



## COMUNICAZIONI ORALI 03

### VENERDI' 17 GIUGNO

#### SALA ITALIA

08:30-10:00

#### DEVICE 2

#### CO.03.01

### INCIDENZA A LUNGO TERMINE DI COMPLICANZE DOPO IMPIANTO DI DEVICE CON APPROCCIO INTRATORACICO O EXTRATORACICO: RISULTATI DALLO STUDIO PLACE

C. Ghiglieno<sup>1</sup>, G. Dell'Era<sup>2</sup>, P. Palmisano<sup>3</sup>, R. Floris<sup>4</sup>, L. Pimpini<sup>5</sup>, G. Coluccia<sup>3</sup>, G. Delogu<sup>4</sup>, C. Colombo<sup>1</sup>, C. Marconetto<sup>1</sup>, G. De Zan<sup>1</sup>, A. D'Amico<sup>1</sup>, F. Mazzoleni<sup>1</sup>, G. Patti<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Università del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro - Ospedale Maggiore della Carità, Novara, Italy

<sup>2</sup> Ospedale Maggiore della Carità, Novara, Italy

<sup>3</sup> Azienda Ospedaliera Cardinale Giovanni Panico, Tricase (LE), Italy

<sup>4</sup> Ospedale Nostra Signora di Bonaria ASSL Sanluri, San Gavino Monreale, Italy

<sup>5</sup> Unit of Cardiology-CCU, Italian National Research Centre on Aging, Ancona, Italy

**Introduzione:** La scelta di un accesso venoso ottimale rappresenta un fattore cruciale nell'impianto di device di elettrostimolazione cardiaca. Gli accessi vascolari più comunemente utilizzati sono rappresentati dalla puntura della vena ascellare o succlavia o dall'isolamento della vena cefalica. L'approccio extratoracico presenta il vantaggio di ridurre sia il rischio di pneumotorace che di disfunzione dell'elettrocattetero (i.e. "crushing syndrome") e rappresenta pertanto l'accesso vascolare di prima scelta in base ai consensus internazionali.

**Obiettivi:** L'obiettivo del nostro registro retrospettivo è stato quello di valutare l'incidenza di complicanze a lungo termine correlate ai device (in particolare pneumotorace, rottura o spostamento degli elettrocatteteri, infezioni locali o sistemiche e sanguinamenti) con diversi approcci venosi in quattro centri italiani ad elevato volume di impianti.

**Metodi:** Sono stati raccolti i dati riguardanti l'impianto e l'eventuale insorgenza di complicanze durante il follow-up utilizzando i sistemi informatizzati di raccolta dati di ogni centro.

**Risultati:** Sono stati inclusi nello studio 4443 pazienti, con un'età media di  $73 \pm 11$  anni. Il follow-up mediano è stato di 118 mesi (range IC 59-198 mesi). Circa un terzo dei pazienti (1475, 33.2%) è stato sottoposto ad impianto con accesso extratoracico, mentre in 2968 pazienti (66.8%) è stato utilizzato l'approccio intratoracico. L'incidenza totale di complicanze si è attestata al 7.7%, senza differenza significativa tra approccio intratoracico ed extratoracico (rispettivamente 7.8% vs 7.7%,  $p=0.70$ ). L'incidenza delle singole complicanze tra i due gruppi non variava in modo significativo, eccettuata la rottura di elettrocattetero, che è stata osservata più frequentemente nel sottogruppo degli accessi intratoracici (5.3% vs 1.4%,  $p=0.04$ ). L'incidenza generale delle complicanze è risultata bassa, sia nel caso di accesso intratoracico che extratoracico, in particolare, rispettivamente nel gruppo intra ed extratoracico: pneumotorace 0.8% vs 0.7% ( $p = 0.76$ ), drenaggio toracico 0.27% vs 0.14% ( $p = 0.38$ ), sostituzione dell'elettrocattetero 1.1% vs 1.4% ( $p = 0.43$ ), ematoma 1.2% vs 1.5% ( $p = 0.47$ ), revisione di tasca 0.9% vs 0.7% ( $p = 0.37$ ), infezione locale 0.8% vs 0.78% ( $p = 0.94$ ) e dislocazione dell'elettrocattetero 2% vs 1.7% ( $p = 0.54$ ).

**Conclusioni:** In centri esperti e ad alto volume, l'utilizzo della puntura venosa intratoracica, in caso di accessi extratoracici non idonei, rappresenta una alternativa efficace e sicura per i pazienti sottoposti ad impianto di device intracardiaci, sebbene questa si associ ad un aumentato rischio di rottura dell'elettrocattetero.