sinistra all'ETE preablazione.

Risultati. All'ETE preablazione un trombo in auricola sinistra è stato identificato in 9 pazienti (2.1%). All'analisi multivariata questi pazienti presentavano un atrio sinistro più grande (54.1 ± 6.6 vs 46.1 ± 6.5 mm, $p < 0.001$), e storia di insufficienza cardiaca (33.3 vs 4.8% , $p = 0.009$) più frequentemente rispetto ai pazienti senza trombo. I valori sia dello CHADS₂ score (1.44 ± 0.73 vs 0.71 ± 0.85 , $p = 0.01$) che dello CHA₂DS₂-VASc score (2.33 ± 0.87 vs 1.39 ± 1.22 , $p = 0.02$) erano significativamente più alti nei pazienti con trombo. All'analisi multivariata, la storia di insufficienza cardiaca (OR 13.325, 95% CI 1.906-93.148, $p = 0.009$), e l'ingrandimento atriale sinistro (OR 1.160, 95% CI 1.045-1.288, $p = 0.005$) identificavano i pazienti con trombo all'ETE preablazione. Lo CHADS₂ score ≥ 1 ha rivelato un'elevatissima sensibilità (100%) e un elevato valore predittivo negativo (100%) nell'identificare i pazienti con trombo.

Conclusioni. In pazienti correttamente anticoagulati: 1) la prevalenza di trombosì atriale sinistra all'ETE è bassa ma non trascurabile; 2) la storia di insufficienza cardiaca e le dimensioni dell'atrio sinistro predicono la presenza della trombosì; 3) l'ETE prima dell'ablazione può essere evitata con sicurezza solo nei pazienti con CHADS₂ score = 0.

COS3.3

Fattibilità di ablazione transcateretere della fibrillazione atriale e posizionamento di occlusore auricolare nella stessa procedura: esperienza su 15 casi

S. Grossi, F. Bianchi, A. Sibona Masi, S. Lebini, M.R. Conte
 Cardiologia, Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

Introduzione. L'ablazione transcateretere è divenuta una terapia largamente accettata nella trattamento della fibrillazione atriale (FA). Tuttavia gli eventi tromboembolici correlati a recidive non possono essere esclusi dopo una procedura ablativa. L'occlusione transcateretere dell'auricola sinistra può essere indicata nella FA non valvolare in pazienti con CHADS₂ score ≥ 2 con controindicazioni a terapia anticoagulante orale (TAO). La combinazione delle due