

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

procedure, se fattibile e sicura, potrebbe risolvere alcune delle problematiche della profilassi tromboembolica nei pazienti con FA. **Materiali e metodi.** 9 pazienti con FA parossistica e 6 con FA persistente sono stati sottoposti a procedura di ablazione transcateretere e a posizionamento di occlusore Amplatzer Cardiac Plug (ACP) in auricola sinistra. Il CHADS₂ score medio era di 3.6. Tutti i pazienti avevano controindicazioni a TAO.

Risultati.

Successo acuto	15/15 (100%)
Tempo di ablazione (min)	72.8±9.5
Esposizione Rx ablazione (min)	2.76±1.1
Tempo posizionamento ACP (min)	20.8±3.8
Esposizione RX ACP	9.2±1.3
Complicazioni	1 sanguinamento intraperitoneale

Conclusioni. L'ablazione della FA e il posizionamento di occlusore auricolare nella stessa procedura è fattibile. Successive valutazioni sono richieste allo scopo di individuare le categorie di pazienti che possono beneficiare di tale approccio terapeutico.

COS3.4**Valutazione della qualità di vita nei pazienti sottoposti ad ablazione transcateretere della fibrillazione atriale: risultati dallo STAR-AF**

R. Mantovan¹, M. Crosato², L. Macle³, G. De Martino⁴, J. Chen⁵, C.A. Morillo⁶, P. Novak⁷, V. Calzolari², Z. Olivari², Y. Khaykin⁹, P.G. Guerra³, G. Nair⁶, E.G. Torrecilla⁸, A. Verma⁹

¹Ospedale "Bufalini", Cesena, ²Ospedale Regionale di Treviso, Treviso, ³Montreal Heart Institute, Montreal, QC, Canada, ⁴Casa di Cura Santa Maria, Bari, ⁵Haukeland University Hospital, Bergen, Norway, ⁶Hamilton Health Centre, Hamilton, ON, Canada, ⁷Royal Jubilee Hospital, Victoria, BC, Canada, ⁸Hospital General Universitario Gregorio Marañon, Madrid, Spain, ⁹Southlake Regional Health Center, Newmarket, ON, Canada

Introduzione. Lo studio STAR AF ha confrontato tre strategie procedurali per l'ablazione della fibrillazione atriale (FA) parossistica e persistente in pazienti con elevato "burden" aritmico: ablazione dei potenziali frammentati complessi (CFE); isolamento delle vene polmonari (PVI); l'associazione dei 2 precedenti (PVI+CFE). Abbiamo condotto questa sottoanalisi dello studio per verificare se il successo procedurale, la strategia ablativa e il "burden" aritmico dopo l'ablazione abbiano determinato o meno un beneficio sulla qualità della vita dei pazienti (QOL).

Metodi. I pazienti (n=100) sono stati randomizzati a una delle 3 strategie di ablazione. Lo studio STAR-AF ha dimostrato che a 12 mesi la libertà da recidive di FA (intesa come presenza di episodi più lunghi di 30 secondi) era 88%, 68%, and 38% per i pazienti sottoposti a PVI+CFE, PVI, e CFE rispettivamente (p=0.001). La QOL è stata misurata con il questionario SF-36 sia prima dell'ablazione che a 6 e 12 mesi dopo la procedura. Per ciascuna delle 8 sottoscale della SF-36 sono stati calcolati i vari punteggi (quanto più alto, tanto più favorevole è lo score). Gli score sono anche stati convertiti nelle 2 componenti di score di benessere fisico (physical health score, PCS) e benessere mentale (mental health score, MCS).

Risultati. Nella popolazione complessiva dello studio, c'è stato un miglioramento significativo a 12 mesi rispetto al basale sia nel PCS (+24%) che nel MCS (+19%) (p<0.05 per entrambi gli score). I pazienti senza recidive di FA avevano - a 12 mesi - risultati significativamente migliori in ciascuna delle 8 sottoscale rispetto ai pazienti che avevano avuto recidive. (p<0.04 per ciascuna sottoscala). Confrontando le 3 strategie ablativa, non ci sono state differenze significative tra i PCS a 12 mesi. Considerando i pazienti che hanno avuto recidive di FA, le misure di QOL sono migliorate in tutti i pazienti, eccetto che nel sottogruppo con un "burden" aritmico più elevato (quartile più alto - tra 14.15 min e 36h di aritmia) in cui ogni sottoscala è peggiorata.

Discussione. I pazienti senza recidive di FA dopo l'ablazione hanno una miglior qualità della vita rispetto a quelli con recidive. Nonostante vi siano state differenze nell'entità delle recidive nei diversi bracci dello studio, la qualità della vita è migliorata con tutte e 3 le strategie ablativa. Nei pazienti con recidiva di FA la qualità di vita risultava peggiorata solo nei pazienti in cui persisteva un elevato "burden" aritmico dopo la procedura. Si deve infatti notare che i pazienti inclusi in questo studio avevano per definizione un elevato "burden" di FA o FA persistente, mentre per recidiva si è considerata la presenza anche di un solo episodio di durata maggiore di 30 secondi. Anche i pazienti con recidive hanno nella maggior parte avuto una netta e significativa riduzione del "burden" della FA. Solo i pochi (n=8) pazienti che hanno mantenuto un elevato "burden" di FA non hanno evidenziato un miglioramento sintomatologico.

COS3.5**Sistema di ablazione duty-cycled, phased RF per il trattamento della fibrillazione atriale persistente: risultati a lungo termine**

S. Nardi¹, L. Argenziano¹, G. De Martino², M. Scaglione¹, C. Esposito³, F. Borrello⁴, F. Marullo⁵, V. Schiavone¹, G. Maglia⁴

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. Sono sempre più utilizzate procedure di ablazione complesse per il trattamento della fibrillazione atriale persistente e persistente di lunga durata (FA P/PLD), sintomatica, refrattaria alla terapia farmacologica. Sono state introdotte nuove tecnologie per semplificare ed abbreviare le procedure, ma esistono pochi dati sulla efficacia a lungo termine. Questa analisi valuta la sicurezza e l'efficacia a lungo termine del catetere ablatore multi-elettrodo per l'isolamento delle vene polmonari (PVAC) e l'ablazione tramite sistema duty cycled, phased RF (DCP RF) per il trattamento di FA P/PLD.

Metodi. L'isolamento delle vene polmonari e l'ablazione dei potenziali frammentati in atrio sinistro è una strategia per il trattamento di FA P/PLD. Il catetere PVAC è stato utilizzato per isolare le vene polmonari e i cateteri MASC e MAAC sono stati usati per mappare e ablate rispettivamente i potenziali frammentati lungo il setto e all'interno del corpo atriale sinistro. Il follow-up è stato condotto a 3, 6, 9, 12, 24 mesi valutando l'assenza di recidiva di FA mediante esame Holter 96 h. Le recidive di fibrillazione atriale sono state definite come qualsiasi episodio di tachicardia atriale >30 secondi.

Risultati. Dal luglio 2008 al febbraio 2010, sono stati trattati 139 pazienti (età 62 ± 11 anni, 61.9% maschi) con un totale di 181 procedure (1.3 procedure/paziente). Il 100% delle vene trattate è stato isolato con il solo catetere PVAC con successo in acuto. Il MASC è stato utilizzato nell'85.6% e il MAAC nel 96.1% delle procedure. I tempi procedurali sono stati 80 ± 8 min con 24 ± 3 min di tempo fluoroscopia. Sono stati segnalati 7 eventi di complicanze correlate (3.9%) (4 ematomi inguinali, 2 fistole arteriovenose e 1 pseudoaneurisma). Il follow-up medio è stato di 22 ± 5 mesi. La maggior parte delle recidive si sono verificate entro i primi 6 mesi. A 6 e 24 mesi, il 54.7% (IC 95% 46.0-62.5) dei pazienti sono risultati liberi da recidiva di fibrillazione atriale, con o senza farmaci antiaritmici. Due parametri clinici sono stati associati ad un aumento del rischio di recidiva di fibrillazione atriale in pazienti con FA P/PLD: atrio sinistro ingrandito (HR=1.1, IC 95% 1.0-1.2, p<0.001) e bassa FE (HR=0.9, IC 95% 0.8-0.9 p=0.003).

Conclusione. L'ablazione di FA P/PLD tramite il sistema DCP RF è sicura con efficacia procedurale sostenuta a 24 mesi. I tempi procedurali sono brevi e l'esposizione fluoroscopica è limitata.

COS3.6**Progetto per una sala di elettrofisiologia a basso uso di scopia mediante l'applicazione estensiva di sistemi di mappaggio non fluoroscopico: risultati a 3 anni di un singolo centro**

A. Coser, M. Marini, D. Ravanelli, A. Valentini, R. Bonmassari, M. Del Greco

SC di Cardiologia, Ospedale S. Chiara, Trento

I sistemi di mappaggio non fluoroscopico (SMNF) sono stati proposti come un utile strumento nell'ablazione transcateretere con radiofrequenza (ATR) di aritmie complesse. Recenti studi dimostrano anche la loro possibilità di ridurre l'esposizione radiologica.

Obiettivo. Valutare l'impatto in termini di esposizione radiologica e durata delle procedure di un uso sistematico dei SMNF in un laboratorio di elettrofisiologia che dall'ottobre 2008 utilizza i SMNF per tutte le procedure di ATR.

Metodi. Presso il nostro laboratorio di elettrofisiologia dal 10/2008 tutte le ATR vengono eseguite utilizzando i due SMNF disponibili (Carto e EnSite NavX). Nel nostro laboratorio dal 2001 un SMNF (CARTO) è stato utilizzato solo per ATR di aritmie complesse e l'anno 2007 rappresenta quindi il riferimento di confronto. Abbiamo registrato per ogni procedura: tempo fluoroscopia (TF), esposizione radiologica espressa come Dose-Area-Prodotta (DAP) e durata procedurale totale (DP). Il nostro studio ha incluso 527 pazienti consecutivi sottoposti ad ATR da gennaio 2007 ad agosto 2011 [161 procedure di fibrillazione atriale (FA), 218 di tachicardia parossistica sopraventricolare, 117 di flutter/tachicardia atriale e 31 di tachicardia ventricolare].

Risultati.

	TF (min)			DAP (Gy*cm ²)			DP (min)		
	Mediana	DS	p	Mediana	DS	p	Mediana	DS	p
2007	29.2	21.2		58.18	90.92		150	73.5	
2008	17.5	14.1	<0.0001	32.03	56.18	0.0003	130	66.2	NS
2009	10.5	11.1	<0.0001	18.78	42.47	<0.0001	140	57.6	NS
2010	6.9	9.0	<0.0001	11.02	23.62	<0.0001	130	62.5	NS
2011	6.2	6.8	<0.0001	11.48	20.88	<0.0001	130	56.8	NS

Per tutte le procedure si è osservata una progressiva riduzione di TF e DAP senza un incremento di DP già dal 2008. Vi è significatività statistica sia nel confronto di ogni anno con il 2007, sia confrontando anni consecutivi fino al 2010 compreso. Il trend positivo determina nel confronto 2007-2011 una riduzione di TF e DAP del 79% e 80% grazie a valori mediani di TF di 6 min. Nella sottoanalisi per le procedure di FA abbiamo osservato trend analoghi e nel confronto 2007-2011 vi è una riduzione di TF e DAP del 77% e 84%.

Conclusioni. Grazie ad un utilizzo sistematico dei SMNF in una sala a basso uso di scopia si può ottenere una riduzione drammatica dell'esposizione radiologica per pazienti ed operatori (circa 80%), giustificando i costi aggiuntivi. Nella nostra esperienza solo un uso frequente da parte dell'equipe dei SMNF consente però di ottimizzarne le potenzialità in termini di radioprotezione.

SESSIONE 4

Estrazione transvenosa degli elettrocateri

1

COS4.1**Estrazione transvenosa dal seno coronarico di elettrocateri per stimolazione del ventricolo sinistro ed alcuni casi complessi: esperienza di un singolo centro**E.V. Dovellini, A. Michelucci, L. Giurlani, E. Taddeucci, D. Antoniucci
Dipartimento del Cuore e dei Vasi, AOU Careggi, Firenze

Background. Nell'ambito delle procedure di estrazione di elettrocateri (EC) da stimolazione, le esperienze riguardo alla

rimozione di EC dal seno coronarico (SC) sono relativamente limitate.

Scopo. Valutare le indicazioni, l'efficacia e le complicanze della rimozione transcutanea di EC dal SC con sistema di trazione e dilatazione meccanica.

Materiali e metodi. Dal 2003 al dicembre 2011 abbiamo rimosso per via transvenosa 504 EC in 243 pazienti. Fra questi, 80 pazienti (70 maschi, età media 71.2 ± 9.7 anni, minima 35, massima 88) sono stati sottoposti a rimozione di EC dal SC per un totale di 83 EC. Gli EC erano impiantati da un minimo di 1 mese ad un massimo di 109 mesi (media 42.9 ± 26.3 mesi). Le indicazioni all'espianto sono state: 55 infezioni della tasca (68.8%), 15 sepsi (18.7%), 10 malfunzionamenti (12.5%).

Risultati. Tutte le procedure sono state eseguite per via transvenosa con accesso omolaterale al dispositivo. In 55 pazienti è stato necessario l'utilizzo di stilette autobloccanti e dilatatori meccanici in polipropilene per la presenza di aderenze sviluppatesi lungo il decorso dalla vena succlavia fino in atrio destro. Particolarmente difficoltosa è risultata l'estrazione di due EC Medtronic, ambedue modello Starfix, per la presenza di aderenze distali, a livello della vena target vicino alla punta dell'EC. Infatti questi EC sono dotati di alette, situate in prossimità della punta, che servono a facilitarne la stabilizzazione al momento dell'impianto ma che, a distanza di tempo, producono delle forti aderenze. Per rimuovere tali aderenze, che per la loro localizzazione non sono aggredibili con i consueti dilatatori, ci siamo serviti di cateteri guida (Medtronic mod. Attain Comnad 6250 da 57 cm, normalmente impiegati per posizionare gli EC) utilizzandoli alla stessa stregua dei dilatatori meccanici. Sono stati rimossi tutti gli EC. In un caso, l'estrazione di un EC Starfix è stata complicata da tamponamento cardiaco che ha richiesto la revisione chirurgica (paziente sopravvissuto). In tutti gli altri casi non si è verificata alcuna complicanza. Ad eccezione degli EC Starfix, tutti gli altri non hanno presentato aderenze a livello del sistema venoso del SC. La mortalità intra- e post-operatoria è stata dello 0%.

Conclusioni. Nel nostro centro, la rimozione di EC dal SC con procedura meccanica è risultata molto efficace e, nella maggior parte dei casi, sicura. La rimozione degli EC Starfix è invece particolarmente difficoltosa e può dar luogo a gravi complicanze.

COS4.2**Sprint Fidelis vs Sprint Quattro: outcome clinici a lungo termine (Progetto Triveneto)**M.S. Baccillieri¹, D. Facchin², D. Catanzariti³, G. Molon⁴, G. Zanotto⁵, G. Morani⁶, M. Brieda⁷, L. Leoni⁸, E. Marras⁹, J. Comisso¹⁰, A. Grammatico¹⁰, R. Verlato¹

¹Dipartimento Cardiovascolare, Ospedale Civile Pietro Cosma, Camposampiero, ²Dipartimento Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera Universitaria, Udine, ³Dipartimento Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera, Rovereto, ⁴Cardiologia, Ospedale Sacro Cuore, Negrar, ⁵Cardiologia, Azienda Ospedaliera, Legnago, ⁶Dipartimento Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera Borgo Trento, Verona, ⁷Cardiologia, Azienda Ospedaliera, Pordenone, ⁸Dipartimento Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera, Padova, ⁹Cardiologia, Azienda Ospedaliera, Conegliano, ¹⁰CRDM, Medtronic Italia, Milano

Introduzione. Il corretto funzionamento degli ICD dipende dalla normale funzione degli elettrocateri (EC). La famiglia di EC Medtronic Sprint Fidelis è stata oggetto di recall nel 2007 per un inatteso elevato tasso di malfunzionamenti, che in un follow-up successivo ha raggiunto il 4.9% a 40 mesi. L'impatto del possibile malfunzionamento di un EC Sprint Fidelis sulla mortalità tuttavia non è al momento un punto chiarito.

Scopo. Scopo di questa analisi è stato valutare l'outcome clinico a lungo termine dei pazienti impiantati con uno Sprint Fidelis in confronto a quello dei pazienti impiantati con un EC di famiglia diversa.

Metodi. 976 pazienti portatori di ICD (815 maschi, 67 ± 10 anni) impiantati con EC Sprint Fidelis (507 pazienti) o EC Sprint Quattro (469 pazienti) sono stati seguiti in modo prospettico in 13 centri