



COMUNICAZIONI SCELTE

RAPPORTO RISCHIO-BENEFICIO DELL'IMPIANTO DEL DEFIBRILLATORE NEI PAZIENTI ULTRAOTTANTENNI. DATI DAL REGISTRO OBSERVO-ICD PROMOSSO DALL'AREA GIOVANI PER IL PACING DELL'AIAC

E. Ammendola¹, P. Palmisano², M. Ziacchi³, F. Guerra⁴, G. Dell'Era⁵, V. Aspromonte⁶, S. Aquilani⁷, M. Accogli², G. Boriani³, A. Capucci⁴, A. Giubertoni⁵, G. Maglia⁶, G. Del Giorno¹

¹ Monaldi Hospital, Second University of Naples, Napoli, ITALY

² Cardiology Unit, Card. G. Panico Hospital, Tricase, ITALY

³ Institute of Cardiology, University of Bologna, S. Orsola-Malpighi University Hospital, Bologna, ITALY

⁴ Department of Cardiology, Marche Polytechnic University, Ancona, ITALY

⁵ Division of Cardiology, University of Eastern Piedmont, Maggiore della Carità Hospital, Novara, ITALY

⁶ Cardiology - Coronary Care Unit, Pugliese-Ciaccio Hospital, Catanzaro, ITALY

⁷ Department of Cardiology, San Filippo Neri Hospital, Roma, ITALY

Introduzione: I possibili benefici derivanti dall'impianto del defibrillatore nei pazienti anziani possono essere attenuati dall'aumentato rischio di morte non aritmica e dall'aumentato rischio di complicanze. Obiettivo del registro osservazionale multicentrico OBSERVO-ICD è stato di valutare il rapporto rischio-beneficio dell'impianto del defibrillatore in una popolazione di pazienti di età >80 anni rispetto a quello di una popolazione contemporanea di pazienti di età <80 anni.

Metodi: Nel registro OBSERVO-ICD sono stati arruolati 1319 pazienti consecutivi (età media: 64.3±13.9 anni, 75.9% maschi, NYHA media: 2.2±0.7, FE media: 32.3±10.9%), sottoposti ad impianto di ICD (27.0% monocamerale, 34.4% bicamerale, 38.6% biventricolare), nel periodo tra gennaio 2010 e dicembre 2012, per cardiomiopatia dilatativa non ischemica (38.7%), cardiomiopatia dilatativa ischemica (46.8%), e altre cardiopatie (14.5%), in prevenzione primaria nell'87.7%, secondaria nel 12.3%. Dei 1319 pazienti arruolati, 106 (8.0%) avevano un'età >80 anni, 1213 (92.0%) avevano un'età <80 anni. Nel corso del follow-up sono stati valutati: 1) l'incidenza di complicanze legate all'impianto che richiedevano la revisione chirurgica del sistema di stimolazione (tamponamento cardiaco, pneumotorace, infezione, decubito della tasca, ematoma, dislocamento e frattura degli elettrocateri); 2) l'incidenza di interventi appropriati dell'ICD (shock o ATP); 3) l'incidenza di storm aritmici; 4) l'incidenza di shock inappropriati; 5) l'incidenza e la causa di morte.

Risultati: Nel corso di un follow-up medio di 39.7±40.1 mesi: 1) l'incidenza di complicanze legate all'impianto era simile nei pazienti >80 anni rispetto ai pazienti <80 anni (12.2 vs 10.0%; p=0.456); 2) l'incidenza del primo intervento appropriato dell'ICD era simile nei pazienti >80 anni rispetto ai pazienti <80 anni (17.9 vs 18.3%; p=0.920); 3) l'incidenza di storm aritmico era simile nei pazienti >80 anni rispetto ai pazienti <80 anni (5.7 vs 4.6%; p=0.628); 4) l'incidenza del primo shock inappropriato era simile nei pazienti >80 anni rispetto ai pazienti <80 anni (3.8 vs 6.6%; p=0.253); 5) la mortalità è stata significativamente più alta nei pazienti >80 anni rispetto ai pazienti <80 anni (29.3 vs 13.4%; p<0.001).

Conclusioni: I dati del registro OBSERVO-ICD indicano che nei pazienti ultraottantenni il rapporto rischio-beneficio dell'impianto del defibrillatore è simile a quello dei pazienti più giovani. I pazienti ultraottantenni hanno una mortalità più alta legata verosimilmente ad un più alto rischio di morte non aritmica.



ASSOCIATION BETWEEN REMOTE ICD MONITORING AND BETA-BLOCKER UTILIZATION: AN ANALYSIS FROM THE EFFECT STUDY

V. Bianchi¹, A. D'Onofrio¹, G. Stabile², A. Capucci³, C. Amellone⁴, A. De Simone⁵, L. Leoni⁶, G. Morani⁷, S. Chiarenza⁸, M. Campari⁸, G. Buja⁶

¹ Ospedale Monaldi, Naples, ITALY

² Clinica Mediterranea, Naples, ITALY

³ Università Politecnica delle Marche, Ancona, ITALY

⁴ Ospedale di Ciriè, Ciriè (TO), ITALY

⁵ Clinica San Michele, Maddaloni (CE), ITALY

⁶ Policlinico Universitario, Padua, ITALY

⁷ Ospedale Civile Maggiore di Borgo Trento, Verona, ITALY

⁸ Boston Scientific Italia, Milan, ITALY

Introduction: A substantial number of heart failure patients undergoing implantation of implantable defibrillators (ICD) fail to receive β -blockers, or receive them at a suboptimal dose. Remote monitoring (RM) is becoming the standard means of following up recipients of ICDs. However, the impact of this shift toward remote ICD follow-up on the quality of drug therapy management in current clinical practice is unknown. The present analysis was aimed at investigating the impact of RM on the dose of β -blockers achieved, and its association with clinical outcome at 12 months.

Methods: 987 consecutive patients were enrolled and followed up for at least 12 months in 25 Italian centers. RM was adopted by 499 patients. Results: The number of patients receiving β -blockers at any dose decreased after 12 months (from 403(81%) to 370(74%) for Remote and from 389(80%) to 342(70%) for Standard arm, both $p < 0.02$). Nonetheless, the number of patients on β -blockers at the effective dose increased in both arms (from 60(12%) to 82(16%) for Remote and from 63(13%) to 98(20%) for Standard arm, both $p < 0.05$). At multivariate analysis, RM was not associated with an effective dose of β -blockers at the follow-up evaluation. However, the adoption of RM ($p = 0.003$) and the achievement of the effective dose of β -blockers ($p = 0.006$) were independently and positively associated with an improved outcome.

Discussion: In a 'real-world' setting, we did not find an association between RM and the achieved dose of β -blockers. However, we reported outcome benefits in achieving the effective dose of β -blockers during follow-up and in adopting RM.



CORRELAZIONE TRA MISMATCH PERFUSIONE/INNERVAZIONE RILEVATO ALLA SCINTIGRAFIA E SUBSTRATO ARITMICO IN PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ABLAZIONE TRANSCATETERE DI TACHIARITMIE VENTRICOLARI

F. Menichetti¹, E. Soldati¹, G. Coluccia¹, A. Gimelli², R. Liga¹, G. Zucchelli¹, L. Segreti¹, A. Di Cori¹, S. Viani¹, L. Paperini¹, D. Andreini¹, G. Branchitta¹, P. Marzullo², M. Bongiorno¹

¹ *Malattie Cardiovascolari 2, Pisa, ITALY*

² *Fondazione Monasterio, Pisa, ITALY*

Introduzione: La denervazione di aree del ventricolo sinistro (VS) è ritenuta avere un importante ruolo nello sviluppo di aritmie ventricolari (AV) post-ischemiche. La conoscenza del mismatch perfusione/innervazione (MPI) con la Gamma-camera Cadmio-Zinco-Telluride (CZT) potrebbe permettere di identificare potenziali substrati aritmici nei pazienti (pz) sottoposti ad ablazione di AV.

Metodi: Sono stati arruolati pz consecutivi sottoposti ad ablazione transcateretere di AV. Una scintigrafia CZT con doppio tracciante (123I-MIBG per l'innervazione e 99mTctetrofosmina per la perfusione) è stata eseguita in tutti i pazienti, con analisi dell'uptake relativo dei traccianti in un modello del VS a 17-segmenti. Lo studio elettrofisiologico è stato condotto mediante il supporto di un mappaggio elettroanatomico (MEA) integrato con ecografia intracardiaca. Gli operatori erano ignari dei risultati scintigrafici. E' stata eseguita mappa di voltaggio del VS ad elevata densità (<20 mm riempimento). Sono stati usati cut-off di voltaggio bipolare di 0,5 mV e tra 0,5 e 1,5 mV per definire rispettivamente zona cicatriziale e border zone. I target ablativi sono stati: siti di più precoce attivazione, pace-mapping o modifica del substrato aritmico (LAVA). La correlazione tra segmenti con MPI e siti di ablazione è stata valutata off-line da un singolo operatore.

Risultati: Quindici pazienti consecutivi sono stati arruolati (13 uomini, età media $62,2 \pm 10$ anni). La funzione ventricolare sistolica sinistra è risultata ridotta ed i volumi aumentati (EF $35,6 \pm 13\%$, EDV $181,8 \pm 25,5$ ml). Un'area di MPI è stata trovata nella maggioranza dei pazienti (14, 93%) e 77 (30%) del 255 segmenti del VS analizzati. Il voltaggio medio nei segmenti con MPI è risultata superiore nei segmenti non perfusi ($2,9 \pm 1,7 \pm 1,5$ mV vs $1,5$ mV, $p = 0,004$), ma inferiore rispetto a quelli con match innervazione/perfusione ($4,7 \pm 2,3$, $p < 0,001$). Rispetto ai segmenti normali l'innervazione è risultata fortemente ridotta nei segmenti con MPI ($47 \pm 15\%$ vs $73 \pm 13\%$, $p < 0,001$), mentre la perfusione non era significativamente differente (73 ± 10 vs $69 \pm 11\%$, $p=ns$). L'ablazione è stata eseguita principalmente nella border zone (58%) e segmenti con MIP (64%). Dopo la correzione sia per l'innervazione che per la perfusione, la presenza di MIP è risultato predittore indipendente di substrato aritmico (OR 9.00; 95%; CI 1,9-46; $p = 0,006$) ed ablazione (OR 5,3; 95%; CI 1,5-19 ; $p = 0,009$).

Conclusione: Il MIP correla con il substrato delle VA e può fornire informazioni utili per guidare l'ablazione delle AV. Ulteriori studi sono necessari per confermare questi risultati preliminari.



CONFRONTO TRA CRIOENERGIA E RADIOFREQUENZA NELL'ABLAZIONE TRANSCATETERE DI FIBRILLAZIONE ATRIALE PAROSSISTICA: OUTCOME A 12 MESI MEDIANTE MONITORAGGIO INVASIVO

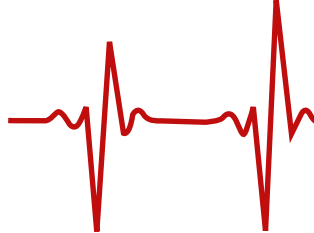
G. Sirico, S. Panigada, D. Sacchetta, V. De Sanctis, M. Mantica
Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano, ITALY

Introduzione: Pochi sono i dati di confronto tra crioenergia con pallone di seconda generazione (CB-2) e radiofrequenza con sensore di contatto (RFCF) nell'ablazione transcateretere (ATC) di fibrillazione atriale (FA) parossistica. Il monitoraggio delle recidive di FA post ATC basato su elettrocardiogramma e Holter ECG delle 24 ore spesso sottostima la reale incidenza delle recidive se confrontato con il monitoraggio cardiaco invasivo.

Metodi: Da Gennaio 2014 a Gennaio 2015, 76 pazienti consecutivi affetti da FA parossistica sono stati sottoposti a prima procedura di isolamento di vene polmonari (IVP) usando CB-2 (n = 25) o RFCF (n = 51). Nel gruppo trattato con RF è stato utilizzato un catetere ablatore dotato di sensore di contatto in punta, usando target di forza di 10 g e target force time integral di 400 gs per ogni punto di ATC. Un Reveal Linq ICMTM è stato impiantato dopo l'ATC in 9 e 8 pazienti sottoposti ad ATC mediante CB-2 e RFCF, rispettivamente. Tali dispositivi sono stati connessi al sistema di monitoraggio remoto MyCareLinqTM fornendo trasmissioni wireless automatiche e quotidiane. Il Reveal Linq registrava la percentuale di FA nell'ultimo anno di follow-up (burden di FA). Era considerata recidiva qualunque episodio di FA, flutter atriale e tachicardia atriale di durata di almeno 30 secondi dopo il periodo blanking con o senza sintomi. I pazienti sono stati seguiti per un follow up medio di 22±10 mesi.

Risultati: L'IVP è stato ottenuto in acuto in ogni paziente. Al controllo Reveal Linq, il burden di FA era 0% in 8 su 9 pazienti trattati con CB-2 (88,9%) e in 7 su 8 pazienti trattati con RFCF (87,5%), dopo 1 anno di follow up (p=0.567). Nel gruppo CB-2 un paziente su 9 aveva un burden di FA di 11.9%, mentre nel gruppo RFCF un paziente su 8 aveva un burden di FA di 0,6%. Tutti i pazienti erano in wash out da farmaci antiaritmici alla fine del periodo blanking. I sintomi correlati alla FA erano ugualmente distribuiti nei due gruppi, CB-2 e RFCF (p=0.235).

Conclusioni: I sistemi di monitoraggio impiantabili garantiscono maggiore efficacia nel rilevare recidive aritmiche dopo ATC rispetto ai sistemi di monitoraggio non invasivi. Sulla base di tali sistemi di monitoraggio invasivo, l'ATC di FA parossistica presenta lo stesso outcome a 12 mesi sia se eseguita con RF che con CB-2.



QUINDICI ANNI DI ESPERIENZA NEGLI IMPIANTI SOTTOMAMMARI: SICUREZZA E MIGLIORE ACCETTAZIONE DELLE PAZIENTI

S. Savastano¹, R. Rordorf¹, A. Scotti-Foglieni¹, C. Klersy¹, A. Vicentini¹, B. Petracci¹, A. Sanzo¹, R. Marino¹, E. Taravelli¹, V. De Regibus¹, M. Landolina², S. De Servi¹

¹ Irccs Policlinico San Matteo, Pavia, ITALY

² Azienda Ospedaliera Maggiore di Crema, Crema, ITALY

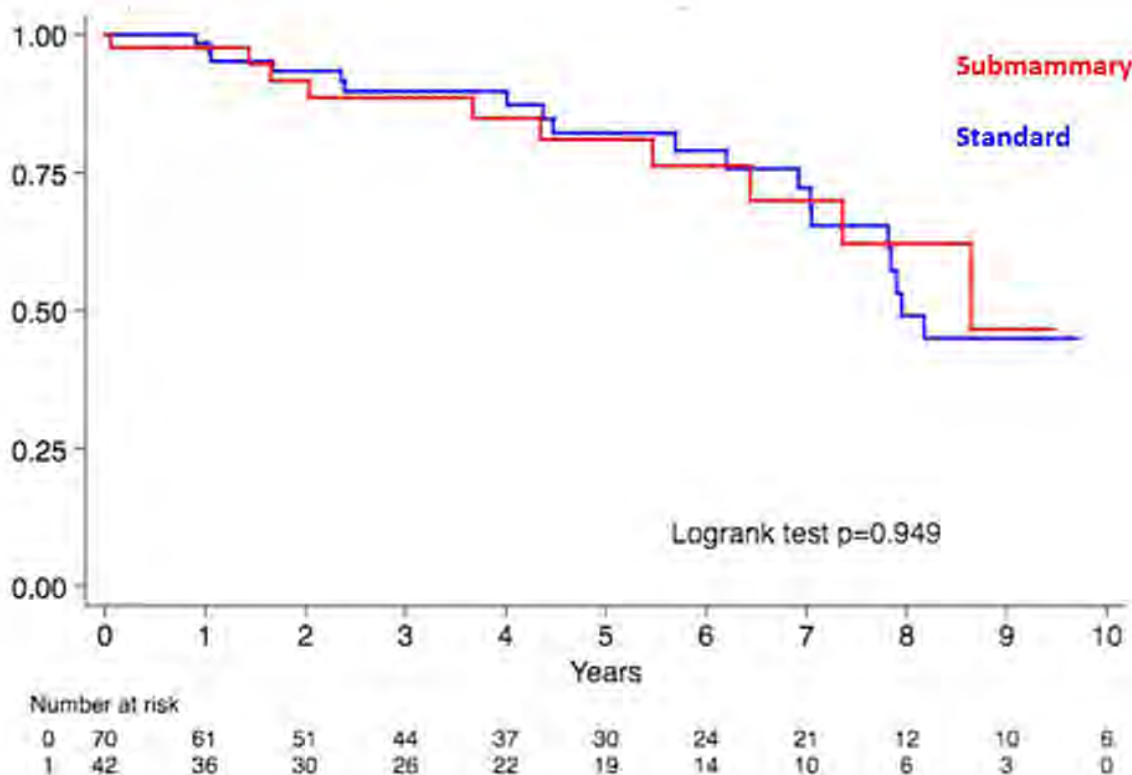
Introduzione: E' stato dimostrato che lo stress legato all'impianto di un device possa influire negativamente sulla qualità della vita soprattutto delle donne. L'approccio sottomammario è stato proposto in passato per ridurre l'impatto estetico dell'impianto. Lo scopo del nostro lavoro è quello di valutare la sicurezza dell'approccio sottomammario e l'accettazione dell'impianto da parte delle pazienti.

Metodi: Abbiamo arruolato 42 pazienti che sono state sottoposte ad un impianto sottomammario nel nostro centro da marzo 1999 a marzo 2015. Il nostro obiettivo primario era la sopravvivenza libera da revisioni in confronto con un gruppo di controllo di 72 pazienti sottoposti ad impianto standard (29 femmine e 42 maschi). Il nostro obiettivo secondario era quello di valutare l'accettazione dell'impianto da parte delle pazienti mediante il Florida Patient Acceptance Survey (FPAS).

Risultati: Sono stati impiantati prevalentemente defibrillatori impiantabili (ICDs) (sottomammari: 90.5%; controlli: 93% p=0.81) Il numero di complicanze periprocedurali minori si è dimostrato simile nel gruppo sottomammario e nei controlli [1/42 (2.4%) vs 2/72 (2.8%) p=0.63 rispettivamente]. Non si sono verificate complicanze maggiori. Il test di defibrillazione ha dimostrato un'elevata efficacia al primo tentativo simile nei due gruppi (sottomammari: 94.1% vs controlli 93.3% p=1). Il tasso di revisioni è risultato simile [sottomammari: 5.4 per 100 persone anno (95% CI 2.9-10.1) vs controlli 5.6 per 100 persone anno (95%CI 3.5-8.7)] e la sopravvivenza libera da revisioni è risultata sovrapponibile in un follow-up mediano di circa sei anni (Log rank test p =0.949). All'analisi multivariata l'unico predittore indipendente di revisioni si è dimostrato l'essere portatore di un catetere da defibrillazione quale St Jude Riata® o Medtronic Sprint Fidelis® [HR 3.40 (95% CI 1.38-8.37) p= 0.008]

Le pazienti sottoposte ad impianto sottomammario hanno mostrato una maggiore accettazione dell'impianto [FPAS totale 85 (95%CI 83-86) vs 74.5 (95% CI 70.2-77.3) p<0,001]. In particolare l'approccio sottomammario si è dimostrato superiore a quello standard in termini di preoccupazione per l'aspetto fisico [10 (95%CI 10-10) vs 8 (95%CI 8-8) p<0.001] e di stress legato all'impianto [23 (95%CI 22-23) vs 1 (95%CI 1-1) p<0.001].

Conclusioni: L'impianto sottomammario è sicuro e più accettato dalle pazienti rispetto alla tecnica standard. I nostri risultati dovrebbero incoraggiare i cardiologi a proporre questo approccio per una migliore cura delle donne





TRATTAMENTO DELL'INSUFFICIENZA MITRALICA MEDIANTE MITRACLIP IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CRT

P. Zappulla, V. Giaimo, G. Rapisarda, I. Rinaldi, S.A. Romano, R. Sicuso, D. Tempio, D. Trovato, A. Di Grazia, C. Liotta, V. Calvi
U.O di Aritmologia, Azienda Ospedaliera Policlinico Vittorio Emanuele, Università di Catania, Catania, ITALY

Background: la CRT è una terapia molto efficace per l'insufficienza mitralica funzionale nei pazienti con blocco di branca sinistro. Tuttavia in alcuni pazienti nonostante la terapia di resincronizzazione l'IM non si riduce nei mesi successivi all'impianto. Per questi pazienti la Mitraclip può rappresentare un valido ausilio terapeutico.

Metodi: abbiamo analizzato gli outcome di un gruppo di 17 pazienti seguiti presso il nostro istituto che nonostante la CRT sono rimasti in classe NYHA III-IV con un'insufficienza mitralica da moderata a severa e sono quindi stati sottoposti ad impianto di Mitraclip. In tutti i pazienti è stato eseguito all'impianto e dopo 1,3,6 mesi e successivamente ogni 6 mesi: esame clinico di base, ECG, six minute walking test ed ecocardiogramma transtoracico.

Risultati e conclusioni: dei 17 pazienti presi in considerazione: in 5 pazienti non si era modificato il grado di insufficienza mitralica dopo CRT, in 8 pazienti si è assistito ad un peggioramento tardivo dell'IM e nei restanti 4 pazienti ad un peggioramento precoce dell'IM. L'impianto di Mitraclip è stato eseguito con un successo procedurale del 100%.

A sei mesi dall'impianto i nostri dati mostrano un miglioramento della classe NYHA, del rigurgito mitralico e del volume telesistolico (classe NYHA 3,2 vs 1,8; ESV 180 vs 160 ml; IM migliorata di almeno un grado in tutti e 17 i pazienti).

In conclusione nella nostra casistica la Mitraclip, in pazienti sottoposti a terapia di resincronizzazione, si è dimostrata efficace nel migliorare la sintomatologia, ridurre il grado di insufficienza mitralica e favorire il rimodellamento del ventricolo sinistro.



MAPPAGGIO ELETTROANATOMICO DEL SENO CORONARICO IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CRT: RELAZIONE FRA MORFOLOGIA DEL QRS SPONTANEO E RITARDO DI ATTIVAZIONE VENTRICOLARE SINISTRO.

A. Cima¹, C. Angheben¹, M. Maines¹, D. Catanzariti¹, D. Viliani¹, S. Indiani², R. Pertile³, M. Del Greco¹

¹ Cardiologia Ospedale S. Maria del Carmine, Rovereto, ITALY

² St.Jude Medical - Italia, Agrate Brianza, (MB), ITALY

³ Apss Servizio di Epidemiologia Clinica e Valutativa, Trento, ITALY

Introduzione: L'uso di un sistema di mappaggio elettroanatomico (MEA), EnSite Velocity, nelle CRT si è dimostrato efficace nel guidare il posizionamento dell'elettrocatero ventricolare sinistro nel sito di attivazione più tardivo (SAT) di rami del seno coronarico (CS). Il SAT in pazienti con blocco di branca (BB) è associato ad un migliore outcome clinico. Nonostante questi risultati, il MEA non è mai stato utilizzato in pazienti con differenti disturbi di conduzione. Scopo del nostro studio è quindi di descrivere come diverse morfologie del QRS di superficie influenzino l'entità del massimo ritardo elettrico mappato.

Materiali e metodi: Nel nostro studio 52 pazienti (età media 75,1±7,1) sono stati sottoposti all'impianto di un dispositivo CRT ricostruendo una mappa elettroanatomica bipolare/unipolare dei rami del CS. Ogni mappa è stata costruita a ritmo spontaneo e per ogni vaso sono stati raccolti almeno 5 punti di attivazione. Per ogni punto di attivazione sono stati registrati sia il ritardo di attivazione (RA) rispetto all'onset del QRS che il rapporto tra tale ritardo e la durata del QRS (noto come LVLED). In media sono stati mappati 2,48 vasi per ogni paziente. Nel 23% dei pazienti è stata eseguita l'angiografia del CS. Il tempo mediano di fluoroscopia è stato di 4,03 minuti.

Nella nostra popolazione, 36 pazienti presentavano un BBS completo (19 vero-BBS e 17 pseudo-BBS, sec. Strauss et al.), 8 un blocco di branca destro completo (BBD) e 8 un QRS inferiore a 120 ms (comprendendo blocchi di branca incompleti e QRS normali).

Nella tabella sono riportati le medie dei valori di QRS, RA massimo e LVLED massimo per tipologia di ritardo intraventricolare.

	BBS	BBD	QRS<120	vBBS	pBBS
QRS (ms)	156,7 ± 23,3*	159,6 ± 18,5 ⁺	105 ± 9,4* ^{§§}	167,7 ± 19 [§]	144,4 ± 21,8* [§]
RA (ms)	132,5 ± 26,2 ^{£*}	92,6 ± 22,4 ^{£§#}	84,9 ± 19,9* ^{§^}	145,2 ± 18,4 ^{+§§}	118,2 ± 26,8 ^{+##^}
LVLED (%)	84,2 ± 8,8 [§]	57,9 ± 11,8 ^{§&§#}	80 ± 12,5 ^{&}	86,7 ± 6,6 [§]	81,4 ± 10,3 [#]

P<0,001 tra valori con lo stesso simbolo all'interno della stessa riga.

Conclusioni: Nella maggior parte dei pazienti della nostra popolazione, il MEA ha permesso di mappare circa l'80% della durata del QRS, riducendo l'esposizione radiologica di operatori e paziente ed evitando nella maggior parte dei casi l'angiografia del CS. La presenza di differenti morfologie di QRS influenza significativamente la quantità di LVLED misurato. Nei pazienti con BBS il MEA ha permesso di mappare più dell'80% del QRS, mentre, nei pazienti con BBD, meno del 60% del QRS può essere mappato a livello delle sezioni sinistre. Questo risultato potrebbe spiegare il miglior outcome clinico della stimolazione biventricolare in pazienti con BBS rispetto a quelli con BBD.



PREDICTION OF RECURRENCES IN ATRIAL FIBRILLATION: ROLE OF CHA2DS2-VASC SCORE AFTER CRYOBALLOON PULMONARY VEINS ISOLATION

F. Vassanelli, L. Bontempi, F. Salghetti, L. Inama, N. Dasseni, M. Cerini, A. Lipari, A. D'Aloia, A. Curnis
Department of Cardiology, University of Brescia, Spedali Civili, Brescia, Italy

Background: Atrial Fibrillation (AF) recurrence rate after cryoballoon ablation is roughly 30%.

Limited data is available regarding the usefulness of CHA2DS2-VASc score in risk stratification of AF recurrence after cryoballoon Pulmonary Vein Isolation (PVI).

Aims: Evaluating whether CHA2DS2-VASc score could be a predictor of AF recurrence after PVI performed with cryoballoon technique.

Methods and Results: 170 patients with drug refractory Atrial Fibrillation, from April 2012 to September 2015, underwent second-generation cryoballoon (ArcticFrontAdvance™ 28 mm cryoballoon, Medtronic, Inc.) pulmonary veins isolation (84% male; 59.3±9.1 years of age; 61.3% paroxysmal AF and 38.7% persistent AF; mean AF duration 36 ± 12 months). In the present study we analyzed 150 patients, who completed at least one-year follow-up. The follow-up consisted of 24 hour Holter ECG monitoring, outpatients clinical evaluation at 3 and 6 months, and then every six months. Extra clinical evaluation were performed in case of symptomatic AF recurrences. All patients continued during follow up pre-ablation antiarrhythmic therapy. At a mean follow up of 24 months (range 24± 10 months), CHA2DS2-Vasc score was significantly associated with post-ablation recurrences in Persistent AF (0=30%; 1=33.3%; 2 = 50%; p< 0.05), while no significant difference was observed in Paroxysmal AF (0=18.7%; 1=22.2%; 2= 25%; p=0.7)

Conclusions: CHA2DS2-VASc score can be useful as an additional clinical parameter to improve the prediction of AF recurrences after cryoballoon PVI, as well as for the selection of patients who could mostly benefit from PVI, especially in Persistent AF.



GESTIONE DELLA TERAPIA ANTITROMBOTICA NELLE PROCEDURE DI ELETTROSTIMOLAZIONE. DATI DEL REGISTRO TOSCANO

M. Breschi ¹, G. Ricciardi ², V. Zacà ³, S. Viani ⁴, A. Mandorli ⁵, L. Panchetti ⁶, A. Bartoletti ⁷, T. Giovannini ⁸, E. Casorelli ⁹, P. Notarstefano ¹⁰

¹ Ospedale della Misericordia, Grosseto, ITALY

² Policlinico Careggi, Firenze, ITALY

³ Policlinico Le Scotte, Siena, ITALY

⁴ Ospedale Cisanello, Pisa, ITALY

⁵ Ospedale S. Jacopo, Pistoia, ITALY

⁶ Fondazione G. Monasterio, Pisa, ITALY

⁷ Ospedale S. Giovanni di Dio, Firenze, ITALY

⁸ Nuovo Ospedale di Prato, Prato, ITALY

⁹ Ospedale della Valdichiana, Montepulciano (Siena), ITALY

¹⁰ Ospedale S. Donato, Arezzo, ITALY

Background: Un numero considerevole di pazienti (paz.) che vanno incontro a impianto di devices cardiaci assume terapia antitrombotica. Storicamente la gestione della terapia in fase periprocedurale ha previsto la sospensione della terapia anticoagulante orale e la terapia bridge con eparina, generalmente a basso peso molecolare per via sottocutanea (EBPM). Recenti evidenze hanno tuttavia messo in luce che tale strategia terapeutica è associata a un significativo rischio emorragico, più alto rispetto a quello dell'effettuazione della procedura senza interruzione della terapia antitrombotica domiciliare. Scopo di questo studio è valutare la gestione attuale della terapia antitrombotica in Toscana e analizzare la percentuale di complicanze in base alle differenti strategie terapeutiche adottate.

Metodi: Lo studio in oggetto è un registro prospettico multicentrico, promosso dai membri del consiglio regionale AIAC Toscana, e a cui hanno partecipato n. 11 centri della regione.

Per 6 mesi consecutivi nel corso del 2015 sono stati osservati i dati dei paz. sottoposti a procedure di elettrostimolazione (impianti e sostituzioni). Sono stati analizzati i gruppi dei paz. in terapia anticoagulante orale (TAO) con dicumarolici o nuovi anticoagulanti orali (NOAC), in terapia anticoagulante parenterale e in terapia antiaggregante (sia singola, che duplice – DAPT). Nei gruppi dei pazienti è stata valutata l'incidenza di complicanze (ematomi, emorragie maggiori, ricorso a emotrasfusioni, versamenti pericardici tamponanti e non, reinterventi, eventi tromboembolici, decessi).

Risultati: Sono stati analizzati 581 paz. consecutivi (64% maschi, età 76 ± 13 aa, CHA₂DS₂-VASc $3,11 \pm 1,84$, HAS-BLED $1,84 \pm 1,22$).

Di questi, 279 paz. erano in TAO (221 con dicumarolici, 58 con NOAC); dei paz. in TAO con dicumarolici, 172 sono stati sottoposti a procedura senza sospensione della terapia (INR $2,11 \pm 0,41$); dei restanti paz. la maggior parte (82%) ha effettuato terapia bridge, preferibilmente con EBPM; dei paz in trattamento con NOAC, in 41 la terapia è stata proseguita, in 17 è stata interrotta (3 paz. inviati a terapia bridge).

L'incidenza complessiva di ematomi nel gruppo di pazienti in TAO è stato del 9,68%, con una netta prevalenza degli ematomi non clinicamente significativi (non comportanti modifiche terapeutiche o atti chirurgici). Altresì l'analisi del gruppo di paz. sottoposto a terapia anticoagulante parenterale ha mostrato un'incidenza di ematomi più alta, pari al 21,55%, con una maggior presenza di ematomi clinicamente significativi (anche fino alla necessità di reintervento).

Nei 47 paz. sottoposto a procedura in DAPT, l'incidenza di ematomi è stata del 21,27%, mentre è risultata del 2,34% nei pazienti in monoterapia antiaggregante (213 paz.)

Le altre complicanze sono risultate omogeneamente distribuite nei gruppi in analisi. L'unico evento tromboembolico si è realizzato in un paziente con procedura complicata da grave emotorace e in corso di DAPT.

Conclusioni: I dati real life raccolti nella regione Toscana confermano le recenti evidenze della letteratura, mostrando che l'esecuzione di procedure di elettrostimolazione in corso di TAO sia associato ad un rischio di ematomi sensibilmente ridotto rispetto al gruppo di paz. che effettuano bridge ad anticoagulanti parenterali. Una minoranza di pazienti erano in DAPT: in quest'ultimo sottogruppo la percentuale di ematomi è risultata elevata, sovrapponibile al gruppo di pazienti in terapia con eparine.