

fascio di Kent occulto, 1 Coumel), sono stati sottoposti nel periodo compreso tra Gennaio 2012 e Gennaio 2015 a RFCA rondomizzando i pazienti (16 controllo di forza/14 controllo di potenza) con uno dei due sistemi di ablazione (13 dopo recidiva di precedente RFCA con catetere ablatore senza punta irrigata e 17 come prima procedura). È stato effettuato un follow-up medio di 7 mesi con visita cardiologica, ECG, ecocardiogramma 2D color-Doppler.

Risultati. In tutti i pz si è ottenuta l'ablazione della via anomala dopo 1-3 applicazioni di radiofrequenza (120±60 sec) con una forza di contatto media di 18 g (18±10 g), temperatura media di 33°C (30±3°C), potenza media di 35 W (35±4 W), impedenza media di 130 Ohm (130±15 Ohm). Le localizzazioni delle vie anomale erano: 17 da via postero-settale destra, 6 da via postero settale sx, 4 da via laterale sinistra e 3 da via anterolaterale sx. In 27 pz è stata eseguita con successo la procedura ablativa (14 mediante controllo di forza; 13 mediante controllo di potenza). Si sono registrati 3 casi di ablazione infruttuosa (localizzazione epicardica) senza differenza statisticamente significativa tra i 2 gruppi (1 controllo di forza/2 controllo di potenza). Non si sono verificate recidive né complicanze sia nell'immediato post ablazione che durante tutto il follow-up.

Conclusioni. In pz pediatrici l'ablazione transcateretere con RFCA di vie anomale accessorie sia con l'utilizzo di catetere irrigato con sistema di monitoraggio per il controllo della forza di contatto che quello con un catetere irrigato con controllo di potenza, rappresenta una tecnica efficace e sicura permettendo una rapida e duratura scomparsa della via anomala, minimizzando le possibili complicanze legate al catetere irrigato.

CB54

CONFRONTO TRA STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFA GEO ED ENDOCAVITARIO NELLA DIAGNOSI E STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DEI PAZIENTI IN ETÀ PEDIATRICA AFFETTI DA CARDIOPALMO O DA WPW ASINTOMATICO

E. Valerio¹, M. Rotella², S. Ferretto³, O. Milanese¹, R. Biffanti¹, A. Cerutti¹, B. Castaldi¹, N. Maschietto¹, E. Reffo¹, L. Leoni³

¹Cardiologia Pediatrica, Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino, Università di Padova, Padova, Italy, ²Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Padova, Padova, Italy, ³Clinica Cardiologica, Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari, Università di Padova, Padova, Italy

Scopo. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'accuratezza dello studio elettrofisiologico transesofageo (TOES) nella diagnosi elettrofisiologica delle TPSV e nella stratificazione del rischio nel WPW asintomatico in età pediatrica rispetto allo studio elettrofisiologico intracavitario (SEF).

Materiali e metodi. Novanta bambini di età compresa tra 1 e 17 anni, giunti alla nostra attenzione per cardiopalmo (76.7%) o per stratificazione del rischio in WPW asintomatico (23.3%) ai fini sportivi, sono stati sottoposti sia a TOES che successivamente a SEF in corso di ablazione transcateretere.

Risultati. Al TOES vi fu diagnosi di TPSV da rientro atrioventricolare nodale nel 14.4% dei pazienti, di tachicardia da rientro atrioventricolare attraverso via accessoria occulta nel 23.3%, di tachicardia atriale nel 4.4%. Per quanto riguarda la stratificazione del rischio nel WPW asintomatico sono state indagate l'induzione di tachicardia, la refrattarietà della via accessoria, e l'induzione di FA preecitata ritenendo ad alto rischio i pazienti con refrattarietà della via accessoria <250 ms e/o induzione di FA con RR minimo preecitato di <250 ms o induzione di tachicardia. Confrontando i risultati ottenuti con il TOES con quelli ottenuti nel SEF è risultato un valore predittivo positivo del TOES del 92.3% nella diagnosi di tachicardia da rientro atrioventricolare nodale, dell'81% nella diagnosi di tachicardia da rientro atrio-ventricolare da via accessoria occulta, del 100% nella diagnosi di tachicardia atriale. Per quanto riguarda la stratificazione del rischio nei pazienti con preecitazione manifesta il valore predittivo positivo del TOES per via ad alto rischio è stato del 94.4%.

Conclusioni. Il TOES rappresenta uno strumento poco invasivo, sicuro e affidabile nella diagnosi differenziale del cardiopalmo non preecitato e nella stratificazione del rischio aritmico dei pazienti.

CB55

MONITORAGGIO AMBULATORIALE DELLA TERAPIA BETA-BLOCCANTE NEGLI EMANGIOMI INFANTILI

A.C. Codazzi¹, P. Guerini², M. Pasotti¹, S. Grassidonio², S. Chiapedi¹, V. Brazzelli³, S. Mannarino¹

¹Cardiologia Pediatrica, Dipartimento Materno-Infantile, IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia, Italy, ²Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Pavia, Pavia, Italy, ³Istituto di Dermatologia, IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia, Italy

A tutt'oggi la terapia con propranololo degli emangiomi si è dimostrata efficace e sicura ma il suo inizio viene spesso proposto in regime di ricovero. Lo scopo del nostro lavoro è stato dimostrare la fattibilità di una gestione ambulatoriale di tale terapia.

Metodi. Dal 2010 ad oggi, abbiamo arruolato 30 pz (18 femmine e 12 maschi; 16 pretermine e 14 a termine). L'età media all'inizio della terapia è stata 4.9 mesi (1 settimana-11 mesi). I pz con lesioni di grosse dimensioni e/o rischio di sanguinamento hanno iniziato la terapia dal primo mese di vita. Gli angiomi erano localizzati: in 12pz nel distretto testa-collo, in 11 nel distretto inferiore (arti, torace, addome), in 5 entrambi i distretti, di cui

1 con anche localizzazione viscerale (epatica). Angiomi solo in sedi profonde (parotidea e sottoglottica) erano presenti in 2. Basandoci sulla pregressa nostra esperienza della sicurezza del farmaco in lattanti affetti da LQTS, nessun pz ha iniziato la terapia in regime di ricovero, fatta eccezione per un caso di angioma sottoglottico con sintomatologia respiratoria. Abbiamo effettuato un follow-up a 1 settimana, 1 mese, 3, 6, 9 e 12 mesi dall'inizio della terapia. La dose iniziale del farmaco era di 1 mg/kg/die, titolata a 2 mg/kg/die dopo il primo controllo. Le valutazioni cardiologiche comprendevano: ECG, rilevazione della PA ed ecocardiografia a tutti i tempi dello studio. In soli 2/30 all'ECG era presente un prolungamento del tratto QT. Inoltre in altri 2 pz era presente una CC semplice (1 PDA, 1 DIA).

Risultati. Solo in 4/22 pz, in cui è stato possibile monitorare la PA, abbiamo osservato una riduzione >10% del valore sistolico rispetto al basale, in assenza di sintomi. Non si sono registrate riduzioni significative della PA diastolica. Nessun pz ha mostrato bradicardia significative; solo 2/28 pz hanno presentato ad un unico controllo ECG valori di FC inferiore al range per età, mai superiori all'10%. In 16/29 (55%) pz abbiamo osservato una progressiva riduzione del QTc medio durante il monitoraggio. Il controllo a un anno dalla sospensione, ha confermato la questa normalizzazione anche nei 2 pz con valore basale prolungato (significativo in un caso e marginale nell'altro). In tutti i pazienti abbiamo osservato un miglioramento delle lesioni, soprattutto relativamente alle ulcerazioni ed al rischio di sanguinamento. 15 pazienti hanno concluso e sospeso la terapia all'anno: di questi, 12 hanno ottenuto regressione completa, 3 parziale. La regressione completa si è verificata soprattutto nel distretto testa-collo (9/10 pz). In 4 pz è stato necessario continuare la terapia per più di un anno: solo 2 hanno raggiunto remissione completa dopo 15 e 17 mesi. In una pz la terapia è tuttora in corso. Nessun pz (18/30) che ha interrotto il trattamento per risoluzione della lesione ha presentato recidive. Tale evento si è verificato invece in 3/30 pazienti che hanno interrotto la terapia prima di un anno. Non abbiamo registrato eventi avversi significativi. Un solo bambino SGA ha interrotto il trattamento per presunta interferenza della terapia con la crescita. 1pz è stato perso al follow-up.

Conclusioni. Anche nella nostra esperienza la terapia con beta-bloccante nell'emangioma infantile è sicura ed efficace. Abbiamo osservato una buona tolleranza al farmaco iniziato a tutte le età compresi quelli sotto i 6 mesi di vita e i nati pretermine. Il trattamento per almeno un anno riduce il rischio di recidiva. I dati cardiologici dimostrano una riduzione della PA sistolica e della FCm non significative in numero limitato di pz. All'ECG nel 55% dei casi abbiamo osservato un progressivo accorciamento dell'intervallo QTc. In base alla nostra esperienza è proponibile una gestione ambulatoriale e domiciliare della terapia.

CB56

ABLAZIONE TRANSCATERETERE MEDIANTE RADIOFREQUENZA DI TACHICARDIA VENTRICOLARE ED EXTRASISTOLIA VENTRICOLARE NELLA POPOLAZIONE PEDIATRICA

F. Guarracini, S. Gulletta, A. Radinovic, M. Cireddu, M. Evangelista, N. Sora, G. D'Angelo, A. Marzi, P. Vergara, N. Trevisi, P. Della Bella Ospedale San Raffaele, Milano, Italy

Introduzione. I risultati in termini di efficacia e sicurezza in letteratura sull'ablazione transcateretere mediante radiofrequenza della tachicardia ventricolare (TV) e dell'extrasistolia ventricolare frequente (BEV) nella popolazione pediatrica risultano scarsi.

Metodi. Il nostro studio intende valutare i risultati in acuto e durante il follow-up del trattamento ablativo transcateretere con radiofrequenza di TV o BEV in un centro di riferimento ad alto volume procedurale.

Risultati. Sono stati trattati con ablazione transcateretere con radiofrequenza 23 pazienti consecutivi (20 maschi 87%; età media 15,2 anni). In 10 (43%) casi era stata documentata una tachicardia ventricolare sostenuta, in 13 (57%) casi l'indicazione all'intervento risultava extrasistolia ventricolare frequente. In 7 (30%) pazienti è stato utilizzato il sistema non contact, nei rimanenti il mappaggio elettroanatomico a contatto. In 13 (56%) dei casi è stato utilizzato un catetere irrigato con sensore di contatto. In 9 (39%) casi l'aritmia mostrava un'origine dal tratto d'efflusso del ventricolo destro (RVOT), in 2 (8,7%) dal tratto d'efflusso del ventricolo sinistro (LVOT), in 4 (17%) dalle cuspidi coronariche ed in 2 (8,7%) casi pazienti avevano un'origine peritricospidale. In un caso di tachicardia ventricolare ad origine dal RVOT è stato effettuato un approccio ablativo epicardico con successivo studio elettrofisiologico dopo 5 giorni di degenza risultato negativo. Si è verificata una complicità: un paziente con TV sostenuta ad origine da un ramo della vena cardiaca magna ha presentato una lesione termica sul primo ramo diagonale, rivascolarizzato prontamente, che non ha lasciato esiti funzionali. Il successo in acuto è stato del 95% (22 casi) e la recidiva aritmica è stata evidenziata nell'8,7% (2 casi) durante un follow-up medio di 10,4 mesi. La sede del substrato aritmico è illustrato nella tabella.

Parete antero-settale VD (1)
Parete libera VD (3)
Vena cardiaca magna (1)
LVOT anteriore (2)
RVOT epicardico (1)
RVOT anteriore (3)
RVOT anterosettale (2)
RVOT postero settale (3)
Cuspide coronarica sn (1)