

left ventricular outflow tract obstruction, 4 dilation of the ascending aorta, 4 aortic coarctation, 3 (4,8%) transposition of the great arteries and 5 other conditions. 32 (51,6%) declared not to practice physical exercise on a regular basis, the reason being lack of money/time in 15 (46,9%) patients, fear of worsening their cardiac condition in 10 (31,2%) cases and preference for other activities in 5 (15,6%) patients. 16 (50%) had never discussed the importance of exercise with their cardiologist and 28 (87,5%) would be more motivated if they could get more advice from doctors. 23 (71,9%) would take part into a medical-supervised training program. Amongst the 30 patients who regularly exercise, 9 declared to walk for more than 30 minutes at least twice a week, 5 to attend the gym twice a week and 10 to practice a sport more than once a week (swimming 5, running 3, other 2). 15 (50%) of these patients had undergone a sport-medicine evaluation at least once in their lifetime and 73,3% of them obtained eligibility for non competitive sports.

**Conclusions.** Approximately half of patients have a sedentary lifestyle but most of them would feel more motivated if they could get proper advice from their cardiologist and take part in a supervised training program. Amongst patients who regularly exercise, some practice without the help of a trainer and many exercise in a suboptimal way. Numbers are small but our findings are in keeping with published studies and we believe that a cardiac rehabilitation program would help in improving fitness of patients who do not exercise and in identifying safer and more effective training programs for the ones who already do.

#### CB47

##### ABLAZIONE TRANSCATETERE CON RADIOFREQUENZA NEI PAZIENTI PEDIATRICI: ESPERIENZA DI UN CENTRO DI RIFERIMENTO AD ALTO VOLUME

S. Gulletta, F. Guarracini, A. Radinovic, C. Bisceglia, F. Baratto, S. Sala, G. Paglino, P. Mazzone, P. Della Bella  
*Ospedale San Raffaele, Milano, Italy*

**Introduzione.** L'ablazione transcatterete con radiofrequenza nei pazienti pediatrici è una procedura che può essere gravata da problematiche in termini di efficacia e sicurezza anche correlate alla gestione anestesiológica del paziente.

**Obiettivo.** Il nostro studio intende valutare i risultati in acuto e durante il follow-up del trattamento ablativo transcatterete con radiofrequenza.

**Metodi e Risultati.** È stata effettuata l'ablazione transcatterete con radiofrequenza in 87 pazienti consecutivi (53 maschi 63%; età media 15,7 anni). Le indicazioni all'intervento transcatterete risultavano: aritmie da rientro nel nodo atrio-ventricolare (AVNRT) (15;16%); aritmie da rientro atrioventricolari (AVRT) (42;48%); tachicardia atriale (7;8%); aritmie ventricolari (23;28%). La sintomatologia di esordio dell'aritmia era il cardiopalmo, nella maggior parte dei pazienti (59;69%). La sincope risultava presente in 6 casi (7%) e la dispnea in 7 casi (8%). In 38 pazienti (44%) il trattamento transcatterete è avvenuto con l'ausilio di sistemi di navigazione elettroanatomici 3 D non fluoroscopici. Il catetere irrigato è stato utilizzato in tutte le procedure ad eccezione delle tachicardie da rientro nodali. Tutte le procedure di ablazione transcatterete sono state eseguite in supporto anestesiológico e con intubazione oro tracheale in 63 casi (74%) in assenza di complicanze. In un caso è stato necessario l'approccio epicardico per il trattamento di una tachicardia ventricolare ad origine focale del tratto di efflusso destro. Il successo procedurale è stato ottenuto in acuto in 76 casi (90%). Non è stato evidenziato blocco atrioventricolare in acuto e durante il follow-up tra le AVNRT e AVRT medio settali ed anteroseptali. La prevalenza di via accessorie anteroseptali è risultata di 8 (9%) fra le AVRT. Il successo in acuto registrato è stato evidenziato in 5 casi, conseguito attraverso l'utilizzo della ricostruzione elettroanatomica mediante sistema di mappaggio non fluoroscopico, l'utilizzo di catetere con sensore di contatto ed in un caso attraverso il mappaggio a livello delle cuspidi coronariche. Durante il follow-up non si è registrata nessuna recidiva aritmica in questo gruppo di pazienti. Complessivamente c'è stata solo una complicanza in acuto, legata al trattamento epicardico di una tachicardia ventricolare incessante legata alla stenosi di un ramo diagonale trattata con PTCA e stent. Durante un follow-up medio di 11±4 mesi le recidive aritmiche complessive sono state 5 (6%).

**Conclusioni.** L'ablazione transcatterete con radiofrequenza delle aritmie cardiache in un centro di riferimento ad alto volume nei pazienti pediatrici, risulta una procedura sicura ed efficace in acuto con un basso tasso di recidive durante il follow-up.

#### CB48

##### STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO ARITMICO E TERAPIA INTERVENTISTICA NEL BAMBINO CON PRECIPITAZIONE VENTRICOLARE ASINTOMATICA. LUNGA È LA STRADA PER L'IDONEITÀ SPORTIVA

C. Di Mambro, D. Righi, M.S. Russo, S. Placidi, R. Palmieri, R. Remoli, M. Prosperti, F. Gimigliano, M.S. Silveti, F. Drago  
*Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Palidoro (Roma), Italy*

**Introduzione.** La preccitazione ventricolare (PV) in età pediatrica rimane asintomatica in circa il 50% dei casi. Ciononostante, in pazienti asintomatici ma con conduzione anterograda della via anomala (VA) particolarmente accelerata esiste la possibilità, sebbene molto rara (1.93/10000 pazienti-anno), di una morte improvvisa cardiaca (MIC). In relazione a ciò, una valutazione elettrofisiologica transesofagea o endocavitaria, ci permette di identificare quei soggetti potenzialmente a rischio di MIC. Infatti, è ormai chiaro che uno RR minimo tra battiti preccitati durante fibrillazione atriale indotta (SPERRI) <250 ms a riposo

o <220 ms durante stress adrenergico, appare significativamente correlato ad un maggior rischio di sviluppare aritmie ventricolari maligne. Quindi, in base a linee guida sia nazionali che internazionali, i dati numerici ottenuti nello studio di questo parametro risultano essere i maggiori determinanti la concessione dell'idoneità all'attività sportiva in Italia.

**Obiettivo.** Lo scopo dello studio è stato quello di analizzare le caratteristiche elettrofisiologiche di una popolazione pediatrica con PV asintomatica praticante attività sportiva intensa, finalizzata alla stratificazione del rischio aritmico.

**Materiali e metodi.** Abbiamo sottoposto 91 bambini (69 maschi; età media 11.8±2.28 anni) con PV asintomatica a studio elettrofisiologico transesofageo (SETE), sia in condizioni di base che durante stress adrenergico (sforzo o infusione di isoproterenolo), praticanti attività sportiva a livello agonistico. Risultati. Non abbiamo osservato una correlazione statisticamente significativa tra la localizzazione anatomica delle VA, ottenuta dall'analisi dell'ECG di superficie, e l'inducibilità di tachicardia da rientro atrioventricolare (TRAV)/FA e/o i principali parametri elettrofisiologici. In tutta la nostra popolazione, solo in 33 (36.3%) non sono state indotte tachiaritmie significative e sono stati riscontrati parametri elettrofisiologici assolutamente compatibili con la pratica sportiva agonistica. Inoltre, 10 (11%), presentavano parametri borderline di rischio aritmico e la possibilità di praticare sport ad elevato impegno è stata valutata individualmente mentre addirittura in 48 (52.7%) abbiamo indotto TRAV/FA sostenute ed emodinamicamente significative e/o riscontrato elevata conducibilità anterograda della VA. In quest'ultimi, per il rischio teorico di MI, è stata proibita l'attività sportiva agonistica e data indicazione alla risoluzione definitiva della problematica mediante ablazione trans-catterete (ATC). Tra 1 e 9 mesi dopo l'esecuzione del SETE, abbiamo sottoposto ad ATC 45 giovani atleti (49.5% del totale). Tra questi, 10 (11% del totale) con elevato potenziale rischio di MI e, quindi, immessi in lista per la procedura in classe IIA. 33 ATC (73.3%) sono risultate efficaci in acuto ed hanno permesso ai bambini, dopo i 6 mesi richiesti dai protocolli nazionali, di praticare sport a livello agonistico, mentre in 12 (26.7%) non si è proceduto all'intervento per elevato rischio intrinseco, prevalentemente dovuto alla delicata posizione anatomica della VA. 10/12 pazienti (83.3%), infatti, manifestava una VA a localizzazione settale. Nessuna procedura portata a termine è fallita in acuto.

**Conclusioni.** I nostri dati confermano che i giovani atleti con PV asintomatica possono presentare parametri elettrofisiologici di potenziale rischio di MI e che, quindi, una valutazione elettrofisiologica appare indispensabile prima dell'inizio di un'intensa attività sportiva (agonismo). Inoltre, la nostra esperienza è concorde con le più recenti linee guida sul fatto che l'ATC rappresenta l'unica possibilità di eliminazione del rischio aritmico, ma anche che debba essere eseguita/portata a termine solo dopo un'attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio, principalmente in bambini con PV ma senza sintomatologia clinica.

#### CB49

##### I DEFIBRILLATORI SOTTOCUTANEI NELLA POPOLAZIONE PEDIATRICA: ESPERIENZA E CONFRONTO CON I DISPOSITIVI ENDOCAVITARI

D. Colonna, B. Sarubbi, M. D'Alto, G. Di Nardo, E. Romeo, A. Correr, R. Esposito, C. Ricci, M.G. Russo  
*AO Monaldi, Napoli, Italy*

**Background.** S-ICD sembra garantire particolari benefici clinici nei bambini in quanto non richiede un elettrocatterete intracavitario. Considerando la lunga aspettativa di vita di questa popolazione di pazienti, la tecnologia S-ICD che offre protezione lasciando il cuore ed il sistema vascolare UNTOUCHED rappresenta un vantaggio chiave rispetto ai T-ICD. Inoltre, il sistema S-ICD ha dimostrato di essere molto preciso nella discriminazione delle aritmie ventricolari rispetto ad altri ritmi cardiaci (ad esempio FA, SVT). D'altra parte, poco si sa circa l'uso sicuro ed efficace di S-ICD nei pazienti molto giovani, e la dimensione corrente del generatore può essere visto come un potenziale svantaggio.

**Obiettivo.** È stato quello di confrontare la nuova tecnologia di S-ICD con i comuni dispositivi endocavitari, in termini di complicanze peri e post procedurali, capacità di eseguire shock appropriati e ridurre shock inappropriati.

**Materiali e metodi.** Il nostro studio è stato condotto su un totale di 15 pazienti di cui 8 affetti da sindrome del QT lungo, uno affetto da sindrome di Brugada, uno da tachicardie ventricolari incisionali e uno da ARVD, distribuiti in 2 coorti indipendenti (10 sottoposti ad impianto di T-ICD e 5 ad impianto di S-ICD). La popolazione studio è stata osservata per un follow up medio di 8 mesi, eseguendo con cadenza bimestrale controllo elettronico del dispositivo, esame clinico, ecocardiogramma ed elettrocardiogramma.

**Risultati.** È stato osservato un totale di 15 pazienti con età media di 13 anni. Tali pz sono stati suddivisi in due gruppi (5 pz s/p S-ICD vs 10 pz s/p T-ICD). Tutti i pz sn stati sottoposti ad esame clinico ed Ecocardiografico che ha mostrato assenza di cardiopatia strutturale eccetto in tre casi (1 pz con cardiopatia congenita, 1 pz con ARVD ed 1 con CMI). Tutti i pz sn stati osservati per un periodo di follow-up medio di 8 mesi, con un follow-up superiore per i dispositivi endocavitari (fu medio 15 mesi) rispetto ai dispositivi sc (fu medio 4 mesi) L'età media dei pz sottoposti a S-ICD è risultata superiore a quella dei pz s/p T-ICD (15 aa S-ICD vs 10 aa T-ICD). Non sono state rilevate differenze tra le due coorti in termini di complicanze intra e peri-operatorie, osservando però complicanze a distanza dall'impianto: in due casi di T-ICD è stato osservato uno spostamento dell'elettrocatterete atriale ed in un caso rottura

dell'elettrocateretere ventricolare. È stata altresì osservata una differenza statisticamente significativa in termini di scariche inappropriate che è risultata superiore nei pz con T-ICD (3 pz T-ICD vs 0 pz S-ICD;  $p < 0.05$ ); uno di tali pazienti presentava rottura dell'elettrocateretere ventricolare. Non è stato osservato nessun caso di decesso.

**Conclusioni.** È stata osservata una maggiore incidenza di complicanze a distanza dall'impianto nel gruppo di pz s/p T-ICD. Tale dato potrebbe presentare un bias legato alla lunghezza del follow-up, tuttavia, la maggior parte degli eventi avversi si è verificata nell'immediato post-operatorio. L'età media d'impianto dei dispositivi sc è risultata superiore a causa delle maggiori dimensioni del generatore che limita l'utilizzo in pz con sottocute poco rappresentate e piccole dimensioni del torace.

## CB50

### IL CARDIOLOGO DELL'ADULTO E LA REFERTAZIONE DELL'ECG PEDIATRICO: UN PROBLEMA ANCORA DA RISOLVERE?

A. Azzarelli<sup>1</sup>, D. Nosari<sup>1</sup>, D. Brogi<sup>1</sup>, E. Gronchi<sup>1</sup>, V. Annoni<sup>2</sup>, E. Lami<sup>1</sup>, C. Volterrani<sup>1</sup>, A. Mazzoni<sup>1</sup>, F. Bovenzi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOCardiologia, Ospedale San Luca, Lucca, Italy, <sup>2</sup>UO Medicina, Ospedale San Luca, Lucca, Italy

**Scopo.** Abbiamo valutato il livello di correttezza e di accuratezza della refertazione di elettrocardiogrammi neonatali e pediatrici da parte di Medici Cardiologi dell'adulto (CA) e di Medici Pediatri (MP) in servizio presso Ospedali non specializzati in Cardiologia Pediatrica e, contestualmente, abbiamo valutato il miglioramento di tali parametri al termine di un corso teorico/pratico di lettura ECG della durata di 2 ore.

**Materiali e metodi.** Nello studio sono stati coinvolti 77 Medici in servizio presso Ospedali della Toscana (Lucca, Pistoia, Pescia, Grosseto, Arezzo, Pisa, Pontedera) suddivisi in due gruppi: 56 CA e 21 MP. Tutti i Medici sono stati invitati a refertare 30 ECG neonatali-pediatrici in 30'. Tra gli ECG del test sono state escluse le aritmie cardiache e sono stati presi in considerazione esclusivamente le alterazioni ECG secondarie a quadri di sovraccarico emodinamico. I partecipanti dovevano indicare la risposta corretta scegliendo tra 5 diverse risposte prestabilite (sovraccarico Vsx diastolico, sovraccarico Vdx sistolico, sovraccarico Vsx, sovraccarico biventricolare, normale). Al termine delle refertazioni tutti i partecipanti seguivano un corso teorico/pratico di lettura ed interpretazione dell'ECG pediatrico della durata di 2 ore. Durante il corso non veniva riproposto nessuno dei 30 ECG iniziali. Al termine del corso i partecipanti erano invitati a refertare nuovamente i tracciati avendo a disposizione sempre 30' di tempo. L'analisi delle risposte ha preso in considerazione: la percentuale di risposte corrette (RC) ed errate (RE), la percentuale di falsi negativi (ECG patologici refertati come normali: FN), la percentuale di falsi positivi (ECG normali refertati come patologici: FP) mettendo a confronto i dati relativi ai due gruppi prima e dopo il corso. Per i CA è stata inoltre considerata l'incidenza dei diversi quadri di sovraccarico responsabili degli errori FN ed FP.

**Risultati.** L'analisi ha mostrato una percentuale molto alta di refertazioni errate tra i CA (67%). Tale valore è risultato di poco inferiore a quello dei MP (70%). Gli percentuali di errori FN, sicuramente i più gravi in un'attività di screening, è risultata pari al 24% delle refertazioni dei CA, senza alcuna differenza statisticamente significativa rispetto a quella dei MP (20%). Gli errori FP sono risultati più frequenti tra i MP rispetto ai CA (37% vs 24%). Tra le refertazioni dei CA i quadri di sovraccarico Vdx sono risultati la causa più frequente sia dei FN (50%) che dei FP (66%). Sia tra i FN che tra i FP, i quadri di sovraccarico Vdx sistolico sono risultati molto più frequenti rispetto a quelli di sovraccarico Vdx (FN: 35% vs 15%, FP: 37% vs 29%). I sovraccarichi del Vsx sono stati riscontrati rispettivamente nel 26% e nel 20% dei FN e dei FP e quelli biventricolari nel 24% dei FN e nel 14% dei FP. La percentuale di risposte errate è diminuita sensibilmente dopo il corso, in misura maggiore tra i CA (20%) rispetto ai MP (36%). Tra gli ECG del test post-corso è stata documentata una riduzione particolarmente significativa dell'incidenza di FN sia tra i CA (6%) che tra i MP (11%). I FP sono stati riscontrati nel 21% ed il 24% degli ECG post-corso rispettivamente dei CA e dei MP.

**Conclusioni.** I dati dello studio confermano la bassa qualità delle refertazioni ECG dei Cardiologi e l'elevata incidenza di errori potenzialmente anche molto gravi. Emerge la necessità di concentrare l'attività didattica in particolare sui quadri ECG associati al sovraccarico del Vdx, maggiormente su sovraccarico sistolico. Un breve corso teorico/pratico è risultato sufficiente a migliorare notevolmente l'accuratezza dell'attività di screening alla quale i Cardiologi devono adempiere.

## CB51

### ELECTROANATOMIC-GUIDED RADIOFREQUENCY ABLATION OF ATRIAL ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH SURGICALLY CORRECTED ATRIAL SEPTAL DEFECT: LONG-TERM RESULTS

C. Raimondo<sup>1</sup>, E. Ebrille<sup>1</sup>, D. Caponi<sup>2</sup>, P. Di Donna<sup>2</sup>, G. Agnoletti<sup>3</sup>, F. Gabbarini<sup>3</sup>, G. Bertero<sup>4</sup>, M. Marasini<sup>4</sup>, A. Siboldi<sup>4</sup>, R. De Vito<sup>5</sup>, M. Morosato<sup>6</sup>, A. Battaglia<sup>1</sup>, P. Ferrato<sup>2</sup>, F. Gaita<sup>1</sup>, M. Scaglione<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cardiology Division, Department of Medical Sciences, Città della Salute e della Scienza, University of Turin, Turin, Italy, <sup>2</sup>Cardiology Division, Cardinal Massaia Hospital, Asti, Italy, <sup>3</sup>Cardiology Department, OIRM Pediatric Hospital, Turin, Italy, <sup>4</sup>Pediatric Cardiology Department, G. Gaslini Institute, Genova, Italy, <sup>5</sup>Cardiology Division, Santa Maria delle Scotte Hospital, University of Siena, Siena, Italy, <sup>6</sup>Cardiology Division, University Hospital, University of Verona, Verona, Italy

**Background.** Atrial tachycardias are common after repair of atrial septal defect (ASD). Although ablation has shown promising results in the short

and mid-term follow-up, little data regarding the very long-term success exist. Our aim was to assess very long-term follow-up in patients who have undergone electroanatomic-guided radiofrequency (RF) ablation of late-onset atrial arrhythmias after ASD surgery.

**Methods and Results.** Fifty-five consecutive patients with surgically repaired ASD were referred for atrial tachycardia ablation. Electrophysiological (EP) study and ablation procedure with the aid of an electroanatomic mapping (EAM) system were performed. Mean age was  $49 \pm 13$  years (females 61%). The presenting arrhythmias were typical atrial flutter (45%), atypical atrial flutter (38%), and atrial tachycardia (17%). In 40% of patients, atrial fibrillation was also present. The EP study showed a right atrial macroreentrant circuit in all the patients. In 14 of 55 (26%), the circuit was localized in the cavo-tricuspid isthmus, whereas in the remaining 41 patients (74%) was atriotomy-dependent. Acute success was 100%. Clinical arrhythmia recurred in 24% of the patients. Eleven patients underwent a second and two a third ablation procedure, reaching an overall efficacy of 89% (49 of 55) at a mean follow-up of  $8.2 \pm 4.8$  years since the last procedure. With antiarrhythmic drugs the success rate increased to 96% (53 of 55). No complications occurred.

**Conclusions.** In patients with surgically corrected ASD, EAM-guided RF ablation of late-onset macroreentrant atrial arrhythmias demonstrated a high success rate in a very long-term follow-up. Therefore, RF ablation could be considered early in the management of late-onset macroreentrant atrial tachycardias.

## CB52

### PACEMAKER REMOTE MONITORING FOR THE DETECTION OF ARRHYTHMIAS IN SINGLE VENTRICLE PATIENTS WITH EXTRACARDIAC FONTAN CONVERSION

S. Ferretto<sup>1</sup>, A. Susana<sup>1</sup>, R. Biffanti<sup>2</sup>, M. Padalino<sup>1</sup>, V. Vida<sup>1</sup>, B. Castaldi<sup>2</sup>, N. Maschietto<sup>2</sup>, O. Milanese<sup>2</sup>, G. Stellin<sup>1</sup>, S. Iliceto<sup>1</sup>, L. Leoni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari, Padova, Italy, <sup>2</sup>Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, Padova, Italy

**Introduction.** Arrhythmia is detrimental to single-ventricle patients hemodynamic, so the control of atrial tachyarrhythmias (TA) strongly impacts on patient outcome. Surgical atrial ablation during extracardiac Fontan conversion (EFC) has been proven to reduce AT episodes. No study investigated the utility of remote monitoring (RM) of implantable cardiac devices in this particular population.

**Aim.** To evaluate the clinical role of RM with pacemaker (PM) in single ventricle patients who underwent to EFC and surgical atrial ablation for hemodynamic instability and untreatable arrhythmias.

**Methods.** The population included patients who received an implantable PM after EFC with surgical atrial ablation. The remote device check was programmed every 3 months and all patients attended an out-patient visit every 6 months. Information on device-related events, hospitalizations and other clinical events were collected during remote checks and out-patient visits.

**Results.** A total of 11 patients were included in the study, male for 45.4%, with a mean age at PM implantation of  $29.6 \pm 8.3$  years. All patients presented incoercible AT before surgery. The PM stimulation was AAI for the 63.6% and DDD (complete AV block) for the 18.2%; the spontaneous rhythm was present in the 18.2% (backup VVI). During a mean follow of 7.2 years, the 90.9% (n=10) of the patients presented at least one episode of AT and 54.5% (n=6) had sustained AT episodes: in 2 cases AT were effectively treated with cardioversion, in other 2 cases AT episode was triggered by a clinical condition and spontaneously recovered in few hours, in one case the RM revealed asymptomatic paroxysmal atrial fibrillation and one case revealed in chronic atrial fibrillation. In 2 cases RM showed asymptomatic non sustained ventricular tachycardia. In 6 cases RM information led to change the antiarrhythmic therapy.

**Conclusion.** The RM proved to be extremely useful in the EFC population to recognize asymptomatic atrial and ventricular arrhythmias and to guide medical therapy.

## CB53

### UTILIZZO DI UN CATETERE IRRIGATO CON SISTEMA DI CONTROLLO DELLA FORZA DI CONTATTO VS CONTROLLO DI POTENZA NELLE ABLAZIONI TRANSCATETERE DI VIE ANOMALE IN ETÀ PEDIATRICA: ANALISI DI 30 CASI. QUALE POSSIBILE OPZIONE?

G. Di Nardo<sup>1</sup>, A. Corra<sup>2</sup>, E. Romeo<sup>1</sup>, D. Colonna<sup>1</sup>, G.M. Di Marco<sup>2</sup>, N. Grimaldi<sup>2</sup>, R. Esposito<sup>2</sup>, M. D'Alto<sup>1</sup>, B. Sarubbi<sup>1</sup>, M.G. Russo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GUCH Unit, UOSD Cardiopatie Congenite dell'Adulto, Napoli, Italy, <sup>2</sup>Paediatric Cardiology, AORN dei Colli, Second University of Naples, Napoli, Italy

**Introduction.** Le vie accessorie da rientro AV sono a maggiore rischio di recidiva dopo una procedura di ablazione transcateretere con radiofrequenza (RFCA) a causa della loro frequente localizzazione profonda. L'utilizzo di cateteri irrigati permette di ottenere lesioni più profonde che risultano essere maggiormente efficaci. Tuttavia tali lesioni non sono esenti da complicanze, soprattutto in pazienti in età pediatrica.

**Scopo.** Valutare l'efficacia e la sicurezza di RFCA di vie anomale AV utilizzando un catetere irrigato con sistema di monitoraggio per il controllo della forza di contatto confrontandolo con un catetere irrigato con controllo di potenza in una popolazione di pazienti in età pediatrica.

**Materiale e metodi.** Trenta pz (19 maschi/11 femmine; età media  $11 \pm 2$  anni) con vie anomale accessorie (25 da fascio di Kent manifesto; 4 da