- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

Metabolismo e cuore

C80
RITIRATO

C81
UNO "SCORE CARDIO-METABOLICO" È UTILE PER PREDIRE LA MORTALITÀ A LUNGO TERMINE DOPO SINDROME CORONARICA ACUTA

R. Pedretti, S. Masnaghetti, J. Mancin, R. Vaninetti, S. Sarzi Braga
ICS Maugeri IRCCS, Pavia; ICS Maugeri IRCCS, Tradate

Razionale. I "marker metabolici" sono predittori di outcome nella malattia coronarica stabile, poche sono però le informazioni circa il loro potere predittivo "precoce" dopo sindrome coronarica acuta (SCA).
Scopo. Valutare il potere prognostico di una determinazione precoce dei marker metabolici dopo SCA e sviluppare uno score "cardiometabolico" per la predizione della mortalità per ogni causa.
Metodi. È stato derivato un modello predittivo da una coorte di 510 pazienti (pz), ricoverati per riabilitazione degenziale dopo SCA, validato in una seconda coorte di 510 pazienti. Con un'analisi di Cox si sono identificati i predittori prognostici indipendenti per la mortalità a 3 anni e con un'analisi delle curve ROC il miglior cut-off di ognuno; a ogni predittore si è assegnato un punteggio moltiplicando il coefficiente di regressione per 10, arrotondato al numero intero più prossimo, e sviluppando uno score di mortalità. Il modello basato su tale score è stato valutato mediante curve ROC e le aree ad esse sottese sono state calcolate in entrambe le coorti.
Risultati. Nella coorte di derivazione l'età era 64±12 anni, maschi il 75% dei pazienti, frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS) 51±11%, rivascolarizzazione nell'80%; all'ingresso in riabilitazione si sono eseguiti prelievi ematici, in media 12 giorni dopo la SCA. Ad un follow-up medio di 3 anni, la mortalità per tutte le cause è risultata del 8,6%. Acido urico (HR 1.19, p=0.045), colesterolo LDL (HR 1.016, p=0.017), età (HR 1.063, p=0.000) e FEVS (HR 0.950, p=0.000) sono risultati predittori indipendenti di mortalità. Definiti i cut-off, ad ogni variabile si sono assegnati i seguenti punteggi: acido urico ≥7 mg/dl (7 punti), LDL >102 mg/dl (11 punti), età >67 anni (15 punti) e LVEF <52% (9 punti). Nella coorte di derivazione l'area sottesa alla curva era 0.811 (CI 0.744-0.878, p=0.000), nella coorte di validazione di 0.744 (CI 0.691-0.798, p=0.000). La mortalità nelle corti di derivazione e validazione è stata rispettivamente del 2% e 1% nei pazienti con score da 0 a 11, del 10% e 17% nei pazienti con score tra 12 e 24, e 31% in entrambe le coorti nei pazienti con score ≥25.
Conclusioni. Acido urico e LDL, valutati precocemente dopo una SCA, sono forti predittori di mortalità per ogni causa a lungo termine, indipendenti da età e FEVS. Uno score "cardiometabolico" potrebbe quindi essere utile al fine di predire la mortalità per tutte le cause dopo SCA e una pronta gestione del rischio metabolico dopo SCA è auspicabile.

C82
LA WEBSURVEY ANMCO "PERCORSI E INTERVENTI DI CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E PREVENZIONE SECONDARIA DOPO INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO"

M. Abrignani, L. Patanè, G. De Luca, M. Di Eusanio, D. Grosseto, M. Malvezzi Caracciolo D'aquino, A. Miceli, A. Montalto, B. Passaretti, C. Rao, A. Rubino, C. Savini, G. Troise
U.O. Cardiologia, PO S. Antonio Abate di Trapani, ASP Trapani, Erice; U.F. Cardiochirurgia, Dipartimento di Cardiologia e Chirurgia CardioVascolare, C.C.D. "G.B. Morgagni", Centro Cuore, Pedara; Dipartimento per le Attività Sanitare e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato della Salute Regione Sicilia, Palermo; Cardiochirurgia, Università Politecnica delle Marche, Ancona; C.O. Cardiologia, Ospedale Infermi, Rimini; U.O. Cardiologia, PO S. Francesco di Assisi, Oliveto Citra; Centro Cardiotoracico, Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Gruppo Ospedaliero San Donato, Milano; U.O.C. Cardiochirurgia e Centro Trapianti di Cuore, Dipartimento Cardiovascolare, A.O. San Camillo Forlanini, Roma; U.O. Riabilitazione, Humanitas Gavazzeni, Bergamo; U.O. Cardiologia, A.O. Bianchi Melacrino Morelli, Reggio Calabria; U.O.C. Cardiochirurgia, Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli; U.O. Cardiochirurgia, Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna; U.O. Cardiochirurgia, Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Brescia

Introduzione. Secondo le linee guida tutti i pazienti sottoposti a cardiochirurgia sono candidati a programmi di cardiologia riabilitativa (CR), che, anche i questi casi, sembra ampiamente sottoutilizzata, con notevoli variazioni regionali o locali. Scopo del lavoro: ottenere informazioni su: percorsi post-dimissione, strategie terapeutiche e modalità di approccio alle modifiche dello stile di vita e ai trattamenti farmacologici di prevenzione secondaria per il paziente cardioperato.
Materiali e metodi. I Comitati di Coordinamento delle Aree ANMCO Prevenzione e Cardiochirurgia hanno ideato una web-survey, riservata ai cardiochirurghi e ai cardiologi che operano presso una cardiochirurgia, inserita nel sito ANMCO da giugno a novembre 2018.
Risultati. Hanno partecipato alla web-survey 24 U.O. di Cardiochirurgia (42% al Nord, 21% al Centro, 37% al Sud). Nel 41% dei casi nell'azienda di riferimento non era presente una struttura degenziale intensiva di CR, e nel 25% dei casi addirittura nessuna struttura di CR. Un protocollo condiviso di follow-up tra strutture Chirurgiche e di CR era presente solo nel 38% dei casi. Solo il 29% delle strutture invia i pazienti a CR degenziale, mentre il 16% vi invia meno di un quarto dei pazienti. Il 29% delle strutture non invia a una CR degenziale o ambulatoriale tutti i pazienti cardioperati. Le informazioni ai pazienti sono fornite nel 4% dei casi mediante opuscoli, nel 13% nella lettera di dimissioni, nel 75% verbalmente e solo nell'8% con incontri programmati. L'instaurazione di una terapia anticoagulante a lungo termine dopo un intervento cardiochirurgico complicato da fibrillazione atriale dipendeva dal CHA_2DS_2-VASc solo nel 58% dei casi. Nei pazienti operati di bypass nel contesto di una SCA il solo ASA è prescritto nel 29% dei casi. Nei pazienti con indicazione a defibrillatore sottoposti a bypass nel 70% dei casi si attende ancora 1-2 mesi per eseguire un ecocardiogramma, nel 20% dei casi di delega la decisione all'aritmologo. In caso di bypass nel contesto di SCA acuta il target di colesterolo è correttamente < 70 mg/dl solo nel 54% dei casi.
Conclusioni. I risultati dimostrano come siano ancora molto differenti nel nostro paese le modalità di approccio organizzativo e clinico ai pazienti cardioperati, sottolineando la necessità di omogeneizzare l'offerta strutturale di CR e di una maggiore formazione sugli interventi di prevenzione secondaria in questo setting di pazienti.

C83
RITIRATO

C84
CORRELAZIONE TRA SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE DI GRADO SEVERO ED EVENTI CARDIOVASCOLARI NEL FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE DEL PAZIENTE CON CARDIOPATIA ISCHEMICA

N. Vitulano, R. Mollo, I. Coviello, F. Perna, A. Di Marco Berardino, A. Re, A. Ferravante, L. Viglietta, F. Mormile, M. Grimaldi, F. Bellocci
Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale F. Miulli, Acquaviva delle Fonti; Ospedale Civile "P. Cosma", Camposampiero; Ospedale di Monselice, Monselice; Policlinico A. Gemelli, Roma; Ospedale San Valentino-Montebelluna, Montebelluna; Ospedale di Vittorio Veneto, Vittorio Veneto

Nel corso degli anni sempre più evidenze hanno mostrato come la sindrome delle apnee del sonno impatti negativamente sulla prognosi e sulla gestione del paziente affetto da patologie cardiovascolari.
Obiettivi e scopo. Valutare in un FU a lungo termine l'incidenza di comorbidità, riospedalizzazione, morte ed eventi cardiovascolari considerando la presenza di SAS di grado severo in una popolazione di pazienti affetti da malattie cardiovascolari con particolare attenzione alla presenza del substrato ischemico.
Materiali e metodi. 91 pazienti ricoverati per patologie cardiovascolari sono stati sottoposti a poligrafia notturna cardiorespiratoria per indagare l'eventuale presenza dei disturbi respiratori del sonno. I pazienti (74M,17F), età media 71 anni (min 41, max 88) sono stati sottoposti alle valutazioni cardiologiche di routine per le loro patologie e successivamente seguiti con un FU clinico medio di 47 mesi (min 19, max 114). Sono stati considerati 2 gruppi di pazienti per l'AHI (Apnea-Hypopnea Index) (<29 e per >29). Sono state analizzate eventuali differenze tra i 2 gruppi sia per le variabili di tipo continuo (come età, parametri laboratoristici, frazione d'eiezione, etc) sia per le variabili categoriche (sesso, uso di farmaci, fattori di rischio, ipertensione, fumo, cardiopatia ischemica, diabete).
Risultati. C'è una maggiore prevalenza dell'eziologia ischemica (54% vs 32%, p=0.029) e di uso di antialdosteronici (39% vs 17%, p=0.021) in pazienti con AHI alto rispetto a AHI più basso. I parametri della poligrafia cardiorespiratoria (t90, t80, SaO2 media e minima e durata media degli eventi) sono significativamente peggiori nel gruppo con AHI più alto dei pazienti ischemici. Alla regressione di Cox univariata, il gruppo con AHI maggiore ha un maggior rischio di ricoveri cardiaci (HR 1,91, 95% CI 1.09-3.33, p=0.02).La significatività resta borderline quando l'analisi viene aggiustata per eziologia ischemica ed utilizzo di antialdosteronici (HR 1.79, 95% CI 0.99-3.25, p=0.05). Anche l'analisi dell'ODI (Oxygen Desaturation Index) mostra che i pazienti con ODI elevato (>20) hanno un maggior rischio di eventi cardiaci rispetto a quelli con ODI più basso (HR 2.86, 95% CI 1.47-5.54, p=0.002).
Conclusioni. Pazienti affetti da malattie cardiovascolari, qualora queste siano gravate da una concomitante presenza di apnee del sonno di grado severo, mostrano nel caso di eziologia ischemica una maggiore incidenza di eventi cardiovascolari e ricoveri in ambiente cardiologico.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

C85

IPERGLICEMIA ACUTA IN PAZIENTI NON DIABETICI CON STEMI: MEDIATORE DIRETTO DI DANNO MIOCARDICO?

A. Demarchi, S. Cornara, A. Somaschini, A. Mandurino Mirizzi, G. Crimi, M. Ferlini, R. Camporotondo, M. Gnecchi, M. Ferrario Ormezzano, L. Oltrona Visconti, S. De Servi, G. De Ferrari
IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia; Multimedica, Sesto San Giovanni

Introduzione. L'infiammazione è uno dei mediatori del danno da riperfusione, che è a sua volta associato ad un maggior infarct size. Benché notoriamente il diabete mellito sia associato ad una maggiore risposta infiammatoria durante infarto acuto, pochi dati vi sono in merito al ruolo dell'iperglicemia acuta nei non diabetici, ed in particolare se questa sia un mediatore diretto di danno miocardico o semplicemente un marker di patologia più severa. Scopo del presente studio è pertanto indagare l'associazione tra iperglicemia acuta, risposta infiammatoria e disfunzione microvascolare in pazienti non diabetici con STEMI trattato con PCI primaria.

Metodi. Sono stati analizzati 2137 STEMI consecutivi in pazienti non diabetici trattati con PCI primaria negli anni 2005-2016. La glicemia acuta è stata valutato in ospedale. La risposta infiammatoria è stata valutata mediante due indici infiammatori validati in letteratura, misurati su prelievi ematici eseguiti all'ingresso: il rapporto neutrofili/linfociti (NLR) e il rapporto neutrofili/piastrine (NPR). La loro distribuzione nei diversi quartili di glicemia è stata valutata mediante test di Mann-Whitney. La disfunzione microvascolare è stata valutata calcolando l'ST resolution, definito come una riduzione maggiore del 70% dell'iniziale sopraslivellamento del tratto ST a 60-90 minuti dalla riperfusione nella derivazione in cui risultava di maggiore entità.

Risultati. Il valore mediano di glicemia acuta è stato 136 mg/dl (117-161). L'età media nel quarto quartile di glicemia era 64 anni vs 61 anni negli altri tre quartili; non sono emerse differenze tra gruppi per incidenza di infarto anteriore. I pazienti nel più alto quartile di glicemia hanno dimostrato meno frequentemente ST Resolution (65.7% vs 71% p=0.03) ed indici infiammatori significativamente maggiori: 4.9 (2.83-9.22) vs 4.72 (2.69-7.87) (p=0.01) e 0.03 (0.02-0.05) vs 0.02 (0.01-0.04) (p<0.001) per NLR e NPR rispettivamente. Il valore di glicemia acuta si è dimostrato significativamente più alto nei pazienti che non mostravano ST resolution (153 mg/dl vs 143 mg/dl; p=0.001).

Conlusioni. In pazienti non diabetici con infarto acuto, una glicemia più elevata è risultata associata ad una maggior risposta infiammatoria ed a una maggiore propensione a sviluppare disfunzione microvascolare. Questi dati suggeriscono che, in questi pazienti, l'iperglicemia acuta potrebbe avere un ruolo diretto nello sviluppo di disfunzione microvascolare.

C86

FGF-23 COME FATTORE DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE NON TRADIZIONALE

F. Simonelli, M. Greco, A. Picciolo, F. Germinal, L. Quarta, R. Tommasi, L. Corlianò, A. Tondo, D. Fischetti, G. Colonna
Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Facoltà di Medicina e Psicologia, La Sapienza Università di Roma, Roma; U.O. Patologia Clinica, P.O. "V. Fazzi", Lecce; U.O. di Cardiologia Interventistica ed Emodinamica "A. Montinaro", P.O. "V. Fazzi", Lecce

Introduzione. Il metabolismo dei fosfati è stato studiato come fattore di rischio cardiovascolare non tradizionale. Nella "via dei fosfati" il fattore di crescita dei fibroblasti 23 (FGF-23) agisce sia aumentando l'escrezione di fosfato dal tubulo renale prossimale sia riducendone l'assorbimento intestinale. Ha inoltre un ruolo nell'omeostasi calcica, riducendo la produzione di vitamina D attiva ed aumentando i depositi di calcio renale, traducendosi in calcificazioni vascolari. È stato dimostrato che quando il livello di FGF-23 è elevato, come in una dieta ricca di fosfati, esso incrementa la quantità di co-trasportatori sodio-cloro, in modo da aumentare il riassorbimento di sodio e pertanto elevare la pressione sanguigna. Una migliore comprensione di tale via metabolica, potrebbe condurre ad interventi terapeutici nuovi e mirati al controllo dell'ipertensione e della malattia cardiovascolare, contribuendo alla stratificazione prognostica.

Materiali e metodi. Abbiamo arruolato 93 pazienti (età media 80 anni; uomini 67% donne 33%; IMA nel 27% dei pazienti) con evidenza angiografica di coronaropatia critica esordita con IMA o rilevata in corso di ricovero in regime elettivo, trattati con rivascolarizzazione miocardica per via percutanea o chirurgica. Ogni paziente è stato sottoposto ad anamnesi ed esame obiettivo completi, elettrocardiogramma, ecocardiogramma, coronarografia, valutazione del grado di severità della coronaropatia (numero di arterie coronarie coinvolte, stenosi residue, IMA, insufficienza renale cronica). Oltre agli esami ematochimici usuali, è stato eseguito il dosaggio plasmatico di FGF23, fosfatemia, vitamina 25-OH e paratormone. Il dosaggio plasmatico di FGF23 e della fosfatemia sono stati eseguiti anche in 33 controlli sani.

Risultati. Abbiamo osservato un'associazione tra livelli elevati di FGF23 e coronaropatia (p=0,05); c'è una relazione significativa tra livelli elevati di fosfato e coronaropatia (p=0,002); c'è una correlazione tra tali valori nei pazienti con coronaropatia rispetto ai controlli sani. FGF23 aumenta tanto più quanto più estesa è la malattia coronarica ed in presenza di ipertrofia ventricolare sinistra.

Conclusioni. In un campione di pazienti ad alto rischio cardiovascolare, FGF23, regolatore del metabolismo dei fosfati, correla con la presenza di coronaropatia ed il grado di severità e può, pertanto, costituire un fattore prognostico.

C87

IL GAP TRA L'ATEROSCLEROSI E LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE NELLA POPOLAZIONE GIOVANE: UNO STUDIO CASO-CONTROLLO

R. America, M. Crisci, M. Di Maio, R. Bianchi, M. Acitorio, T. Cirillo, A. D'Andrea, P. Calabrò
U.O.C. Cardiologia e UTIC Vanvitelli, Ospedale Vincenzo Monaldi, Napoli; U.O.C. Cardiologia ed UTIC, PO Umberto I Nocera Inferiore (ASL Salerno), Nocera Inferiore; Cardiologia Universitaria, PO S. Anna e S. Sebastiano, Caserta

Background. La malattia coronarica precoce (pazienti <50 anni) è un problema emergente. La maggior parte dei giovani pazienti arriva all'osservazione con un quadro di infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI), ma la proporzione di quelli che si presentano con STEMI è in aumento. La malattia coronarica aterosclerotica è ancora poco conosciuta ed indagata nei giovani. Lo spessore medio-intimale (intima-media thickness, IMT) e la stiffness carotidea, definita mediante parametri come Pulse Wave Velocity (PWV) e Augmentation Index (AIx), sono strumenti ampiamente utilizzati per valutare l'estensione dell'aterosclerosi.

Scopo. Valutare IMT e stiffness carotidea in pazienti giovani con sindrome coronarica acuta (SCA).

Metodi. 30 giovani con SCA accorsa prima dei 50 anni di età (25 maschi e 5 femmine) sono stati reclutati consecutivamente per questo studio caso-controllo. Quattro settimane dopo l'evento acuto i pazienti sono stati sottoposti a misurazione automatica di IMT, PWV e AIx mediante l'utilizzo di tecnologia ultrasuoni (US) e radiofrequenza (QIMT e QAS). È stato, inoltre, sottoposto alla stessa valutazione un uguale numero di controlli sani.

Risultati. I giovani pazienti con SCA, rispetto ai controlli, hanno presentato valori più elevati di IMT (673,4 µm vs 395,5 µm, p = 0,0012) e di PWV (8,1 m/sec contro 6 m/sec, p = 0,051), mentre non abbiamo riscontrato alcuna differenza significativa per l'AIx (8,2% vs 7,9%, p = 0,96). I modelli multivariati, inoltre, hanno evidenziato che il genere maschile e il fumo sono determinanti indipendenti di stiffness carotidea e IMT in questo gruppo di giovani pazienti, in particolare in coloro che si sono presentati alla nostra osservazione con un quadro di STEMI da coinvolgimento dell'arteria discendente anteriore.

Conclusioni. Anche se la maggior parte dei giovani con SCA si colloca in una bassa classe di rischio cardiovascolare secondo lo score di Framingham, tale gruppo di pazienti spesso presenta parametri cardiovascolari anormali, espressione di una malattia in fieri. Questo importante mismatch definisce una più complessa e silenziosa forma di aterosclerosi, che richiede ulteriori studi e dati mirati ad individuare una strategia di diagnosi precoce.

Scompenso cardiaco 2

C88

EFFETTO ANTIPERTENSIVO DEL SACUBITRIL/VALSARTAN NELLA RAZZA NERA: UN TEMA DA APPROFONDIRE

C. Paolini, I. Lobascio, C. Dalla Valle, C. Pellizzari, A. Dal Grande, E. Marchesini, G. Girardi, C. Perrone, C. Bilato
Ospedali dell'Ovest Vicentino, Arzignano

La razza nera è spesso colpita da ipertensione arteriosa resistente alla terapia farmacologica. L'utilizzo di ACE inibitori e ARBs in questi pazienti è controverso. Un uomo di 45 anni del Burkina Faso, veniva ricoverato per scompenso cardiaco acuto in corso di flutter atriale ad elevata frequenza ventricolare non noto con evidenza di una frazione di eiezione (FE) pari al 20%. Dopo terapia diuretica e betabloccante ev, si otteneva prontamente il compenso cardiaco ed il ripristino del RS. I livelli medi pressori registrati durante la degenza erano pari a 145/100 mmHg in terapia con ACE inibitore a basso dosaggio, betabloccante e calcioantagonista diidropiridinico al massimo dosaggio. Per il persistere di FE depressa veniva sottoposto a cateterismo cardiaco destro-sinistro che mostrava coronarie indenni, FE 23% e indice cardiaco1.9 l/min/m^2. Una risonanza magnetica cardiaca mostrava un quadro di cardiomiopatia dilatativa primitiva con severa depressione della funzione sistolica (FE 20%). Ad una visita cardiologica di controllo eseguita a 3 settimane dalla dimissione si evidenziava una classe NYHA II-III, astenia da sforzi lievi, scarso controllo della pressione arteriosa (PAO 160-170/90 mmHg), mentre un ecocardiogrammna mostrava una situazione invariata. L'ACE inibitore veniva sostituito con sacubitril/valsartan 49/51 mg bid. 2 settimane dopo la variazione della terapia, i valori pressori risultavano

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

stabilizzati attorno 115-120/70 mmHg mentre la classe NYHA risultava pari a II con scomparsa dell'astenia da sforzo. Veniva aumentato il dosaggio di sacubitril/valsartan a 97/103 mg bid. Nel follow-up il paziente non ha lamentato effetti collaterali, la pressione arteriosa si è stabilizzata su valori <130/80 mmHg e la sua qualità di vita è migliorata. In un contesto storico in cui si è osservata, nel nostro paese, una massiccia immigrazione, la gestione delle problematiche cardiovascolari, appare particolarmete "challenging", specialmente per i soggetti di razza nera. Del resto, nello studio PARADIGM-HF sono stati arruolati solo il 5% di pazienti di razza nera e, pertanto, l'esperienza dell'uso di tale farmaco in questa tipologia di pazienti rimane limitata. Appare dunque necessario lo sviluppo di ulteriori studi per testare anche l'effetto antiipertensivo nella razza nera non solo nei paziente HFrEF ma anche negli HFpEF. In questo senso, valutazioni spesso aneddotiche come quella del nostro caso, possono rappresentare un utile elemento di partenza.

C89

SICUREZZA ED EFFICACIA REAL WORLD DELLA PRESCRIZIONE PRECOCE DI SACUBITRIL/VALSARTAN: APPLICAZIONE DEL PDTA SULLO SCOMPENSO CARDIACO DELL'OSPEDALE DI TERNI

L. Lazzari, G. Khoury, G. Tilocca, A. Tordini, S. Donzelli, D. Bovelli
S.C. Cardiologia, Azienda Ospedaliera S. Maria, Terni; Policlinico Casilino, Roma

Background. La terapia con sacubitril/valsartan (SV) è di provata efficacia nel trattamento dello scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta (HFrEF) come alternativa (Classe IA) nei pazienti (pz) tolleranti agli ACE-inibitori. A Febbraio 2018 l'AO S. Maria di Terni è stata, a nostra conoscenza, il primo nosocomio d'Italia ad approvare nel proprio PDTA su HFrEF il trattamento con SV già al momento della dimissione, strategia con efficacia sovrapponibile alla prescrizione precoce differita (studio TRANSITION).

Metodi e risultati. Da Aprile a Ottobre 2018 abbiamo applicato il PDTA prescrivendo SV a 58 pazienti (63.79% maschi, età 66.93±11.85 anni) eleggibili secondo piano terapeutico AIFA e linee guida ESC 2016 (44.82% alla dimissione, 55.18% a 30 giorni) e con una PA sistolica ≥100 mmHg. Nei pazienti con HFrEF "de novo" (25%) è stato effettuato un run-in con sartano per 36 ore. Eventuali titolazioni si sono svolte ogni 4 settimane. A 3 mesi dalla prescrizione non si sono verificate iperkaliemie o peggioramenti della funzione renale tali da giustificare l'interruzione della terapia. L'ipotensione sintomatica si è verificata nel 10.34% dei casi (sospensione della terapia 5.17%). Il 70.68% presentava insufficienza renale cronica (15.51% con GFR <45 ml/min e 6.89% <30 mlmin). La dose iniziale è stata di 24/26 mg nel 74.13% dei casi e di 49/51 mg nel 25.86%; la titolazione è avvenuta nel 58.62% (dosaggio finale 49/51 mg 51.72% e 97/103 mg 15.51%). Abbiamo osservato una riduzione della classe funzionale nel 56.89% dei casi (baseline vs FU: NYHA I 0% vs 13.79%, II 37.93% vs 70.68%, III 58.62% vs 15.51%) con una riduzione della dose di furosemide (-24.72 mg, p = 0000) e un modesto incremento della frazione di eiezione (+5.08%, p = 0.000), che in 7 pazienti (12.06%) ha raggiunto valori >35%, soprassedendo quindi ad impianto di defibrillatore (ICD) in prevenzione primaria.

Conclusioni. La prescrizione precoce di SV è efficace e sicura, in particolar modo con regime conservativo di titolazione. In modo simile alla maggioranza delle casistiche nel mondo reale, i nostri pazienti hanno raggiunto un dosaggio di SV inferiore rispetto a quelli dello studio PARADIGM (198.27 ± 98.21 vs 375 ± 75 mg), verosimilmente poiché più anziani, con PA più bassa e peggiore funzione renale. La terapia precoce con SV appare tuttavia di grande utilità, anche per l'evidenza di un seppur modesto rimodellamento inverso e conseguente possibile rivalutazione dell'indicazione ad ICD.

C90

MORTALITÀ DA TUTTE LE CAUSE ED OUTCOMES CARDIOVASCOLARI CON L'USO DI DRONEDARONE. UNA META-ANALISI DI TRIAL CONTROLLATI RANDOMIZZATI

R. De Vecchis, S. Soreca
U.O. Cardiologia Preventiva e Riabilitativa, DSB 29 "Ospedale S. Gennaro dei Poveri, Napoli

Introduzione. I rispettivi profili di efficacia e di sicurezza del dronedarone hanno ricevuto autorevoli elogi quando la molecola è stata immessa sul mercato, nel 2009. Tuttavia, ci sono oggi alcuni problemi di sicurezza che hanno portato a limitare l'uso di questo farmaco alla prevenzione secondaria della fibrillazione atriale parossistica o persistente e ad escluderlo dai protocolli terapeutici per le tachiaritmie ventricolari. Lo scopo del presente studio è stato quello di esplorare alcuni endpoints di efficacia e sicurezza del dronedarone, eseguendo una meta-analisi dei dati della letteratura.

Metodi. Abbiamo incluso nella metanalisi esclusivamente studi randomizzati controllati (RCTs) che riportassero outcomes clinici concernenti tale molecola. Gli outcomes primari di efficacia erano la mortalità da tutte le cause, gli eventi cardiovascolari acuti maggiori e il peggioramento dell'insufficienza cardiaca. Gli outcomes secondari di interesse erano le tachiaritmie ventricolari, l'ictus e l'embolia sistemica.

Risultati. Alla fine del processo di selezione, gli studi considerati adatti ad essere incorporati nella meta-analisi risultarono in numero di sette. L'uso di dronedarone non ha comportato alcun vantaggio significativo per la mortalità da tutte le cause (odds ratio aggregato = 1.31; IC 95%: 0.78-2.18; p = 0.31) e per gli eventi cardiovascolari maggiori (odds ratio = 1.45; IC 95%: 0.7, 3.01; p = 0.28), nonché per l'endpoint "peggioramento dell'insufficienza cardiaca" (odds ratio aggregato = 1.32; IC 95%: da 0.87 a 2.01; p = 0.20). In particolare, quando sono stati esclusi i dati dello studio ATHENA, l'uso di dronedarone è risultato associato a un aumento della mortalità da tutte le cause (odds ratio successivo alla esclusione dello studio ATHENA: 1.77; IC 95%: 1.15-2.72; p = 0.0089), ad un aumento del rischio di eventi cardiovascolari maggiori (odds ratio post-esclusione = 2.16, IC 95%: da 1.34 a 3.47; p = 0.0014) e ad un aumento del rischio di peggioramento dell'insufficienza cardiaca (odds ratio post-esclusione = 1.618; IC 95%: 1.14-2.3; p = 0.006).

Conclusioni. Nella nostra meta-analisi, il dronedarone non ha mostrato di esercitare alcun beneficio significativo riguardo alla mortalità da tutte le cause e agli eventi cardiovascolari maggiori; inoltre non ha mostrato di esercitare una protezione contro il rischio di peggioramento dell'insufficienza cardiaca. Le analisi di sensibilità hanno poi dimostrato che l'esclusione dello studio ATHENA ha provocato uno shift dello odds ratio aggregato, così da conferire al dronedarone un ruolo di predittore infausto, in quanto associato ad un più elevato rischio di mortalità e a un peggioramento della morbilità cardiovascolare e del rischio di peggioramento dello scompenso cardiaco. Quindi, il dronedarone non dovrebbe essere somministrato a pazienti con insufficienza cardiaca e dovrebbe essere usato esclusivamente per la prevenzione secondaria della fibrillazione atriale parossistica o persistente.

C91

RITIRATO

C92

I PAZIENTI CHE ASSUMONO DOSI DI SACUBITRIL/VALSARTAN PIÙ BASSE DELLE DOSI TARGET HANNO SIMILI MORTALITÀ O OSPEDALIZZAZIONI DA SCOMPENSO CARDIACO A CONFRONTO CON PAZIENTI TRATTATI CON DOSAGGIO PIENO DEL FARMACO. UNO STUDIO RETROSPETTIVO DI COORTE

R. De Vecchis, C. Ariano, G. Di Biase, S. Soreca
U.O. Cardiologia Preventiva e Riabilitativa, DSB 29 "Ospedale S. Gennaro dei Poveri", Napoli; Divisione di Medicina Geriatrica, Clinica "S. Maria del Pozzo", Somma Vesuviana

Introduzione. Nei pazienti con scompenso cardiaco cronico e ridotta frazione di eiezione (HFrEF), il dosaggio di sacubitril/valsartan è modulato secondo uno schema di aumento graduale. Tuttavia, se i pazienti candidati manifestano intolleranza al farmaco, viene suggerita una riduzione della dose di sacubitril/valsartan o anche la sua interruzione.

Metodi. Questo studio si è proposto di stimare le rispettive proporzioni di pazienti che ricevevano una dose minima o intermedia di sacubitril/valsartan. Inoltre, è stato effettuato un confronto per rilevare le possibili differenze di mortalità per tutte le cause, di mortalità cardiovascolare e di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca nei pazienti trattati con la dose ottimale raccomandata rispetto a quelli trattati con una dose di sacubitril/valsartan inferiore a quella considerata ottimale.

Risultati. Nel periodo dal 15 maggio 2017 al 15 ottobre 2018, i pazienti trattati con sacubitril / valsartan in aggiunta a beta-bloccante e antagonista recettoriale dei mineralcorticoidi sono stati 68. Di questi, sono stati identificati 17 pazienti (25%) portatori di caratteristiche cliniche che controindicavano la somministrazione di sacubitril/valsartan a dose piena. La causa che aveva indotto o favorito il mancato raggiungimento del dosaggio massimo del farmaco veniva annotata: ipotensione sintomatica (10 casi), peggioramento della funzione renale (tre casi), pressione arteriosa sistolica ≤95 mmHg (un caso), angioedema palpebrale (un caso), peggioramento paradosso dello scompenso cardiaco (un caso), iperkaliemia (un caso). La decisione successiva fu quella di mantenere una dose intermedia in 12 pazienti e di ridurre la dose al livello minimo consentito, cioè 24 mg/26 mg due volte al giorno in cinque pazienti. Dopo un follow-up di almeno 8 mesi, non vennero riscontrate differenze riguardo al rischio di morte per tutte le cause o di morte cardiovascolare nel confronto tra pazienti trattati con differenti dosaggi di sacubitril/valsartan. Allo stesso modo, nel corso di un follow-up di almeno 8 mesi, i pazienti che assumevano dosaggi di sacubitril/valsartan inferiori alle dosi-target mostrarono un rischio simile di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca rispetto ai pazienti trattati con dosaggi pieni del farmaco (odds ratio: 1.7083; IC 95% 0.4887-5.9718; p = 0.5011).

Conclusioni. Nel corso di un follow-up di almeno 8 mesi, nel gruppo di pazienti (25%) che avevano mostrato di essere intolleranti alla dose ottimale consigliata di sacubitril/valsartan, l'uso di dosi ridotte del farmaco non ha determinato un aumento della mortalità o di ricoveri per insufficienza cardiaca rispetto ai pazienti trattati con sacubitril/valsartan a dosaggio pieno.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

C93

L'OSMOLARITÀ SIERICA CORRELA CON LO SATO DI CONGESTIONE NEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO ACUTO

A. Piscopo, P. Scicchitano, M. Bellino, A. Cecere, M. Sanasi, P. Sasanelli, F. Cortese, F. Massari, P. Caldarola, M. Ciccone
UOC Cardiologia, P.O. "F. Perinei", Altamura (BA); Cardiologia Universitaria, Policlinico di Bari, Bari; UOC Cardiologia, P.O. "San Paolo" Bari

Scopo. Nello scompenso cardiaco acuto (SCA), la natremia (Na) e la osmolarità sierica (Osm) possono fluttuare in risposta alla modulazione neurormonale e la terapia. Le relazioni esistenti tra osmolarità sierica e congestione nello SCA non sono state completamente esplorate. Scopo del presente studio è stato quello di valutare la correlazione tra Osm e la congestione centrale e periferica valutate, rispettivamente, mediante brain natriuretic peptide (BNP) e bioelectrical impedance vector analysis (BIVA).

Metodi. Abbiamo studiato 262 pazienti consecutivi con SCA (età 78±10 anni, M 54%, NYHA 3.6±6, FEVS 42±12%, Na 139±5 mEq/l, azotemia 78±43 mg/dl, creatinina 1.5±0.9 mg/dl, glicemia 158 ± 26 mg/dl, BNP 1533±1296 pg/ml). Al ricovero, è stata calcolata l'Osm (mOsm/kg) mediante la formula: [2 x Na (mEq/L)+azotemia (mg/dl)/2.8+glucosio (mg/dl)/18], ed eseguiti BNP e BIVA. L'analisi BIVA ha consentito di categorizzare i pazienti in non congesti (n=88), lievemente (n=50), moderatamente (n=76) e severamente (n=48) congesti. L'Osm (315±18 mOsm/kg) presentava una significativa correlazione con la congestione BIVA (ANOVA p=0.007), mentre tale relazione non era significativa con Na (ANOVA p=0.12). Inoltre, l'Osm si correlava con i valori di BNP (log-trasformati) (r=0.17; p=0.03) e dicotomizzati per il valore mediano di 1061 pg/ml (p=0.003). Nessuna significativa correlazione era evidente tra Na e BNP (p=0.25).

Conclusioni. Questo studio dimostra, per la prima volta, la relazione dell'osmolarità sierica e la congestione nello SCA. La congestione si associa ad un aumento dell'osmolarità ed è indipendente dalle concentrazioni plasmatiche di sodio.

C94

BNP, VOLUME PLASMATICO STIMATO E BIVA QUALI BIOMARKERS DI CONGESTIONE SONO INDIPENDENTI PREDITTORI DI MORTALITÀ NELLO SCOMPENSO CARDIACO

F. Massari, P. Scicchitano, M. Sanasi, A. Piscopo, P. Sasanelli, P. Guida, P. Caldarola, M. Ciccone
"F. Perinei" Altamura (BA) - ASL Bari, Altamura; IRCCS Maugeri Cassano Murge, Cassano Murge; Ospedale San Paolo, Bari; Ospedale Policlinico, Bari

Background. La congestione ha un ruolo centrale nello scompenso cardiaco (SC) in quanto consente di porre diagnosi, guida la terapia e stratifica la prognosi. È noto che il BNP, il volume plasmatico stimato (VPs) e l'analisi bioimpedenziometrica vettoriale (BIVA) quali biomarkers, rispettivamente, di congestione emodinamica, intravascolare e periferica, hanno singolarmente un contenuto prognostico nello SC sia acuto che cronico. Scopo dello studio: è stato quello di valutare l'impatto prognostico indipendente sulla mortalità dei biomarkers BNP, VPs e BIVA in pazienti con scompenso cardiaco.

Materiale e metodo. Abbiamo valutato all'ingresso le concentrazioni plasmatiche del BNP (pg/ml), la VPs mediante formula di Strauss calcolata mediante utilizzo dell'emoglobina ed ematocrito (dl/g) e lo stato idrico mediante BIVA (Hydration Index, HI%) in 435 pazienti consecutivi ricoverati per SC con età di 74±11 anni (42% con SC acuto).

Risultati. Durante il follow-up mediano di 463 giorni, (IQR: 287-669), 92 pz sono morti (mediana 112, IQR: 27-133), con una mortalità cumulativa del 21,1% (31,5% nello SC acuto e 13,5% nel cronico). La variance inflaction factors tra i diversi biomarkers è risultata inferiore a 10, escludendo pertanto una collinearità tra le variabili. I biomarkers sono risultati significativamente associati all'end-point con cut-off di 441 pg/ml per il BNP (VPP 38% e VPN 91%), 5,1 dl/gr per VPs (VPP 34% e VPN 86%) e 73,8% per HI (VPP 36% e VPN 89%). BNP >441 pg/ml, VPs >5,1 dl/g e HI >73,8% sono associati alla mortalità all'analisi univariata. Nel modello multivariato i tre biomarkers rimangono associati alla mortalità. Lo SC acuto risulta significativamente associato alla mortalità all'analisi univariata [HR 2,7 (95% 1,8-4,1), p<0,0001], ma non alla multivariata. Il rischio statistico R2 è uguale a 0,4, per cui la variabilità dell'outcome spiegata dal modello è del 40%.

Conclusioni. Questi risultati dimostrano che il BNP, il VPs e l'Hydration Index caratterizzano diversi aspetti della congestione nello SC che non sono mutualmente esclusivi. L'insieme di questi tre biomarkers di congestione spiega il 40% del rischio di morte e potrebbero risultare utile nell'identificare i pazienti con scompenso cardiaco acuto o cronico a più alto rischio di morte.

C95

VALORE SINERGICO DI BIOMARCATORI ED ECOCARDIOGRAFIA PER STRATIFICARE IL RISCHIO DI MORTE NEI PAZIENTI CON HFREF

C. Falletta, F. Clemenza, C. Klersy, V. Agnese, D. Bellavia, G. Di Gesaro, C. Minà, G. Romano, P. Temporelli, F. Dini, A. Rossi, C. Raineri, A. Turco, S. Ghio
IRCCS-ISMETT, Palermo; Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia; Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS, Veruno; Università di Pisa, Pisa; Università di Verona, Verona

Premesse. La stratificazione del rischio è cruciale nello scompenso cardiaco. I clinici necessitano di strumenti utili per indicare terapie quanto più possibile personalizzate per i pazienti, in accordo con il loro profilo di rischio.

Metodi. Studio prospettico, osservazionale, multicentrico su pazienti ambulatoriali con scompenso cardiaco cronico con frazione di eiezione ridotta (HFrEF). Sono stati raccolti parametri demografici, ematici, dosaggio dei peptidi natriuretici (NPs), Troponina I ad alta sensibilità (hs TnI) e dati ecocardiografici, incluso il rapporto tra escursione dell'anulus tricuspidalico e pressione polmonare sistolica (TAPSE/PASP ratio). Èstata analizzata l'associazione tra tali parametri e la mortalità totale.

Risultati. 431 pazienti consecutivi sono stati arruolati nello studio. In un periodo di follow-up mediano di 32 mesi sono stati osservati 50 decessi. All'analisi multivariata di Cox, il rapporto TAPSE/PASP, il numero di biomarcatori positivi ed il sesso sono risultati predittori indipendenti di mortalità. In entrambi i gruppi con rapporto TAPSE/PASP ≥0.36 o non misurabile si è osservata una mortalità 3 volte inferiore rispetto ai pazienti nel gruppo con rapporto TAPSE/PASP <0.36. Il rischio di mortalità incrementava linearmente di 1.6 volte per ciascun biomarker al di sopra della soglia e di circa 2 volte per le donne rispetto agli uomini.

Conclusioni. In una coorte di pazienti con scompenso cardiaco a frazione di eiezione ridotta, la valutazione dei livelli plasmatici di NPs e hsTnI possono contribuire significativamente ad identificare i pazienti che hanno una prognosi peggiore, in associazione alla valutazione ecocardiografica del TAPSE/PASP ratio, indice dell'accoppiamento ventricolo-arterioso destro.

Cardiologia interventistica

C96

CONFRONTO TRA IMPIANTO DI VALVOLA AORTICA TRANSCATETERE (TAVI) E BIOPROTESI CHIRURGICA SUTURELESS NEL TRATTAMENTO DELLA STENOSI VALVOLARE AORTICA: STUDIO RETROSPETTIVO MONOCENTRICO

D. Barbisan, N. Gasparetto, A. Daniotti, A. De Leo, L. Favero, D. Calzolari, E. Guerra, G. Minniti, V. Salandin, S. Giacomelli, C. Cernetti
Cardiologia, Treviso; Cardiochirurgia, Treviso; Anestesia e Rianimazione, Treviso

La prognosi della stenosi valvolare aortica (SVA) è fortemente influenzata dalla comparsa dei sintomi. L'intervento di sostituzione valvolare per via percutanea o chirurgica rappresentano il gold standard terapeutico. Nel corso degli ultimi anni sono notevolmente aumentate le procedure di impianto percutaneo di protesi valvolare aortica (TAVI) e la sostituzione chirurgica con protesi sutureless (SU-SAVR) che sono riservate a pazienti differenti per profilo di rischio e comorbilità. Lo scopo di questo studio (osservazionale, retrospettivo) è analizzare i pazienti con SVA serrata e sintomatica che, presso il nostro Centro, sono stati sottoposti a TAVI o SU-SAVR. In particolare, è stata analizzata la mortalità (perioperatoria, a medio e lungo termine), la funzionalità della protesi nel tempo e lo stato funzionale dei pazienti (indice di Barthel). 497 pazienti sottoposti a TAVI (luglio 2009-agosto 2018), 72 pazienti sottoposti a SU-SAVR (luglio 2013-luglio 2018). La funzionalità della valvola protesica è pressoché uguale nelle due popolazioni anche se, nel tempo l'entità del rigurgito protesico è più elevata nella popolazione SU-SAVR. Il tasso d'impianto di pacemaker (PM) è significativamente maggiore nel gruppo TAVI (22.1% TAVI vs 2.9% SU-SAVR, p<0.001) sebbene l'incidenza nel corso degli ultimi anni si è notevolmente ridotta (25.3% vs 12.9%). Le mortalità perioperatoria e a medio termine (12 mesi dall'intervento) sono sovrapponibili, mentre, la sopravvivenza a lungo termine (60 mesi dall'intervento) risulta significativamente minore nel gruppo TAVI (37.2% TAVI vs 91.1% SU-SAVR, p=0.05). I pazienti SU-SAVR giungono all'intervento con un indice di Barthel migliore, tuttavia questo peggiora maggiormente rispetto ai pazienti TAVI nel post-operatorio (p<0.001), inoltre, la degenza media è significativamente più lunga nel gruppo dei pazienti SU-SAVR (6.2±5 TAVI vs 17.3±6 SU-SAVR, p=0.03). Tali dati permettono di concludere come la procedura di TAVI ha permesso di ridurre i tempi di degenza e di dimettere i pazienti in condizioni funzionali migliori rispetto ai pazienti sottoposti a SU-SAVR. La popolazione TAVI ha un tasso di impianto PM post procedurale maggiore come confermato dalla letteratura. Infine, i dati di sopravvivenza dimostrano come i pazienti sottoposti a TAVI siano notevolmente più fragili rispetto al gruppo di pazienti chirurgici, pur

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

considerando che fino a 12 mesi dall'intervento le percentuali di sopravvivenza dei due gruppi sono sovrapponibili.

C97

RIPARAZIONE PERCUTANEA DELLA VALVOLA MITRALICA COL SISTEMA MITRACLIP IN PAZIENTI CON INSUFFICIENZA MITRALICA SEVERA

G. Casalnuovo, G. Fele, M. Melis, M. Corda, N. Sanna, F. Sanna, B. Loi, R. Taccori, C. Tramontin, D. Pasqualucci, M. Porcu
S.C. Cardiologia, AO Brotzu, Cagliari; S.C. Cardiologia Interventistica, AO Brotzu, Cagliari; SSD Cardioanestesia, AO Brotzu, Cagliari; S.C. Cardiochirurgia, AO Brotzu, Cagliari

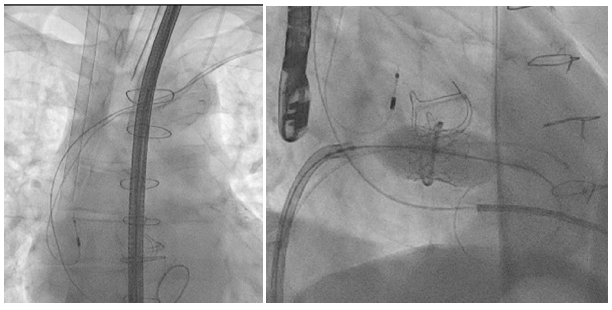
Background. La riparazione percutanea della valvola mitralica (RPVM) con il sistema MitraClip è stata associata ad esiti clinici favorevoli in pazienti con insufficienza mitralica ad elevato rischio chirurgico. I dati specifici sul rimodellamento inverso delle camere cardiache sinistre dopo RPVM sono comunque limitati. Lo scopo dello studio è stato di valutare l'effetto della RPVM sulle caratteristiche ecocardiografiche del ventricolo sinistro (VS) e lo stato funzionale in pazienti con insufficienza mitralica severa degenerativa (IMD) o funzionale (IMF), con rischio chirurgico proibitivo di riparazione/sostituzione della valvola mitrale (VM).
Metodi. Sono stati arruolati pazienti fortemente sintomatici (classe funzionale NYHA III/IV), nonostante terapia medica ottimale e, se indicata, di resincronizzazione cardiaca, con un rischio chirurgico proibitivo per la severa disfunzione del VS e/o per le comorbidità. Tutti i candidati sono stati sottoposti a ecocardiografia transtoracica e transesofagea e a cateterismo destro, salvo specifiche controindicazioni. Per l'eleggibilità anatomica per la RPVM ci si è basati sui criteri dello studio EVEREST. Il rischio chirurgico è stato stimato usando gli score STS e l'EuroSCORE logistico, sono stati contemplati anche criteri aggiuntivi. Sono state analizzate le differenze medie al basale, 1 mese, 6 mesi e 1 anno.
Risultati. Un totale di 21 pazienti è stato sottoposto a RPVM (età media di 70 ± 11 anni); il 29% era affetto da IMD e il 71% da IMF. Tutti i pazienti erano in classe funzionale NYHA III o IV prima della procedura. Non si è verificata alcuna seria complicanza nella fase periprocedurale. A un mese l'86% dei pazienti ha migliorato la classe funzionale NYHA da III o IV a NYHA ≤ II e nessun paziente era in NYHA IV (vs 62% al basale). A 12 mesi il 72% dei pazienti era in NYHA ≤ II, il 19% in NYHA III e il 10% in NYHA IV. In rapporto al basale, all'ultimo follow-up sono state riportate significative riduzioni nel grado di IM, LVEDVi (106 ± 51 ml/m^2 vs 92 ± 49 ml/m^2), LVESVi (66 ± 43 ml/m^2 vs 58 ± 25 ml/m^2), indice di sfericità (0.74 ± 0.7 vs 0.71 ± 0.7), LVEF (38 ± 16% vs 42 ± 17%), LAVi (89 ± 18 ml/m^2 vs 73 ± 15 ml/m^2) e pressione arteriosa sistolica polmonare (53 ± 11 mmHg vs 34 ± 5 mmHg), (tutte le $P < 0.05$).
Conclusioni. Il trattamento con MitraClip è efficace nei pazienti severamente sintomatici ad elevato rischio per la chirurgia convenzionale sulla VM. In pazienti selezionati, questa procedura è sicura e consente un netto miglioramento dei sintomi nel follow-up a medio termine. Inoltre, il beneficio clinico è associato a un significativo rimodellamento inverso atriale e ventricolare, con un miglioramento della contrattilità.

C98

UN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO SOTTOPOSTO A PROCEDURA DI INTERVENTISTICA STRUTTURALE CON ASSISTENZA ECMO

C. Sorini Dini, S. Valente, G. Squillantini, F. Meucci, A. Mattesini, M. Stolcova, F. Ristalli, N. Chiriatti, C. Di Mario
Ospedali Riuniti, Livorno; AOU Senese Ospedale S. Maria alle Scotte, Siena; AOU Careggi, Firenze

Riportiamo il caso di un uomo di 72 aa sottoposto nel 2012 a CABG (graft arterioso su interventricolare anteriore e venoso su intermedio), sostituzione valvolare aortica e plastica mitralica. Nel 2013 per recidiva di scompenso cardiaco ed insufficienza mitralica (IM) era stato sottoposto a plastica mitralica. Alcuni mesi fa il paziente si ricoverava per storm aritmico non adeguatamente trattato dall'ICD. L'ecocg evidenziava una FE del 15%, un ventricolo sinistro dilatato (DTD 72 mm), un'IM intravalvolare severa. La coronarografia mostrava una stenosi critica del tronco comune distale ed un'occlusione del graft venoso non ricanalizzabile per via percutanea. Il paziente veniva trasferito presso il nostro centro per valutare le opzioni terapeutiche: l'Heart Team evidenziava un rischio chirurgico proibitivo, l'impossibilità all'impianto di MitraClip per tethering marcato del lembo posteriore, ampia coaptation deapth ed anulus sottodimensionato, l'impossibilità di un'anuloplastica percutanea per la presenza di anelli chirurgici. La PCI efficace a livello del tronco comune non determinava alcun miglioramento clinico. Il paziente si destabilizzava ulteriormente per multipli episodi di TVNS, parzialmente responsive alla terapia medica e sviluppava una sindrome da bassa portata con necessità di nitroprussiato. L'upgrading a CRT-D non era tecnicamente fattibile, la procedura di ablazione delle TV era stata giudicata troppo rischiosa. Collegialmente si decideva di effettuare una sostituzione mitralica percutanea valve-in-ring per via transsettale. Lo scompenso cardiaco avanzato imponeva la necessità di un supporto meccanico e l'ECMO veno-arterioso è stato ritenuto il più idoneo perché non interferiva con la protesi aortica ed era capace di garantire una buona portata, anche in caso di aritmie. Le cannule sono state impiantate per via percutanea (venosa in giugulare destra e arteriosa in femorale sinistra) (Fig. 1). L'impianto della valvola mitralica è stato eseguito senza complicanze, con assenza di gradiente transmitralico e leak perivalvolare significativi (Fig. 2). Il supporto con ECMO si è reso fondamentale nelle fasi centrali della procedura (assenza di onda pressoria pulsatile) ed è stato rimosso per via percutanea nel cath lab grazie al preimpianto di device di chiusura. Il paziente è stato trasferito e dimesso a domicilio dopo alcuni giorni.
Conclusione. Il supporto meccanico con ECMO ha reso possibile una procedura interventistica strutturale ad alto rischio in un paziente con scompenso cardiaco avanzato.



C99

RITIRATO

C100

LA VALVULOPLASTICA AORTICA PERCUTANEA COME TERAPIA PALLIATIVA NELLA STENOSI VALVOLARE AORTICA SEVERA: 10 ANNI DI ESPERIENZA IN UN SINGOLO CENTRO

F. Mantovani, C. Leuzzi, L. Valli, R. De Mola, A. Potenza, A. Navazio, V. Guiducci
Arcispedale S. Maria Nuova, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Reggio Emilia

Background. Il progresso tecnologico assieme all'acquisizione di una maggiore esperienza degli operatori ha portato al raffinamento della metodica di valvuloplastica aortica percutanea (BAV) negli ultimi anni. La BAV può fornire un'opzione di trattamento palliativo in pazienti ad elevato rischio, altamente sintomatici, per i quali non è disponibile nessun'altra terapia invasiva. Tuttavia, sussistono ancora molte incertezze nell'utilizzo della BAV come un approccio terapeutico isolato.
Metodi. È stata effettuata un'analisi retrospettiva della BAV nel nostro centro tra il marzo 2008 e il giugno 2018, come strategia palliativa in pazienti con stenosi valvolare aortica sintomatica. Per tutti i pazienti sono stati raccolti dati demografici, clinici, procedurali e di follow-up.
Risultati. Un totale di 152 pazienti (di cui 95 donne, 63%) con un'età media di 85 ± 6 anni è stato sottoposto a BAV nel nostro centro. Tutti i pazienti avevano dimostrazione ecocardiografica di una stenosi valvolare aortica severa sintomatica principalmente per sintomi di insufficienza cardiaca che avevano richiesto l'attenzione medica e, dopo discussione multidisciplinare con Heart Team, erano stati considerati non idonei alla sostituzione chirurgica o all'impianto trans-catetere (TAVI) della valvola aortica per considerevoli comorbidità (STS score: 9 ± 5). È stata osservata una diminuzione statisticamente significativa del gradiente trans-valvolare post-BAV (gradiente picco-picco pre- BAV: 52 ± 22 mmHg, post-BAV: 29 ± 16 mmHg, ΔGradiente: 24 ± 14 mmHg). Solo un paziente, sottoposto a BAV in corso di shock cardiogeno, è deceduto durante la procedura. Considerando l'elevato rischio della popolazione, la mortalità intra-ospedaliera è risultata bassa (7 pazienti sono deceduti intra-ricovero, 4%). La mortalità ad un anno di follow-up è stata del 43% e la sopravvivenza libera nuovi ricoveri per insufficienza cardiaca è stata del 63% ad un anno di follow-up e del 53% a due anni. In 19 pazienti (13%) è stato necessario ripetere il trattamento di BAV durante il periodo di follow-up.
Conclusioni. Nella nostra esperienza, la BAV come procedura palliativa nei pazienti ad alto rischio ed altamente sintomatici, ha una bassa mortalità intra-operatoria. La BAV è associata a una significativa riduzione del gradiente valvolare aortico e costituisce un valido approccio poiché a distanza di due anni dalla procedura la metà dei pazienti era ancora in vita e non era stato necessario il ricovero per insufficienza cardiaca.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

C101

IMPATTO PROGNOSTICO DELLA MITRACLIP IN PAZIENTI CON DISFUNZIONE VENTRICOLARE SINISTRA E INSUFFICIENZA MITRALICA FUNZIONALE: UNA METANALISI COMPRENSIVA DI STUDI RANDOMIZZATI CONTROLLATI E OSSERVAZIONALI AGGIUSTATI

M. Bertaina, A. Galluzzo, F. Conrotto, C. Budano, W. Grosso Marra, S. Frea, G. Alunni, G. Crimi, C. Moretti, A. Montefusco, M. D'Amico, F. D'Ascenzo, M. Rinaldi
Cardiologia, Città della Salute e della Scienza, Ospedale Molinette, Torino; Cardiologia, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia

Il reale impatto prognostico della MitraClip in pazienti con insufficienza mitralica funzionale (IMF) significativa e disfunzione ventricolare sinistra (DVS) rimane da chiarire. Due studi randomizzati controllati (RCT) con risultati conflittuali sono stati recentemente pubblicati a riguardo. Abbiamo pertanto condotto una metanalisi comprensiva di tutti gli RCT e gli studi osservazionali aggiustati per valutare l'impatto clinico della correzione percutanea dell'insufficienza mitralica quando comparata alla sola terapia medica ottimale (TMO) in pazienti con IMF sintomatica e DVS. La morte per tutte le cause e le riospedalizzazioni per scompenso cardiaco al follow-up più lungo disponibile sono stati gli endpoint primari. La morte cardiaca, la morte ad un anno e a breve termine quelli secondari. Sono stati inclusi 2255 pazienti (1207 nel gruppo MitraClip e 1048 nel gruppo TMO) da 8 studi (2 randomizzati e 6 studi osservazionali). A un follow-up mediano (medio-termine) di 438 giorni (IQR 360-625) l'uso di MitraClip era associato a una significativa riduzione della morte per tutte le cause (odds ratio [OR] 0.55, IC 95% 0.41-0.73, p<0.001; [ORagg] 0.66, IC 95% 0.49-0.90, p=0.009) e riospedalizzazioni (OR 0.49, IC 95% 0.24-1.00, p=0.05 and ORagg 0.63, IC 95% 0.43-0.94, p=0.02). A un anno è emerso solo un trend a favore del gruppo sperimentale nell'analisi aggiustata (ORagg 0.73, IC 95% 0.53-1.02, p=0.07). L'analisi di metaregressione suggerisce che il beneficio della MitraClip sulla sopravvivenza a medio termine persiste anche tenendo conto della prevalenza di CRT, del burden di comorbidità, della classe NYHA, dell'eziologia della cardiomiopatia e dell'entità della DVS e delle dimensioni. In conclusione, l'uso di MitraClip per il trattamento dell'IMF in pazienti con DVS è associata ad una considerabile riduzione della morte e delle riospedalizzazioni per scompenso a medio termine. I risultati di ulteriori RCT attualmente in corso sono necessari per rafforzare le nostre conclusioni.

C102

RITIRATO

C103

VALVULOPLASTICA AORTICA PERCUTANEA: L'ACCESSO RADIALE È UNA VALIDA ALTERNATIVA? ESPERIENZA MONOCENTRICA

D. Forlani, M. Di Marco, A. D'alleva, R. Magnano, L. Pezzi, L. Paloscia
UTIC e Cardiologia Interventistica, Ospedale Civile Spirito Santo, Pescara

Background. La stenosi aortica è la valvulopatia cardiaca più frequente nei paesi occidentali. L'incidenza è in costante incremento per l'aumento dell'età media della popolazione. Se non trattata, la stenosi aortica severa sintomatica è una patologia con una prognosi infausta. La valvuloplastica aortica transluminale percutanea è indicata nei pazienti anziani "fragili" con controindicazione all'intervento chirurgico tradizionale o come "bridge" all'impianto percutaneo della valvola aortica. L'accesso radiale utilizzato nei laboratori di emodinamica anche in procedure complesse. Tuttavia, a causa del calibro dei materiali utilizzati in tali procedure, nella valvuloplastica aortica si preferisce l'accesso femorale.
Scopo. Scopo del presente lavoro è quello di presentare la nostra esperienza sull'uso dell'accesso radiale nelle procedure di valvuloplastica aortica.
Materiali e metodi. Cinque pazienti (72-86 anni), maschi, con stenosi aortica severa (gradiente medio 55±8 mmHg, velocità di picco 4,1±0,3 m/sec, area valvolare funzionale 0,41±0,08 cm^2, FE >50%),ricoverati presso la nostra UTIC con indicazione a valvuloplastica percutanea. Le procedure sono state eseguite mediante doppio accesso radiale. Il pacing avviene mediante posizionamento degli elettrodi, uno sulla porzione distale della guida in ventricolo sinistro ed uno collegato ad un ago posizionato a livello inguinale sottocute. In un accesso radiale si utilizza un introduttore 6 F per poi posizionare PIG Tail in aorta ascendente; dall'altro accesso radiale si posiziona introduttore 8F, si procede a crossing della valvola aortica, cateterismo con PIG Tail in ventricolo sinistro e poi si procede a posizionamento di guida Safari, passaggio del pallone Crystal con cui si eseguiranno 3 gonfiaggi efficaci di circa 5-6 secondi.
Risultati. Non abbiamo avuto nessuna complicanza. L'ecocardiogramma in dimissione ha mostrato una riduzione dei valori di stenosi aortica al grado moderato (gradiente medio 30±5 mmHg, velocità di picco 3,5±0,4 m/sec, area valvolare funzionale 1,43±0,11cm^2). Al follow-up dopo un mese miglioramento delle condizioni cliniche, accompagnato da una riduzione del grado di angina e della classe NYHA.
Conclusioni. L'approccio radiale è una valida alternativa per le procedure di valvuloplastica aortica percutanea, riducendo le complicanze vascolari, consentendo la precoce mobilizzazione del paziente con minori tempi di degenza ospedaliera e di complicanze, pur garantendo uno standard procedurale elevato.

Aritmie (clinica) - Pacing - Ablazione

C104

SUPPORTO CARDIOPOLMONARE IN PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ABLAZIONE TRANSCATETERE DI STORM ARITMICO

A. Di Monaco, N. Vitulano, F. Quadrini, F. Troisi, R. Caruso, N. Duni, G. Cecere, P. Guida, T. Langialonga, M. Grimaldi
Ente Ecclesiastico Miulli, Acquaviva delle Fonti

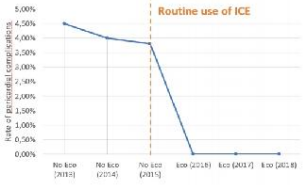
Introduzione. L'ablazione transcatetere delle aritmie ventricolari è un importante trattamento per la gestione dello storm aritmico.
Scopo dello studio. Vengono riportati i dati inerenti la nostra casistica di pazienti con storm aritmico sottoposti ad ablazione transcatetere con supporto ECMO (extracorporeal membrane oxygenation).
Metodi. 19 pazienti (età media 62±10 anni; 85% uomini) sono stati ricoverati presso il nostro ospedale per eseguire ablazione transcatetere per storm aritmico. Tutti i pazienti hanno avuto ≥3 episodi di tachicardia ventricolare o fibrillazione ventricolare nelle 24 ore e sono stati sottoposti a cardioversione elettrica o defibrillazione. Il supporto ECMO è stato usato in tutti i pazienti.
Risultati. L'ablazione transcatetere con support ECMO è stata eseguita in tutti i pazienti. Tutte le tachicardie ventricolari cliniche sono state mappate ed ablate con successo; inoltre, in tutti i pazienti è stata eseguita ablazione del substrato aritmico eliminando i potenziali patologici frammentati e tardivi. In 14 pazienti (74%) le tachicardie ventricolari non erano più inducibili dopo l'ablazione. In merito alle complicanze procedurali, 1 paziente ha avuto dislocazione della cannula arteriosa dell'ECMO con successivo shock cardiogeno in assenza di decesso del paziente; 1 paziente ha avuto dissezione dell'arteria femorale. Dopo una follow-up medio di 10 anni, 2 pazienti sono deceduti per scompenso cardiaco e 1 paziente per storm aritmico.
Conclusioni. L'ablazione transcatetere con support ECMO è una strategia efficace nel migliorare la prognosi dei pazienti con storm aritmico.

C105

APPROCCIO ECOGRAFICO ALLA PROCEDURA DI ABLAZIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE: USO ROUTINARIO DELL'ECOCARDIOGRAFIA INTRACARDIACA E DELLA GUIDA ECOGRAFICA PER GLI ACCESSI VENOSI

C. La Greca, D. Pecora, U. Simoncelli, A. Sorgato, C. Cuccia
Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Brescia

Background. L'ablazione transcatetere (CA) della fibrillazione atriale (AF) è una procedura complessa gravata da un non trascurabile rischio di complicanze. Scopo: Valutare come un approccio routinario caratterizzato sa ecocardiografia intracardiaca (ICE) e accessi vascolari ecoguidati (USG) può influire sulle complicanze procedurali may.
Metodi. Abbiamo analizzato dati da 242 pazienti sottoposti a procedura di CA per AF da luglio 2009 a luglio 2018. Dal 2015 nel nostro centro si è adottato routinariamente un approccio caratterizzato da uso dell'ICE e accessi vascolari USG. Abbiamo comparato gli outcome prima e dopo l'introduzione di questo approccio.
Risultati. La percentuale globale di complicanze è stata del 12.00% (29/242). Non si sono registrate morti o fistole atrioesofagee. 5 pazienti (2.07%) hanno sofferto complicanze pericardiche. 1 paziente ha sofferto una complicanza embolica cerebrovascolare (0.41%); 1 paziente è andato incontro a complicanze legate all'anestesia. Le complicanze di accesso sono state le complicanze più frequenti (23/242, 9.5%). Abbiamo osservato una riduzione delle complicanze totali dopo l'introduzione routinaria di ICE e USG (16.25% vs 1.21%, p=0.001).



In particolare, abbiamo osservato una riduzione delle complicanze di accesso (13.3% vs 4.679%, p=0.03), anche se questa riduzione non era confermata considerando solo le complicanze di accesso che hanno richiesto intervento o prolungamento dell'ospedalizzazione o un

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

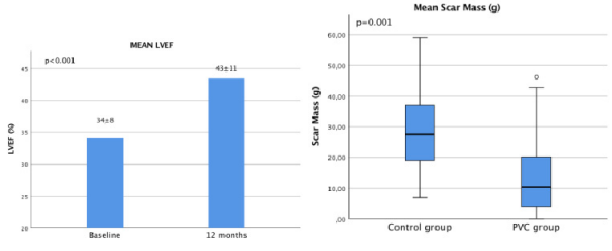
successivo nuovo ricovero (3.70% vs 1.87%, p=0.646). Anche se non abbiamo riscontrato una significatività statistica, abbiamo osservato una riduzione delle complicanze pericardiche (3.3% vs 0.0%, p=0.082). In più, abbiamo osservato una riduzione dei tempi procedurali (skin to skin: 176.46 ± 41.36 vs 164.14 ± 29.77, p=0,043; fluoroscopia: 38.58 ± 62.70 vs 15.80 ± 7.87, p=0,007).
Conclusioni. L'uso routinario dell'ICE e degli accessi venosi USG permette una riduzione delle complicanze correlate a procedure di CA per AF, e, inoltre, migliora l'efficienza, riducendo la fluoroscopia e i tempi di skin to skin.

C106

ABLAZIONE DI EXTRASISTOLIA VENTRICOLARE IN PAZIENTI CON PREGRESSO INFARTO DEL MIOCARDIO: DISTRIBUZIONE DEL SITO DI ORIGINE, SCAR BURDEN ED OUTCOME AD 1 ANNO

A. Biagi, D. Penela, B. Jáuregui, D. Soto-iglesias, L. Aguinaga, A. Ordóñez, J. Fernández-Armenta , L. Tercedor, J. Acosta, A. Berruezo
S.C. Elettrofisiologia, Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza; S.C. Elettrofisiologia, Centro Medico Teknon, Barcellona, Spagna; S.C. Elettrofisiologia, Ospedale Clinic Di Barcellona, Barcellona, Spagna; S.C. Elettrofisiologia, Ospedale Cardiologico Privato di Tucuman, Tucuman, Argentina; S.C. Elettrofisiologia, Ospedale Universitario Puerta del Mar, Cadice, Spagna; S.C. Elettrofisiologia, Ospedale Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Spagna; S.C. elettrofisiologia. Ospedale universitario Virgen del Rocio, Siviglia, Spagna

Background. Frequenti extrasistoli ventricolari possono indurre o peggiorare la funzione sistolica del ventricolo sinistro. Gli outcome dell'ablazione di frequente extrasistolia ventricolare in pazienti con disfunzione ventricolare sinistra e pregresso infarto del miocardio non sono stati descritti in maniera approfondita.
Obiettivo. L'obiettivo dello studio è di valutare gli outcome dell'ablazione di frequente extrasistolia ventricolare in pazienti con pregresso infarto del miocardio e di caratterizzare il sito di origine dell'extrasistolia ventricolare e il burden di scar in questa popolazione.
Metodi. Studio prospettico multicentrico che ha incluso 54 pazienti consecutivi [62±10 anni, 49 (90%) maschi, 28±12% burden medio di extrasistoli ventricolari] con un pregresso infarto del miocardio [25 (46%) con infarto del miocardio a sede anteriore], disfunzione sistolica del ventricolo sinistro (LVEF 34±8%) e frequente extrasistolia ventricolare che sono stati sottoposti ad ablazione. La risonanza magnetica cardiaca (RMC) è stata eseguita in un sottogruppo di 23 pazienti (42%). Caratteristiche e dimensione della scar sono state confrontate con un gruppo di controllo (n=23) di pazienti con pregresso infarto del miocardio, comparabili per funzione sistolica del ventricolo sinistro, ma senza extrasistolia ventricolare.
Risultati. Il successo in acuto dell'ablazione si è raggiunto in 47/54 (87%) pazienti. In 49/54 (90%) pazienti l'extrasistolia ventricolare ha origine dal ventricolo sinistro; il più frequente sito di origine è risultato la cicatrice miocardica (18/54, 33,5%), seguita dal tratto di efflusso del ventricolo sinistro (16/54, 29%). Ad 1 anno di follow-up il burden di extrasistolia ventricolare è diminuito da 28±12% al basale a 4±6,8% (p<0.001); la frazione di eiezione del ventricolo sinistro è progressivamente migliorata da 34±8% al basale a 43±11% (p<0.001) (Fig. 1); e la classe funzionale NYHA è migliorata passando da 2.11±0.6 punti a 1.3±0.4 (p<0.001) rispetto al basale. Nel sottogruppo di pazienti con risonanza magnetica cardiaca la media della massa di scar è risultata significativamente più piccola rispetto al gruppo di controllo [scar mass 12±12 vs. 28±13 g (p=0.001) (Fig. 2); parte centrale 5±6 vs. 13±7 g (p<0.001) e zona di confine 7±7vs14±7 g (0.007)].
Conclusione. L'ablazione di extrasistolia ventricolare determina un aumento significativo della frazione di eiezione del ventricolo sinistro e dello stato funzionale nei pazienti con pregresso infarto del miocardio. La maggior parte delle extrasistoli ventricolari hanno origine dal ventricolo sinistro ma solo un terzo dalla cicatrice del pregresso infarto; il tratto di efflusso del ventricolo sinistro è risultato essere un sito frequente di origine dell'extrasistolia ventricolare. Inoltre il burden di scar è meno della metà nei pazienti con pregresso infarto del miocardio ed extrasistoli ventricolari rispetto ai pazienti con pregresso infarto del miocardio ma senza extrasistolia ventricolare. Questi dati evidenziano il ruolo della frequente extrasistolia ventricolare nel determinare un peggioramento della funzione sistolica del ventricolo sinistro in pazienti con pregresso infarto del miocardio e supportano l'indicazione ad un trattamento ablativo precoce in questi pazienti.



C107

STUDIO SULLA QUALITÀ DELLA RICOSTRUZIONE 3D DELLE VENE POLMONARI OTTENUTA CON ANGIOGRAFIA ROTAZIONALE INTRAPROCEDURALE DURANTE ABLAZIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

D. Zagari, O. Scala, E. Renzullo, A. Sanniti, G. Spadacini, P. Moretti, M. Tritto
Istituto Clinico Humanitas Mater Domini, Castellanza

Scopo. L'esatta individuazione degli osti delle vene polmonari (VP) è essenziale per guidare l'ablazione transcatetere della fibrillazione atriale (ATC-FA). Accanto alle metodiche radiologiche tradizionali, l'angiografia rotazionale (AR) con ricostruzione tridimensionale (3D) è efficacemente utilizzata come alternativa alla tomografia computerizzata (TC) pre-procedurale. Lo scopo di questo studio è stato valutare la qualità delle ricostruzioni delle vene polmonari ottenute con questa metodica.
Metodi. Sono state riviste retrospettivamente le ricostruzioni 3D di 284 pazienti sottoposti ad ATC-FA. L'AR era eseguita iniettando il mezzo di contrasto (MdC) dall'arteria polmonare durante pacing ventricolare rapido. I dati acquisiti venivano inviati automaticamente alla work-station e l'immagine 3D era ricostruita dal software syngo® DynaCT Cardiac (Siemens). La qualità della ricostruzione veniva contrassegnata come ottima (tutte le VP visualizzate per almeno 2 cm dall'ostio), accettabile (tutti gli osti venosi visualizzati ma almeno 1 VP era ricostruita per meno di 2 cm) o scarsa (ostio di almeno 1 VP non visualizzato). Inoltre sono stati valutati la visualizzazione dell'auricola sinistra, i tempi necessari per l'intera procedura, la radioesposizione, le complicanze.
Risultati. Su 284 ricostruzioni 3D analizzate, 200 (70.5%) sono risultate ottime, 64 (22.5%) accettabili e 20 (7.0%) di scarsa qualità. Complessivamente, 264 (93.0%) ricostruzioni hanno permesso la visualizzazione di tutti gli osti venosi. In 205 (72.2%) ricostruzioni l'intera auricola era chiaramente visualizzata e separata dalle VP sinistre. L'esecuzione dell'AR ha richiesto 6.0 ± 3.2 minuti in tutto. In 14 (4.9%) casi si è reso necessario ripetere l'acquisizione con una diversa temporizzazione per una buona ricostruzione 3D. In base alla superficie corporea dei pazienti, il prodotto dose-area è stato di 42.9 ± 6.2 Gycm^2, con una dose effettiva stimata di 8.6 ± 1.2 mSv, inferiore a quella dell'acquisizione mediante TC. Si sono verificate 2 (0.7%) reazioni allergiche al MdC risolte in sala senza conseguenze.
Conclusioni. L'AR è una metodica di imaging utilizzabile direttamente in laboratorio di elettrofisiologia per supportare le procedure di ATC-FA, consente l'integrazione della ricostruzione 3D con la fluoroscopia e non richiede la collaborazione del radiologo. Offre un'ottima qualità nella visualizzazione di tutti gli osti venosi polmonari in una elevata percentuale di casi.

C108

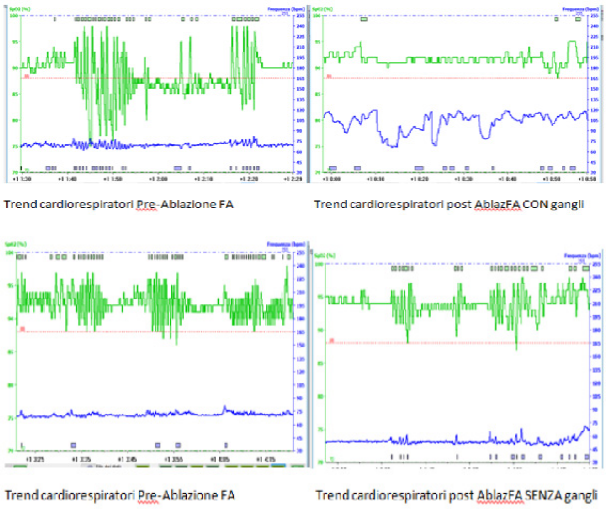
IMPATTO DELLA MODULAZIONE DEI GANGLI IN CORSO DI ABLAZIONE DI FIBRILLAZIONE ATRIALE SUI PATTERN NOTTURNI CARDIORESPIRATORI

N. Vitulano, A. Di Monaco, F. Quadrini, G. Cecere, N. Duni, R. Caruso, F. Troisi, G. Katsouras, V. Caccavo, T. Langialonga, M. Grimaldi
Ente Ecclesiastico Ospedale Regionale F. Miulli, Acquaviva delle Fonti

Le ricerche delle ultime decadi nell'ambito della fisiopatologia dei disturbi respiratori del sonno e malattie cardiovascolari ha portato alla luce la stretta correlazione tra la sindrome delle apnee notturne (SAS) e gli eventi cardiaci prevalentemente in ambito aritmico. Gli eventi apnoici notturni sono caratterizzati dall'assenza di flusso aereo per almeno 10 secondi con una desaturazione (SO_2) >4% del livello basale. Frequenti desaturazioni notturne costituiscono un trigger dannoso per il sistema cardiovascolare. Diversi studi hanno correlato una maggior incidenza di aritmie nei paziente con SAS, ed allo stesso tempo una riduzione delle stesse in quei pazienti trattati con CPAP, soprattutto se si considerano le recidive di fibrillazione atriale dopo CVE e/o ablazione transcatetere. I due scenari fisiopatologici potrebbero essere correlati in senso biunivoco, trovando nel balance simpato-vagale una chiave di lettura comune ma allo stesso tempo opposta nei complessi meccanismi. Attraverso l'analisi di una casistica abbiamo considerato quale potesse essere l'impatto sui trend cardiorespiratori della regolarizzazione del ritmo cardiaco dopo ablazione di fibrillazione atriale, ponendo maggiormente attenzione alla differenza nell'ambito delle desaturazioni notturne in quei pazienti che durante la procedura subivano l'ablazione di uno o più gangli. Sono stati analizzati dal punto di vista clinico e strumentale prima e dopo l'ablazione transcatetere di fibrillazione atriale 10 pazienti (7M, 3F; età media 59 anni), affetti da FA parossistica. Sono stati osservati gli scenari saturimetrici notturni comparando due gruppi (5 vs 5 pazienti) considerando se durante la procedura uno o più gangli erano stati coinvolti nell'ablazione. Nei pazienti sottoposti ad ablazione di FA con interessamento dei gangli, documentati con bradicardie transitorie reattive durante applicazione di radiofrequenza, si osservava nel post-operatorio un aumento della FC media (di circa 10-15 battiti in più) ma soprattutto una riduzione delle desaturazioni notturne che si osservavano prima della procedura (misurate come SO_2 minima e come eventi con SO_2 al di sotto del 88%). Nei pazienti per i quali non si assisteva al coinvolgimento dei gangli

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

durante l'ablazione transcatetere il pattern cardiorespiratorio non subiva significate variazioni, conservando ripetuti eventi con SO_2 <88% tipiche della SAS.



Morte improvvisa

C109

MIOCARDIO NON COMPATTO E FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE: UNA NUOVA ENTITÀ GENETICA FAMILIARE

M. Urru, L. Orrù, A. Scalone, G. Tola, F. Scano, L. Boccone, M. Balzarini, E. Flore, A. Merola, D. Manca, A. Marini, R. Stara, E. Marini, M. Congia, S. Montis, S. Cossa, G. Matta, M. Iascone, M. Porcu, R. Tumbarello
S.C. Cardiologia Pediatrica e delle Cardiopatie Congenite, Ospedale San Michele AO Brotzu, Cagliari; S.C. Cardiologia, Ospedale San Michele AO Brotzu, Cagliari; Clinica Pediatrica e Malattie Rare, Ospedale Microcitemico A. Cao AO Brotzu, Cagliari; Scuola di Specializzazione di Cardiologia, AOU Cagliari, Cagliari; S.C. Radiologia, Ospedale San Michele AO Brotzu, Cagliari; Laboratorio di Genetica Molecolare, Ospedale Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Una famiglia di origine marocchina è stata indirizzata al nostro Centro per il riscontro in un familiare di 24 anni di una variante in omozigosi p.Glu890fs nel gene RBM20. Rianimato a 16 anni per un episodio di FV durante sforzo e portatore di ICD: all'ecocardiogramma dimensioni del VS ai limiti superiori con funzione ai limiti inferiori ed aree di non compattazione con conferma alla RMN di LVNC. Il padre di 56 anni e la madre di 50 anni sono portatori della mutazione nella variante in eterozigosi in assenza di alterazioni ecocardiografiche: la RMN nel padre ha escluso LVNC mentre la madre non ha eseguito la RMN per claustrofobia. Un fratello del probando morì improvvisamente a 16 anni a riposo. Una sorella di 23 anni con genetica negativa presenta all'ecocardiogramma ventricolo sinistro di normali dimensioni, spessori e funzione con accentuata trabecolatura sulla parete laterale: RMN con aspetto ipertrabecolato senza valori diagnostici per LVNC. Altre due sorelle di 18 e 12 anni, portatrici della mutazione in omozigosi, presentano all'ecocardiogramma VS di normali dimensioni, spessori e funzione con ipertrabecolatura, diagnostica alla RMN per LVNC. Entrambe sono state impiantate con un defibrillatore sottocutaneo (S-ICD) in prevenzione primaria. Nella seconda un decubito della tasca per il rapido incremento staturale ha portato alla rimozione del dispositivo. È stato utilizzato un defibrillatore indossabile fino al reimpianto sulla base dell'età ossea. Le mutazioni nel gene RBM20 sono associate a cardiomiopatia dilatativa, una malattia a trasmissione autosomica dominante caratterizzata da fenotipo altamente variabile. La variante identificata in questa famiglia è una delezione di un nucleotide che può essere deleteria per la funzione della proteina. È una mutazione rara non ancora descritta in letteratura che non è presente nel database delle varianti polimorfe. Questa famiglia è di grande interesse perché solo i membri portatori della mutazione in omozigosi della variante p.Glu890fs presentano il LVNC, associato a FV nel probando. Alle sorelle con la stessa variante è stato impiantato un S-ICD in prevenzione primaria per un rischio aritmico non trascurabile. I genitori portatori della mutazione in eterozigosi non hanno il LVNC. In letteratura le mutazioni nel gene RBM20 descritte finora hanno solitamente una trasmissione autosomica dominante perciò questa famiglia rappresenta una nuova entità genetica.

C110

CICATRICE NON ISCHEMICA VENTRICOLARE SINISTRA ISOLATA NEGLI ATLETI E NELLA POPOLAZIONE GENERALE: DUE FACCE DELLA STESSA MEDAGLIA?

M. Galasso, M. Zuin, C. Picariello, M. Carraro, K. D'Elia, L. Marcantoni, F. Zanon, L. Roncon
U.O.C. Cardiologia, Rovigo

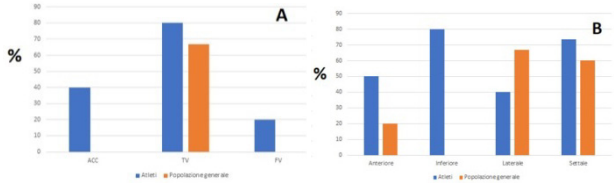
Background. La presentazione clinica, aritmica e l'outcome dei pazienti con cicatrice non ischemica ventricolare sinistra (VS) isolata è stata poco analizzata dalla letteratura.

Scopo. Analizzare la presentazione clinica, aritmica, e sede della cicatrice VS isolata in atleti e in pazienti della popolazione generale indagati con risonanza magnetica (RM) cardiaca e poi trattatati con impianto di ICD in prevenzione primaria o secondaria nella cardiologia di Rovigo da gennaio 2010-agosto 2018.

Materiali e metodi. È stata eseguita un'analisi retrospettiva di tutti i pazienti con impianto di ICD nel periodo suddetto (n=166). 11 (6.6%) erano atleti o pazienti della popolazione generale con documentata cicatrice VS isolata alla RM cardiaca, in assenza di lesioni coronariche alla coronarografia e con frazione di eiezione (FE) conservata.

Risultati. Degli 11 pazienti (9 M, 2 F, età 51.9±9.0 anni), 5 erano atleti in attività e 6 erano pazienti della popolazione generale. Gli atleti erano più giovani rispetto ai pazienti della popolazione generale (40.0±10.7 vs 63.8±9.06 anni, p=0.03). Non differenze significative nei due gruppi fra i fattori di rischio (ipertensione arteriosa, dislipidemia, familiarità per malattia cardiovascolare e per morte cardiaca improvvisa. La FEVS è risultata sovrapponibile nei due gruppi (58.5±10.4% vs 56.6±9.3%, p=0.76). Gli atleti hanno manifestato più spesso una presentazione aritmica della patologia misconosciuta rispetto ai pazienti della popolazione generale (100% vs 66.7%) (Figura 1A). Al contrario, i pazienti della popolazione generale hanno manifestato una sincope come sintomatologia iniziale (66.7% vs 20.0%). Coronarografia ed ecocardio TT sono risultati nella norma in tutti i pazienti dei due gruppi. Una cicatrice mesocardica è stata riscontrata alla RM cardiaca in tutti i soggetti di entrambi i gruppi mentre una fibrosi subendocardica è stata rilevata in un atleta ed in un paziente della popolazione generale. Gli atleti erano caratterizzati da una cicatrice in sede inferiore più frequentemente dei pazienti della popolazione generale (80.0% vs 0%, p=0.02) (Figura 1B). Al follow-up medio di 4.2±2.2 anni, 2 atleti ed 1 paziente della popolazione generale hanno presentato un episodio di tachicardia ventricolare risolto dall'ICD.

Conclusioni. La prima manifestazione clinica di una cicatrice miocardica ventricolare sinistra isolata quasi sempre si caratterizza per la comparsa di una aritmia potenzialmente fatale, specialmente negli atleti in attività. Inoltre, gli atleti si caratterizzano per una diversa localizzazione mesocardia del difetto fibrotico rispetto alla popolazione generale.



C111

IMPLEMENTAZIONE DEI DEFIBRILLATORI NELLE POSTAZIONI FISSE A PIACENZA: IMPATTO SULL'OUTCOME DA FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE NEL PERIODO 2003-2017

P. Novara, D. Aschieri, V. Pelizzoni, L. Torretta, A. Vermi, G. Villani, E. Grillo, G. Losi, F. Guerra, A. Capucci
Ospedale di Castelsangiovanni, Castelsangiovanni; Ospedale G. da Saliceto, Piacenza; Progetto Vita, Piacenza; Policlinico San Matteo, Pavia; Ospedale Torrette, Ancona

In caso di sospetto arresto cardiaco (ACC) gli operatori della centrale 118 provvedono all'attivazione del "codice blu" che prevede l'invio di un mezzo di soccorso avanzato (118-ACLS), di un'ambulanza (BLS-D) e di una pattuglia dotata di defibrillatore semiautomatico (DAE). Mentre i mezzi vengono inviati l'operatore di centrale 118 fornisce istruzioni e assistenza telefonica all'astante per effettuare le manovre di RCP e utilizzare il DAE. Dal 1999 sono stati distribuiti a Piacenza e provincia 860 DAE suddivisi in luoghi pubblici (223), aziende private (238), scuole e centri sportivi (225), vicino ad abitazioni (82) e in pattuglie mobili (92). Nel corso degli anni è aumentato il numero dei DAE soprattutto in provincia con maggiore utilizzo rispetto alle pattuglie, meno disponibili fuori dalla città. Scopo. Valutare a livello temporale l'andamento della sopravvivenza da fibrillazione ventricolare (FV), a seconda del first-responders, in rapporto ai DAE fissi presenti negli anni a Piacenza. Metodi. È stato condotto uno studio retrospettivo osservazionale su tutti i casi di ACC con FV negli anni 2003-2017, nell'area di Piacenza e provincia. Sono stati suddivisi i casi in base: -al tipo di soccorritore laici (PV) o 118-ACLS/BLS-D (118-PA), -al periodo temporale in fasce di 5 anni ed è stata valutata la sopravvivenza. Risultati. Nel periodo 2003-2017 si sono verificati 4294 ACC, dei quali 534 con FV documentata; nel periodo 2003-2007 la sopravvivenza nel gruppo

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

PV è risultata 54.55% vs 16.11% del gruppo 118-PA (p<0,05), nel periodo 2008-2012 per PV 42.86% vs 27.47% 118-PA (p<0.05 e nel periodo 2013-2017 per PV 63.64% vs 118-PA14.08% (p<0.05). Contemporaneamente all'incremento del numero dei DAE nelle postazioni fisse si è registrato un aumento della sopravvivenza da FV in postazioni fisse grazie alla maggiore disponibilità dei DAE: 0% nel periodo 2003-2007 vs 25% nel periodo 2008-20012 vs 64.3% nel periodo 2013-2017. Conclusioni. Negli anni si è registrato un incremento della sopravvivenza da FV in pazienti trattati da personale laico soprattutto grazie ai DAE in postazioni fisse rispetto ai pazienti trattati dalle pattuglie grazie ad un significativo aumento dei DAE pubblici e della diffusione della defibrillazione. Si prevede un incremento sempre maggiore di postazioni fisse di DAE con una sopravvivenza ulteriormente aumentata grazie al tempestivo tempo di intervento dei cittadini in un sistema di "buon vicinato".

C112

STUDIO OSSERVAZIONALE, PROSPETTICO, MONOCENTRICO SULL'UTILIZZO DEI MASSAGGIATORI MECCANICI NELLA FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE REFRATTARIA

D. Betta, N. Gasparetto, A. Daniotti, A. De Leo, S. Orazio, A. Forti, G. Zilio, L. Favero, F. Marson, V. Salandin, G. Minniti, C. Cernetti
Cardiologia, Treviso; SUEM, Treviso; SUEM, Pieve di Cadore; Anestesia e Rianimazione, Treviso; Terapia Intensiva CCH, Treviso; Cardiochirurgia, Treviso

Razionale. Analizzare i parametri di sicurezza ed efficacia dell'utilizzo dei massaggiatori meccanici per il trasporto di pazienti con arresto cardiaco (AC) da fibrillazione ventricolare (FV) refrattaria.

Materiali e metodi. Dal 2009 presso l'Ospedale di Treviso è in corso la raccolta dati sistematica dei pazienti colpiti da AC. Di questi pazienti abbiamo analizzato il sottogruppo con AC da FV refrattaria, trasportati in corso di rianimazione cardio-polmonare (RCP) con il massaggiatore meccanico LUCAS. Il nostro protocollo (chiamato codice viola) permette il trasporto con LUCAS se l'età del paziente è inferiore a 65 anni, con AC testimoniato, FV come unico ritmo e un'$EtCO_2$ durante il trasporto sempre superiore a 13.

Risultati. 269 pazienti consecutivi inclusi nel registro, tutti con AC da primitiva origine cardiaca. Il 12% dei pazienti avevano avuto un AC intraospedaliero. L'età media dei pazienti è 55±11 anni. Nel 73% dei casi l'AC è stato causato da un infarto miocardico acuto. 46 pazienti sono stati trasportati in Ospedale con LUCAS. Nel 52.2% l'angiografia coronarica è stata iniziata dopo la ripresa spontanea della circolazione spontanea (ROSC) all'arrivo in Emodinamica. Nel 34% dei casi è stato posizionato un ECMO durante RCP con LUCAS. La sopravvivenza alla dimissione dalla terapia intensiva è stata del 36% (77.7% dei quali con buon outcome neurologico) (LUCAS group) vs 67.7% (non-LUCAS group) (p=0.003). I fattori precoci correlati alla sopravvivenza sono risultati essere l'ottenimento di un ROSC prima dell'angiografia coronarica (p=0.012) e un pH arterioso superiore a 6.9 all'ingresso (p=0.029). Il principale fattore, ottenibile entro le 24-48 ore, correlato ad un buon outcome neurologico è risultato essere un buon pattern elettroencefalografico (p=0.01).

Conclusioni. I massaggiatori meccanici possono essere dei validi ausili alla RCP e, quando nel centro vi è un protocollo multidisciplinare condiviso, la strategia "scoop and run" è fattibile per trasportare il paziente in Ospedale allo scopo di poter applicare l'ECMO nel più breve tempo possibile. L'angiografia coronarica deve sempre seguire il posizionamento dell'ECMO. I nostri dati indicano come gli elementi precoci correlati alla sopravvivenza sono il ROSC all'arrivo in Ospedale e il pH arterioso. Nei primi 2 giorni il buon pattern elettroencefalografico rappresenta invece il predittore più forte di outcome neurologico favorevole.

Cardiochirurgia

C113

INTERVENTO CHIRURGICO ISOLATO DI COX-MAZE IV: RISULTATI A LUNGO TERMINE NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE DI TIPO PERSISTENTE O "LONG-STANDING PERSISTENT"

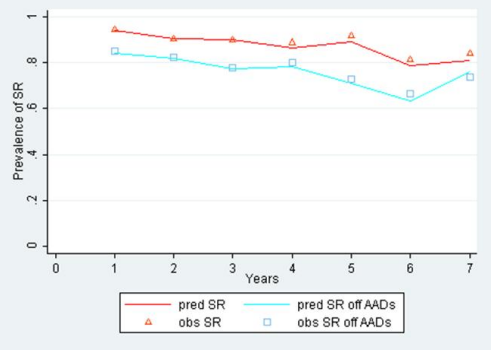
E. Lapenna, S. Benussi, B. Del Forno, S. Ruggeri, M. Cireddu, R. Meneghini, D. Schiavi, A. Castiglioni, O. Alfieri, M. De Bonis
IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano; Ospedale Civile di Brescia, Brescia

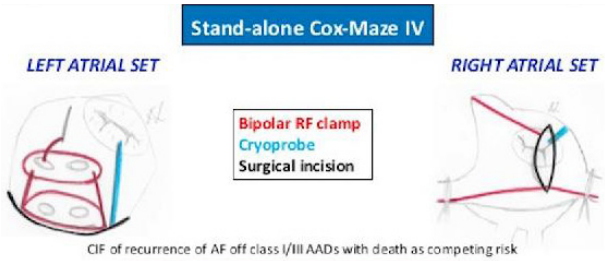
Obiettivo. Nei pazienti affetti da fibrillazione atriale (FA) di tipo persistente o "long-standing persistent", il controllo dell'aritmia a lungo termine resta ancora una sfida. Attualmente, l'intervento di Cox-Maze IV, che utilizza come energia la radiofrequenza bipolare e/o la crioablazione, rimane il "gold standard" nel trattamento della FA non-parossistica. Diversi studi hanno confermato la sua efficacia, ma la maggior parte di essi sono limitati da un follow-up breve, dall'uso di metodi non standardizzati per riportare il ritmo cardiaco (secondo le linee guida dell'Heart Rhythm Society"), o dal prendere in considerazione una popolazione mista di pazienti o diversi approcci chirurgici. In particolare, pochi studi hanno valutato i risultati a lungo termine dell'intervento chirurgico isolato di Cox-Maze IV. L'obiettivo di questo studio è stato quello di esaminare l'outcome a lungo termine della procedura isolata di Cox-Maze IV nei pazienti affetti da FA sintomatica e refrattaria, di tipo persistente o long-standing persistent.

Metodo. Cinquantanove pazienti consecutivi (età media 52±10.5, sottoposti a precedenti ablazioni trans-catetere nell'80% dei casi, con frazione di eiezione ventricolare sinistra media 55±3.4% e volume atriale sinistro indicizzato medio di 41[34;47]ml/m^2) affetti da fibrillazione atriale sintomatica e refrattaria di tipo persistente (56%) o long-standing-persistent (44%), sono stati sottoposti a procedura isolata di Cox-Maze IV. Le ablazioni su entrambi gli atri sono state eseguite utilizzando radiofrequenza e crioenergia. L'auricola sinistra è stata esclusa in 56/59 (95%) pazienti.

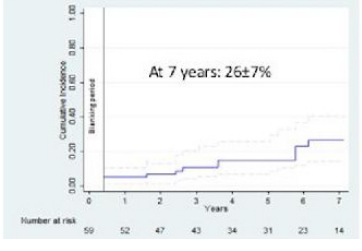
Risultati. Non ci sono stati decessi intraospedalieri e in un paziente (1.7%) è stato necessario, nel post-operatorio, l'impianto di un pacemaker. Il follow-up è stato del 97% (mediana 5.8 anni, IQR 3.92;7.11). La sopravvivenza a 7 anni è stata 97±2.3%. A 7 anni, la "cumulative incidence function" di ricorrenza di FA e di ricorrenza di FA senza farmaci antiaritmici di classe I/III, considerando la morte come rischio competitivo, è stata rispettivamente del 14.2±5.6% (95%CI 5.5;26.8) e del 26.5±6.9% (95%CI 14.2;40.4). La durata della FA è stata identificata come unico predittore di ricorrenza di FA (HR 1.01, 95%CI 1.01;1.02, p<0.001). A 7 anni la proporzione di pazienti in ritmo sinusale (RS) è stata dell'84%, di cui il 74% senza farmaci antiaritmici di classe I/III. All'ultimo follow-up, il 75% dei pazienti era in classe EHRA I, non vi è stato alcun evento tromboembolico/stroke, ed il 70% dei pazienti non assumeva terapia anticoagulante. La frazione di eiezione ventricolare sinistra era aumentata dal 53±3.4% basale al 59±3.4% al follow-up (p=0.003).

Conclusioni. Questo studio ha confermato la sicurezza e l'efficacia a lungo-termine (7 anni) dell'intervento chirurgico isolato di Cox-Maze IV per il trattamento della FA di tipo persistente e long-standing persistent. Infatti, più del 70% dei pazienti erano in RS senza farmaci antiaritmici di classe I/III e senza anticoagulanti orali.





CIF of recurrence of AF off class I/III AADs with death as competing risk



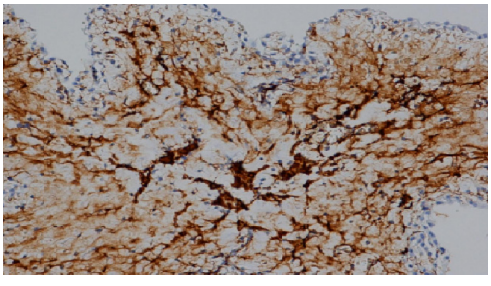
- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

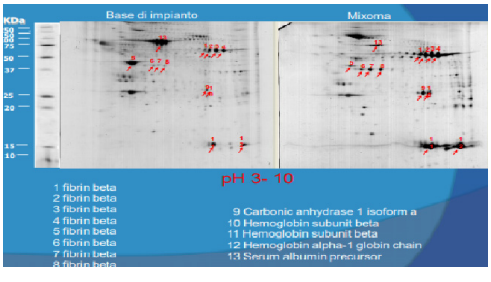
C114

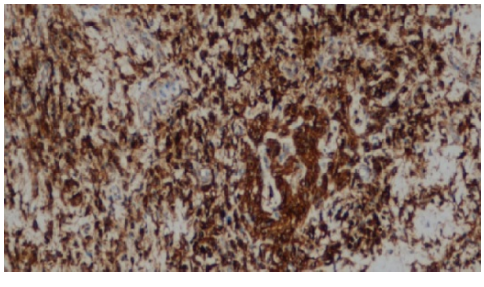
LA PROTEOMICA E L'IMMUNOISTOCHIMICA NEI MIXOMI ATRIALI: UNO STUDIO INNOVATIVO

F. L'Abbate, D. Carretta, F. Mastro, T. Cocco, R. Lippolis, M. Pansini, R. Troccoli, A. Marzullo, M. Ciccone, C. D'Agostino, N. Brunetti
Ospedali Riuniti, Foggia; Policlinico, Bari

Il mixoma è il tumore benigno più comune del cuore. Si trova per il 95% nell'atrio (atrio sinistro 75%, atrio destro 25%) il 5% proviene dai ventricoli. Ha un corteo sintomatologico che include dispnea, tachicardia, obnubilamento del sensorio, dolore toracico e/o retrosternale e sincope. Le donne sono più colpite degli uomini, specialmente dopo la quinta decade di vita. Le recidive sono presenti nel 3% dei casi e si verificano da 4 a 8 anni dopo il primo intervento. Studiando l'espressione degli anticorpi cd31 e cd34 in 15 mixomi abbiamo confermato la natura endoteliale della neoplasia. La positività del fattore di crescita dell'endotelio vascolare lo ha confermato e l'espressione aumentata nei campioni di tessuto recidivante ha mostrato che il fattore angiogenico stimola la crescita delle cellule endoteliali. Anche cd44 può contribuire alla recidiva. Con la coltura cellulare è stato dimostrato che il tumore cresce nel terreno arricchito con VEGF, invece la crescita cellulare viene inibita e completamente bloccata aggiungendo al terreno un antagonista del VEGF.
La positività immunoistochimica del CD44, un marcatore di cellule staminali mesenchimali, ha dimostrato la presenza di una sottopopolazione di tipo staminale responsabile dell'iniziazione, della manutenzione e della progressione del tumore. Queste cellule risiedono nella matrice ricca di mucopolisaccaridi del mixoma. Anche la pluripotenza di questa popolazione di cellule è stata confermata dai cardiomiociti e dalla differenziazione delle cellule smooth muscle in vitro. Quindi i nostri risultati indicano che il mixoma cardiaco primario può derivare da cellule staminali mesenchimali. L'analisi proteomica ha confermato la natura della neoplasia e la sua predominanza vascolare, dimostrata dall'aumento della concentrazione di fibrina e delle subunità di emoglobina che aumentano esponenzialmente dal tessuto sano, alla base di impianto, al tessuto neoplastico. L'aumento della concentrazione di anidrasi carbonica, enzima regolatore del pH, testimonia il grado di adattamento della neoplasia in condizioni ipossiche. Unico a diminuire è la concentrazione di precursore di albumina sierica, infatti è negativamente regolata da citochine infiammatorie abbondantemente presenti nel neoplasma, come TNF e IL-6. Avendo inteso quindi che tale tumore è legato alla presenza di VEGF e che presenta la possibilità di anticorpi anti-VEGF, è possibile concepire la fabbricazione di patch operatori imbevuti di anticorpo VEGF per prevenire la formazione di recidiva, stimata tra il 4 e il 14% e che si verifica più frequentemente entro due anni dall'intervento.







C115

IMPATTO DELL'ANEMIA E DELLA TERAPIA MARZIALE PER VIA ENDOVENOSA SULLA CAPACITÀ FUNZIONALE DEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD INTERVENTO CARDIOCHIRURGICO

C. Nugara, G. Vitale, S. Sarullo, F. Sarullo
Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli, Palermo; Università degli Studi di Palermo, Palermo

Obiettivo. Valutare l'efficacia, la sicurezza e l'impatto sulla capacità funzionale della terapia endovenosa con ferro carbossimaltosio (FCM) rispetto alla terapia orale con ferro gluconato (FC) nei pazienti con anemia da iron deficiency (IDA) dopo intervento cardiochirurgico.
Metodi. Sono stati arruolati, in maniera retrospettiva, 74 pazienti con IDA dopo intervento cardiochirurgico. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: Gruppo I (35 pazienti) trattati con FG e Gruppo II (39 pazienti) trattati con FCM. In tutti i pazienti è stata valutata la variazione del valore di emoglobina e della distanza percorsa al six minute walking test (6MWT) all'ingresso in reparto e alla dimissione.
Risultati. Sono stati arruolati 74 pazienti. L'età media era pari a 67.5 ± 10.4 anni, 32 pazienti erano di sesso femminile (43%). I pazienti trattati con FCM hanno mostrato livelli più elevati di emoglobina alla dimissione (11.1 ± 1.2 vs. 10.2 ± 1.1, p=0.001), maggiore distanza percorsa al 6MWT (279.2 ± 108.8 vs. 236.3 ± 72.7, p=0.048) e minore durata dell'ospedalizzazione nel reparto di Riabilitazione Cardiovascolare (20.3 ± 7 vs. 25.3 ± 11.7 giorni, p=0.043) rispetto ai pazienti trattati con FG. All'analisi multivariata, i più importanti predittori di aumento dell'emoglobina > 1 g/dl alla dimissione erano il valore di transferrina (p=0.019) e il trattamento con FCM (p<0.001). Infine, nella nostra popolazione, il trattamento con FCM e la sideremia erano i più importanti predittori di un incremento >100 metri nella distanza percorsa al 6MWT alla dimissione (p=0.13 e p=0.003 rispettivamente).
Conclusioni. La terapia endovenosa con FCM è un trattamento efficace nei pazienti con IDA e migliora la capacità funzionale dopo chirurgia cardiaca.

C116

ABLAZIONE DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE CONCOMITANTE A CHIRURGIA VALVOLARE MITRALICA E TRICUSPIDALICA: MAZE IV BIATRIALE O SOLTANTO SCHEMA ATRIALE SINISTRO?

E. Lapenna, B. Del Forno, G. Iaci, D. Ferrara, S. Ruggeri, I. Giambuzzi, S. Benussi, A. Castiglioni, O. Alfieri, M. De Bonis
IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano; Ospedale Civile di Brescia, Brescia

Obiettivo. I pazienti affetti da fibrillazione atriale (FA) di tipo persistente o "long-standing persistent", che vengono sottoposti a chirurgia valvolare cardiaca, dovrebbero essere considerati per ablazione chirurgica concomitante della FA. Quale sia il set di lesioni più appropriato rimane oggetto di dibattito. In particolare, esistono ancora controversie su quali pazienti dovrebbero essere trattati con lesioni anche sull'atrio destro. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare se, nei pazienti sottoposti a concomitante chirurgia mitralica e tricuspidalica, la Maze IV biatriale potesse migliorare il mantenimento del ritmo sinusale (RS) a lungo termine, rispetto al solo schema atriale sinistro completo.
Metodo. Dal 2006 al 2016, 186 pazienti consecutivi affetti da fibrillazione atriale di tipo persistente o long-standing-persistent sono stati sottoposti a Maze IV biatriale (58 pazienti) o a schema atriale sinistro completo (128 pazienti) durante chirurgia valvolare combinata mitralica e tricuspidalica. Tutti in pazienti sono stati sottoposti a riparazione (50%) o sostituzione (50%) della valvola mitrale associata a riparazione (97%) o sostituzione (3%) valvolare tricuspidalica. Tutti i pazienti presentavano dilatazione atriale destra secondaria a valvulopatia tricuspidalica. La maggior parte di essi, in entrambi i gruppi, erano in classe NYHA II o III e avevano frazione di eiezione ventricolare sinistra normale. È stata utilizzata la "Inverse Probability of Treatment Weighting" per "correggere" le differenze basali tra i due gruppi. Il follow-up è stato eseguito a 3, 6, 12 mesi e poi successivamente ogni anno, con ECG Holter 24 ore, ed è stato 94.4% completo (mediana 6.6 anni, IQR 4.15;8.97).
Risultati. La mortalità ospedaliera è stata 3.2%. La necessità di pacemaker postoperatorio è stata più elevata nel gruppo sottoposto a Maze IV biatriale (10% vs 3%, p=0.04). La sopravvivenza a 8 anni è stata 83±4.2% nel gruppo con schema atriale sinistro e 83±5.9% in quello con Maze biatriale (p=0.9). La "cumulative incidence function" di morte cardiaca a 8 anni, considerando come rischio competitivo la morte non cardiaca, non è risultata statisticamente differente fra i due gruppi (3.8±1.0% vs 4.6±1.1%, p=0.3). All'ultimo follow-up, il 70% dei pazienti erano in classe NYHA I-II. A 7 anni, la proporzione di pazienti in RS era del 52% nel gruppo Maze biatriale e del 37% in quello con solo schema atriale sinistro. La Maze IV biatriale si associava ad una prevalenza predetta di RS senza farmaci antiaritmici significativamente più alta rispetto al solo schema atriale sinistro (p=0.01).
Conclusioni. Nei pazienti con FA persistente o "long-standing persistent", sottoposti a chirurgia valvolare mitralica e tricuspidalica, la concomitante procedura di Maze IV biatriale si associa ad una prevalenza predetta di RS significativamente più alta rispetto al solo schema atriale sinistro completo. L'aggiunta di lesioni sull'atrio destro potrebbe essere

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

particolarmente utile nei pazienti con dilatazione atriale destra, come lo sono quelli che tipicamente vengono sottoposti a concomitale chirurgia valvolare mitro-tricuspidalica.

C117

CHIRURGIA DELLA CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA OSTRUTTIVA E RIMODELLAMENTO DELL'APPARATO SOTTOVALVOLARE MITRALICO: L'ESPERIENZA DELL'IRCCS-ISMETT

G. Raffa, G. Romano, M. Turrisi, M. Morsolini, G. Gentile, C. Falletta, F. Clemenza, M. Pilato
Dipartimento per la Cura e lo Studio delle Patologie Cardiotoraciche e dei Trapianti Cardiotoracici, IRCCS-ISMETT, Palermo

La tecnica del "rimodellamento dell'apparato sottovalvolare mitralico" durante chirurgia della cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva (HOCM), già introdotta dal nostro gruppo, è finalizzata a "liberare" il movimento del lembo mitrale anteriore verso quello posteriore, lontano dal setto, spostando indietro il piano di coaptazione della valvola mitrale, al fine di abolire l'ostruzione SAM indotta dell'LVOT. Dal 2007, sono stati esaminati 47 pazienti consecutivi (56 ± 11 anni) sottoposti a chirurgia dell'HOCM. Il "rimodellamento dell'apparato mitralico sottovalvolare" ha previsto la resezione di corde mitraliche secondarie (90%), di muscoli papillari (PM) e di trabecole muscolari (78%), lo splitting e l'allungamento dei PM stessi (42%). Queste procedure sono state aggiunte alla miectomia del setto (100%). Quattro procedure (8%) hanno coinvolto i lembi mitralici posteriori, attraverso un approccio trans-atriale. In un caso la valvola mitrale è stata sostituita. Non ci sono stati decessi intraospedalieri. Al follow-up (4 ± 3 anni), la classe NYHA (da 2,8 ± 0,6 a 1,3 ± 0,6, p <0,0001), il gradiente dell'LVOT (da 98 ± 37 a 17 ± 14 mmHg, p <0,0001), il rigurgito mitralico (dal grado 3 ± 1 a 1 ± 0,5, p <0,0001) e lo spessore del setto (da 19 ± 3 a 14 ± 2 mm, p <0,0001) sono stati ridotti in maniera significativa. Moralità tardiva e ricorrenza di insufficienza mitralica severa per endocardite, si sono verificati rispettivamente in un paziente. La nostra esperienza mostra eccellenti risultati postoperatori quando la miomectoma settale è associata al rimodellamento dell'apparato sottovalvolare mitralico.

C118

VALIDAZIONE CLINICA DI UNA TECNICA DI CHIRURGIA CORONARICA CHE MINIMIZZA LA MANIPOLAZIONE AORTICA

G. Gatti, B. Benussi, M. Gabrielli, A. Minati, E. Rauber, D. Ruggiero, A. Pappalardo
ASUITS, Trieste

Premessa. Minimizzare la manipolazione aortica e massimizzare l'uso di condotti arteriosi sono gli obiettivi della moderna chirurgia coronarica.
Metodi. Da marzo 2012 ad ottobre 2016, 890 pazienti consecutivi con malattia coronarica multivasale sono stati sottoposti a chirurgia coronarica isolata utilizzando entrambe le arterie toraciche interne (ATI). In 205 (23%, età media 67,6 ± 9,2 anni), l'ATI destra è stata divisa prossimalmente ed utilizzata come innesto libero, mentre il moncone in situ è stato prolungato con un innesto in vena safena. Il nuovo condotto artero-venoso ad I è stato usato per rivascolarizzare la parete cardiaca inferolaterale. I dati operatori e gli esiti precoci di questi pazienti (gruppo I) sono stati confrontati con i restanti 685 pazienti (gruppo C). Gli esiti precoci e tardivi sono stati confrontati anche in 184 coppie identificate con il punteggio di propensione.
Risultati. Tra il gruppo I ed il gruppo C non vi era alcuna differenza significativa in termini di rischio operatorio atteso (sistema europeo per la valutazione del rischio in chirurgia cardiaca II, p=0,28), sebbene l'aorta ascendente patologica (p<0,0001) e lo stato critico preoperatorio (p=0,027) erano più frequenti nel gruppo I. Nonostante il maggior numero di anastomosi coronariche (media 4 ± 0,9 vs 3,7 ± 1, p<0,0001), la durata del bypass cardiopolmonare (minuti) era più breve nel gruppo I sia nella serie completa (86,7 ± 23,7 vs 105,7 ± 34,2, p<0,0001) che nei pazienti accoppiati con punteggio di propensione (86,8 ± 24,1 vs 108,8 ± 31,9, p<0,0001). La mortalità intraospedaliera (1% vs 1,9%, p=0,54) e le percentuali di complicanze postoperatorie sono state simili. Durante il periodo di follow-up, nei pazienti accoppiati, non è stata trovata alcuna differenza tra gruppi riguardo le stime non parametriche della libertà da morte per tutte le cause (p=0,39) né da eventi avversi cardiaci e cerebrovascolari maggiori (p=0,44).
Conclusioni. La chirurgia che utilizza questo condotto artero-venoso a I è sicura, minimizza la manipolazione aortica, riduce il tempo di bypass cardiopolmonare e favorisce la rivascolarizzazione completa.

C119

RISULTATI NEL TRAPIANTO CARDIACO CON DONATORI MARGINALI: PERFUSIONE A FREDDO O PERFUSIONE NORMOTERMICA?

C. Di Nora, S. Sponga, V. Ferrara, A. Lechiancole, C. Nalli, G. Benedetti, A. Beltrami, U. Livi
Ospedale Santa Maria Della Misericordia, Udine

Obiettivo. La perfusione normo-termica nel trapianto cardiaco (TCO) permette di espandere la cerchia dei donatori riducendo il tempo di ischemia e permettendo la valutazione del graft. L'obiettivo dello studio è quello di confrontare la tradizionale perfusione a freddo (CS) con la perfusione normotermica (EVP) nel TCO impiegando i donatori marginali.
Metodi. Dal 2011, 87 TCO utilizzando donatori marginali (età >55 anni; tempo di ischemia atteso >4h; FEVS <50%; IVS >14mm; abuso di droghe; arresto cardiaco; malattia coronarica) in riceventi standard, 70 (80%) graft in CS vs. 17 (20%) in EVP. Le biopsie endomiocardiche sono state eseguite all'inizio (T0), prima dell'impianto (T1) e dopo il declampaggio (T2). Campioni di sangue sono stati collezionati al T0 e T2 dal seno coronarico e da accesso periferico.
Risultati. Tre organi cuore (15%) sono stati esclusi dopo EVP, evitando complicanze fatali. Dopo il TCO, il gruppo EVP ha mostrato migliori risultati: la sopravvivenza a 5 anni era del 100% vs. 94%, 82% and 73% a 30 giorni, 1 e 5 anni rispettivamente nel gruppo CS (p=0.06); meno complicanze totali (65% vs. 89%, p=0.02), più breve tempo di ventilazione meccanica (24 vs. 48 ore, p=0.02) e degenza in ICU (5 vs. 6 giorni, p=0.04). Nel gruppo CS, le biopsie endomiocardiche hanno mostrato una tendenza verso un più evidente danno miocardico dopo la riperfusione, soprattutto dato dalla disfunzione mitocondriale.
Conclusioni. EVP permette una valutazione sicura dei donatori marginali, escludendo graft non idonei. Inoltre, permette di ridurre le complicanze e ottenere un'ottima sopravvivenza dopo il TCO. I riscontri anatomo-patologici mostrano una tendenza verso una migliore protezione miocardica, confermando i risultati clinici.

C120

L'APPROCCIO IN MINITORACOTOMIA ANTERIORE DESTRA PER LA SOSTITUZIONE VALVOLARE AORTICA IN PAZIENTI ANZIANI; COMPARAZIONE CON LA STERNOTOMIA TRADIZIONALE E LA MINISTERNOTOMIA

A. Carrozzo, M. Gucciardo, L. Martinelli, R. Coppola
Istituto Clinico Ligure Alta Specialità (ICLAS), Rapallo

Scopo. Nella sostituzione valvolare aortica (AVR) dell'anziano, paragonare efficacia e costi della minitoracotomia anteriore destra (MIAVR) alla sternotomia tradizionale (TS) e alla ministernotomia (MS).
Metodi. Abbiamo raccolto i principali dati clinici e chirurgici di pazienti consecutivi con età maggiore di 65 anni sottoposti a AVR, da febbraio 2012 a maggio 2018. Un totale di 233 pazienti è stato sottoposto a TS, 263 a MIAVR e 186 a MS. Tramite analisi *propensity-matched* sono stati identificati 146 pazienti per ogni gruppo.
Risultati. La mortalità intra-ospedaliera è stata simile nei tre gruppi (p: 0.83). Simile anche l'incidenza di sanguinamenti maggiori tra i gruppi, come pure la durata di circolazione extracorporea e di clampaggio aortico. Il tempo di intubazione post-operatoria è stato significativamente inferiore nel gruppo MIAVR rispetto al gruppo TS e MS (MIAVR: 4±2 ore; TS: 6±1 ore; MS: 6±1 ore; p< 0.05); il tempo di degenza in terapia intensiva è risultato significativamente inferiore nel gruppo MIAVR (MIAVR 18±4 ore; TS: 24±4 ore; MS: 22±4 ore; p<0.05); il tempo di degenza intraospedaliero è stato significativamente inferiore nel gruppo MIAVR rispetto al gruppo TS (5±1 giorni contro 7±1 giorni, p<0.01); il numero di unità di emazie concentrate trasfuse per correggere un'anemia postoperatoria è stato significamente minore nel gruppo MIAVR (MS: 2±1 unità, TS: 2±1 unità, MIAVR: 1±1 unità, p<0.05).
Conclusioni. L'approccio in MIAVR è una procedura sicura in pazienti anziani per l'esecuzione di AVR. Consente tempi di degenza in terapia intensiva e intraospedalieri più brevi, quindi anche maggiore disponibilità di posti letto a vantaggio dello smaltimento della lista di attesa. Il costo globale è significativamente inferiore sia all'approccio in TS sia in MS.

Interventistica coronarica

C121

RITIRATO

C122

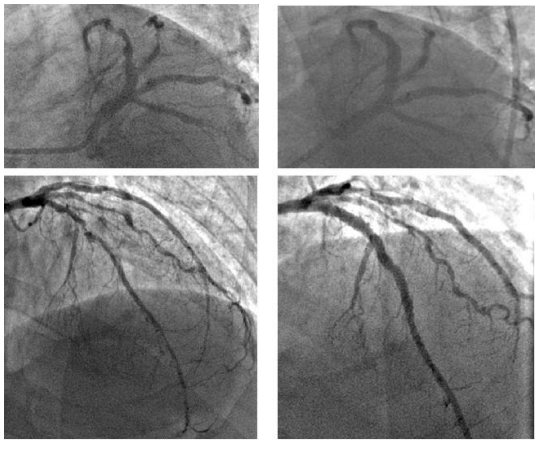
LITOPLASTICA CORONARICA PER IL TRATTAMENTO DEGLI STENT SOTTOESPANSI

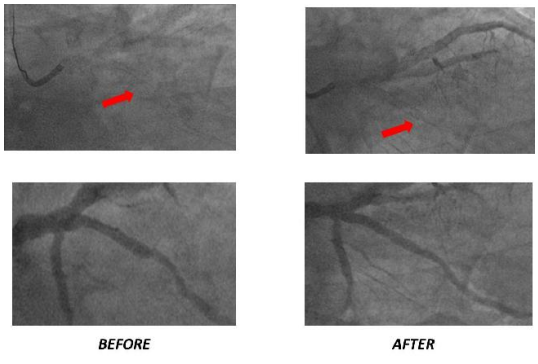
E. Tassone, C. Tripolino, G. Morabito, B. Missiroli
S. Anna Hospital, Catanzaro

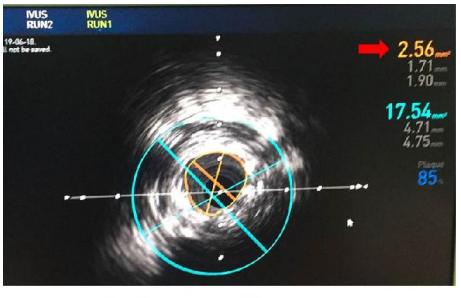
Le calcificazioni coronariche (CC) rappresenta una sfida difficile per il cardiologo interventista, poiché sono associate ad un'incompleta espansione dello stent e sovente ad angioplastica inefficace. Negli ultimi anni sono state sviluppate tecniche innovative per il trattamento delle CC, su tutte l'aterotomia rotazionale (Rota Ablator). Tuttavia, questo tipo di procedura è gravato da un aumento del rischio procedurale. In questo caso clinico presentiamo la storia di un uomo caucasico di 60 anni, trattato circa un mese prima in un altro centro mediante angioplastica primaria e stenting di ramo intermedio in seguito ad episodio di SCA-NSTEMI. La coronarografia di controllo mostrava una stenosi critica calcifica dell'arteria discendente anteriore e di un ramo diagonale. Le CC sono state trattate con aterotomia rotazionale che ha preceduto

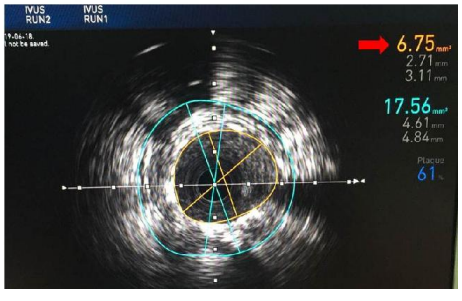
- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

l'angioplastica e lo stenting. Dopo un mese, per la persistenza della sintomatologia, è stato eseguito un ulteriore esame coronarografico che evidenziava una restenosi critica calcifica intrastent del ramo intermedio (trattato circa 2 mesi prima presso altro centro). L'esame IVUS mostrava una sottoespansione dello stent per la presenza della calcificazione. In considerazione dell'elevato rischio nell'effettuare un'aterotomia tradizionale, abbiamo eseguito una litoplastica coronarica (Shockwave) seguita dall'impianto di uno stent. Recentemente è stato introdotto questo sistema di "litoplastica coronarica" per trattare con maggiore sicurezza le lesioni coronariche calcifiche. Questo sistema utilizza delle onde sonore (da qui il nome ShockWave), simili a quelle utilizzate per il trattamento dei calcoli renali, che frammentano le lesioni calcifiche con semplicità e sicurezza. Questo caso ha rappresentato il primo caso descritto in letteratura in cui questa tecnica viene impiegata con successo per trattare la restenosi calcifica intrastent.









C123

VALORE PROGNOSTICO DELL'AUMENTO DEI VALORI DI TROPONINA I ULTRASENSIBILE DOPO PROCEDURA ELETTIVA DI RICANALIZZAZIONE DI OCCLUSIONE CRONICA TOTALE

A. Rognoni, V. Galiffa, M. Solli, R. Rosso, A. Bongo
Cardiologia 2, A.O.U. Maggiore della Carità, Novara; Cardiologia 1, A.O.U. Maggiore della Carità, Novara

Introduzione. Le occlusioni croniche totali CTO) sono usualmente definite come un'ostruzione totale di una coronaria determinante flusso TIMI 0 da almeno tre mesi e rappresentano circa un terzo delle lesioni coronariche. Il razionale della loro ricanalizzazione è rappresentato dal miglioramento dei sintomi anginosi, della frazione d'eiezione del ventricolo sinistro e della qualità di vita, nonché da una riduzione delle rivascolarizzazioni chirurgiche e dalla pervietà coronarica a lungo termine. Il successo procedurale dipende da un'attenta revisione delle immagini agiografiche che includa la morfologia del cap prossimale, la lunghezza dell'occlusione, la presenza di calcificazioni e di rami collaterali (J-CTO score). Nonostante l'alta prevalenza, solo l'8-15% dei pazienti viene sottoposto a rivascolarizzazione percutanea. Il valore prognostico dell'aumento post-procedurale di Troponina I ultrasensibile (hsTnI) dopo CTO-PCI rimane poco chiaro.

Scopo. Ci siamo proposti di valutare retrospettivamente il valore prognostico di elevati valori di hsTnI dopo procedure elettive di ricanalizzazione di CTO.

Metodi. Il registro ha incluso 104 pazienti sottoposti a ricanalizzazione elettiva di CTO tra il Gennaio 2015 e il Gennaio 2018. Caratteristiche cliniche, agiografiche e procedurali sono state correlate con un aumento qualsiasi di hsTnI o di cinque volte il 99° percentile, così come l'incidenza di endopoint combinato di eventi avversi maggiori cardiaci e cerebrovascolari e mortalità ad un anno.

Risultati. L'aumento di hsTnI dopo CTO-PCI è stato riscontrato nell'85% (84/104) della nostra popolazione. L'aumento di hsTnI è stato di più frequente riscontro nei pazienti più complessi (pazienti con by-pass morto coronarico, vasculopatia periferica, insufficienza renale cronica, insufficienza cardiaca e coronaropatia multivasale) così come nelle CTO più complesse (J-CTO score ≥3. Dopo un follow-up medio di 210 giorni (±35) l'aumento post-procedurale di hsTnI non è associato con eventi avversi maggiori (morte, infarto miocardico, eventi cerebrovascolari).

Conclusioni. Nella nostra popolazione l'aumento di hsTnI dopo ricanalizzazione elettiva di CTO è frequente ma non è correlato con un più alto tasso di eventi avversi cardiaci e di mortalità dopo un anno di follow-up, indicando l'impatto limitato a lungo termine dell'aumento di Troponina.

C124

GESTIONE IN FASE ACUTA DEI PAZIENTI CON DISSEZIONI CORONARICHE SPONTANEE. IL REGISTRO ITALIANO DISCO (DISSEZIONI CORONARICHE SPONTANEE)

G. Quadri, E. Cerrato, C. Cavallino, I. Porto, L. Bettari, M. Pavani, G. Campo, A. Gambino, V. Infantino, A. Rognoni, M. Iannaccone, L. Gaido, E. Bordoni, F. Cassano, C. Rolfo, P. Greco Lucchina, F. Rametta, G. Senatore, I. Meynet, F. Giacobbe
Unità Funzionale Interaziendale di Emodinamica, Ospedale degli Infermi e AOU San Luigi Gonzaga, Rivoli e Orbassano, Rivoli; Ospedale Sant'Andrea, Vercelli; Ospedale San Martino, Genova; Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Brescia; S.C. Cardiologia, A.O. Ordine Mauriziano, Torino; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, Ferrara; Ospedale S. Croce, Moncalieri; Ospedale di Ciriè, Ciriè; AOU Maggiore della Carità, Novara; Ospedale SS. Annunziata, Savigliano; Ospedale Maria Vittoria, Torino; Ospedale Santa Maria della Misericordia, Perugia; Ospedale di Venere, Bari; S.C. Cardiologia, Ospedale degli Infermi, Rivoli; S.C. Cardiologia, Città della Salute e della Scienza, Torino

Introduzione. La dissezione coronarica spontanea (SCAD) è uno scenario clinico stimolante e rappresenta una non trascurabile causa di sindrome coronarica acuta (ACS) nelle giovani donne. La gestione intra ospedaliera (conservative vs interventistica) e la terapia medica alla dimissione sono dibattute.

Materiale e metodi. Il DISCO (DIssezioni Spontanee COronariche) è un registro italiano multicentrico, retrospettivo che include pazienti ricoverati con diagnosi di dissezione coronarica spontanea (SCAD). Le caratteristiche della popolazione, le tecniche procedurali, la gestione intraospedaliera e l'outcome dei pazienti con dissezioni coronariche sono state raccolte in questo registro. Sono stati inclusi 161 pazienti con SCAD da circa 25 centri italiani. I pazienti erano prevalentemente donne (76.4%) con un'età media di 55 anni. STEMI (infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST) era la diagnosi principale all'ingesso (47%), seguita da NSTEMI (infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST-T; 45%) e angina stabile (8%). L'angiografia coronarica ha rilevato la presenza di quattro tipi di SCAD nella maggior parte dei pazienti (25%). Più della metà dei pazienti sono inizialmente stati trattati con terapia medica (55%), mentre la rivascolarizzazione coronarica percutanea (PCI) o chirurgica (CABG) era scelta rispettivamente nel 41% e 6% dei pazienti. Il successo dell'angioplastica coronarica percutanea è

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

stato nel 78% dei casi. Tra i pazienti inizialmente trattati in terapia medica il 9.8% di questi è poi stato sottoposto ad angioplastica prima della dimissione. La duplice terapia antiaggregante orale (DAPT) è stata somministrata nel 74.8% dei pazienti. I MACE intra ospedalieri sono stati il 5.6%.
Conclusioni. La terapia medica rappresenta la scelta inziale nel trattamento delle SCAD. Una porzione non trascurabile dei pazienti subisce un evento cardiovascolare durante l'ospedalizzazione Sebbene la diagnosi principale alla dimissione sia di sindrome coronarica acuta più di un paziente su quattro non riceve la doppia terapia antiaggregante alla dimissione.

C125

L'IMPATTO DEL FENOMENO DEL NO-REFLOW NEI PAZIENTI TRATTATI CON ANGIOPLASTICA PRIMARIA: DATI DEL REGISTRO CARDIO-STEMI SANREMO

F. Sanchez, V. Boasi, M. Vercellino, P. Cannarile, S. Staltari, S. Cattunar, G. Mascelli
Cardiologia, Ospedale di Sanremo, Sanremo; Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria

Introduzione. Nei pazienti con infarto acuto del miocardio ST-sopralivellato (STEMI) l'insuccesso della angioplastica primaria (pPCI) correla con una peggior prognosi. Nonostante i progressi farmacologici lo slow flow/no reflow (sf/nr) colpisce una percentuale non trascurabile di pazienti.
Obiettivi. Valutare in un setting real-world l'incidenza di sf/nr in pazienti con STEMI trattati con pPCI, individuarne i possibili predittori e caratterizzare l'outcome.
Metodi. I pazienti arruolati nel registro prospettico monocentrico CARDIO-STEMI Sanremo trattati con pPCI tra Febbraio 2011 e Marzo 2018 sono stati divisi in 2 gruppi in base al flusso TIMI finale sul vaso culprit: gA (TIMI 0-1) e gB (TIMI 2-3). Sono stati analizzati i fattori di rischio cardiovascolare (FdRCV), la modalità e i tempi di presentazione, le variabili angiografiche, la terapia e l'outcome ospedaliero e nel follow-up (FU).
Risultati. Dei 993 pazienti analizzati (età media 67 anni, maschi 74.3%) il 5.5% apparteneva al gA e il 94.5% al gB. I pazienti del gA erano più frequentemente ipertesi (68.5% vs 54.1%, p=0.04) e fumatori (41.8% vs 24.1%, p=0.01) mentre non vi erano differenze per gli altri FdRCV, né per età o sesso. I pazienti gA erano in classe Killip ≥2 nel 18.5% dei casi rispetto al 9% del gB (p=0.02), chiamavano meno il servizio d'emergenza 112 con un tempo da inizio sintomo alla chiamata marginalmente maggiore (110 vs 80 min, p=0.08). La presenza di un flusso TIMI iniziale >1 e l'utilizzo del tromboaspiratore erano significativamente maggiori nel gB. I pazienti gA erano più frequentemente pre-trattati con carico di clopidogrel mentre i pazienti gB con ticagrelor (p<0.01). I pazienti gA avevano una frazione d'eiezione alla dimissione più bassa (45% vs 50%) e una maggior incidenza di MACCE (18.5% vs 5.4%) e di mortalità ospedaliera (16.7% vs 3.6%). All'analisi multivariata ipertensione arteriosa, non utilizzo del tromboaspiratore e flusso iniziale 0-1 sono risultati predittori indipendenti di sf/nr. Tra i dimessi vivi la mortalità nel FU non era significativamente differente (15.7% vs 10.7%, p=0.27). In dimissione i pazienti gA erano meno trattati con ticagrelor o prasugrel (31.8% vs 68.7%, p<0.01), beta-bloccante (51.9% vs 69.7%, p<0.01), ACE-inibitore o ARB (46.3% vs 60%, p=0.05) e statina (75.9% vs 90.2&, p<0.01).
Conclusioni. Circa il 5% dei pazienti del nostro registro CARDIO-STEMI Sanremo sottoposti a pPCI presenta uno sf/nr finale. Sono pazienti con elevata mortalità ospedaliera, spesso trattati e dimessi con una terapia meno completa rispetto a quelli con pPCI efficace.

Prevenzione cardiovascolare

C126

CONFRONTO DELLA SALUTE CARDIOVASCOLARE DEGLI ITALIANI CON UN RILEVAMENTO SIMILARE NELL'AREA GEOGRAFICA DEL "PICENO"

V. Parato, S. Amabili, P. Ciapanna
Ospedale Madonna del Soccorso, San Benedetto del Tronto; Ospedale C.G. Mazzoni, Ascoli Piceno

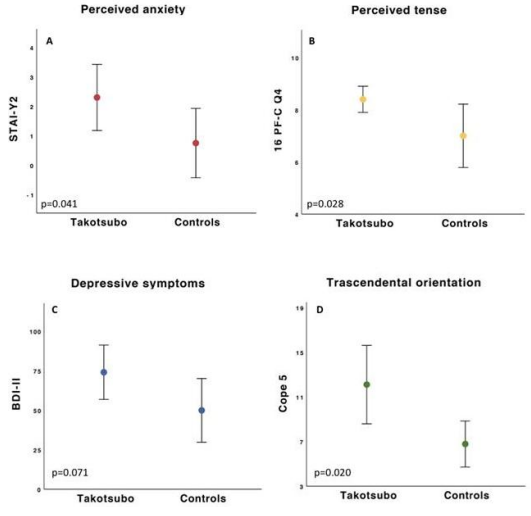
Premessa. ANMCO ha pubblicato nel 2014 il "Terzo Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari". In esso veniva ampiamente descritta 'La Salute Cardiovascolare degli Italiani' [G Ital Cardiol 2014;15 (4 Suppl 1):75-315].
Scopo. Scopo di questo studio osservazionale è stato quello di realizzare un eyeshot della salute cardiovascolare di una popolazione abitante in un area geografica del Centro-Italia, denominata "PICENO" e corrispondente alle province di Ascoli Piceno e – in parte – di Fermo. Tutto quanto osservato e, principalmente, il rischio cardiovascolare globale (calcolato con il sistema SCORE) doveva essere comparato con quanto rilevato nel Terzo Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari.
Materiali e metodi. L'Associazione Onlus "Cuore Piceno" ha realizzato nel 2016 una campagna di screening cardiovascolare in cui sono stati arruolati 719 soggetti presunti sani (336 maschi, età media 52,3±16 anni), residenti nell'area geografica denominata 'Piceno'. Lo screening consisteva in un'intervista sui fattori di rischio cardiovascolare attivi: 1) ipertensione arteriosa; 2) abitudine al fumo; 3) diabete e iperglicemia; 4) dislipidemia; 5) familiarità (esordio precoce di malattia cardiovascolare); 6) tipo di dieta (mediterranea o altro). Venivano inoltre rilevati dati di laboratorio tramite metodica sample-stick measurement: 1) colesterolo totale; 2) glicemia a digiuno; e clinico-antropometrici: 1) BMI; 2) pressione arteriosa; 3) frequenza cardiaca al polso. Venivano inoltre acquisiti dati strumentali tramite esecuzione di: 1) elettrocardiogramma; 2) ecocardiogramma.
Risultati. In comparazione con quanto pubblicato nel Terzo Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari (edizione del 2014), lo studio osservazionale prospettico qui riportato ha documentato un rischio cardiovascolare globale (SCORE) significativamente inferiore nell'area geografica del Piceno rispetto al resto del Paese (5,1% Piceno vs 7,2% Italia, p<0.04). Una dieta del tipo "mediterranea" era presente nel 77% dei casi esaminati. Ulteriore analisi statistica è in corso.
Conclusioni. I risultati sul rischio cardiovascolare globale ottenuti con lo studio qui riportato potrebbero essere dovuti alla tipologia (rurale) dell'area esaminata, che induce a uno stile di vita più sano, con una maggior prevalenza della "dieta mediterranea" (77% dei soggetti) e un minor impatto dei fattori rischio cardiovascolari e dunque della malattia coronarica.

C127

ANSIA PERCEPITA, TENSIONE EMOTIVA, STRATEGIE DI COPING E FUNZIONE AUTONOMICA IN PAZIENTI CON SINDROME TAKOTSUBO A DISTANZA DALL'EVENTO ACUTO

L. Paglialonga, D. Lazzeroni, V. Ziveri, C. Ciraci, M. Bini, U. Camaiora, L. Brambilla, P. Castiglioni, L. Moderato, P. Coruzzi
Fondazione Don Gnocchi, Parma; Fondazione Don Gnocchi, Milano; Ospedale di Piacenza, Piacenza; Università degli Studi di Parma, Parma

Introduzione. La sindrome Takotsubo (ST) è una patologia caratterizzata da un'acuta e reversibile disfunzione ventricolare sinistra, in assenza di malattia coronarica ostruttiva. Differenti fattori di rischio psichiatrici e psico-sociali, quali disturbi d'ansia, depressione e tratti maladattativi di personalità, giocano un ruolo nella predisposizione alla ST. Inoltre, la ST è stata associata a squilibri nella bilancia simpato-vagale.
Obiettivo. Valutare lo stato psicologico e del sistema nervoso autonomo in pazienti con storia di ST e questo è stato fatto confrontando dati psicologici e di variabilità della frequenza cardiaca (HRV) in soggetti con ST ed in un gruppo di soggetti sani.
Metodi. Il gruppo sperimentale è risultato composto da 10 pazienti con storia di ST, mentre il gruppo di controllo da 9 individui sani di simile età, sesso e rischio cardiovascolare. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a monitoraggio battito-battito della frequenza cardiaca per valutare la HRV ed ai seguenti test psicologici somministrati da equipe di psicologi con esperienza in patologie cardiovascolari: 16 Personality Factors-C Form (16 PF-C), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), Coping Orientations to Problems Experienced (COPE), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), State Trait Anxiety Inventory (STAI Y-1 e Y-2).
Risultati. I soggetti con storia di ST hanno mostrato punteggi significativamente più alti nei test STAI-Y2 (ansia) and 16 PF-C Q4 (tensione emotiva) rispetto al gruppo di controllo. Differenze significative sono state osservate anche nel test COPE in riferimento all'orientamento trascendentale, più alto nel gruppo ST (vedi Figura). Nei test AAQ-II e BDI-II (depressione) sono state riscontrate tra i due gruppi differenze tendenti alla significatività statistica. Infine nel gruppo di soggetti son ST sono state riscontrate relazioni significative tra indici di HRV nel dominio del tempo e i test Cope 4 (coping attivo) e PF-C Q2 (personalità dipendente).



- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.135 Thu, 03 Jul 2025, 22:47:41

Conclusioni. A distanza dalla fase acuta, i soggetti con ST presentano elevata ansia percepita, alta tensione emotiva ed una strategia di coping caratterizzata da orientamento trascendentale. Inoltre, nei pazienti ST bassi livelli di coping attivo e di personalità dipendente sono associati ad alti livelli adrenergici.

C128

I CAMBIAMENTI DELLE ABITUDINI DI VITA NEI PAZIENTI PORTATORI DI ICD: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE MULTICENTRICO

B. Michieletto, M. Vanin, S. Maso
Cardiologia Ospedale Civile SS. Giovanni e Paolo, Venezia;
Università degli Studi di Padova, Padova

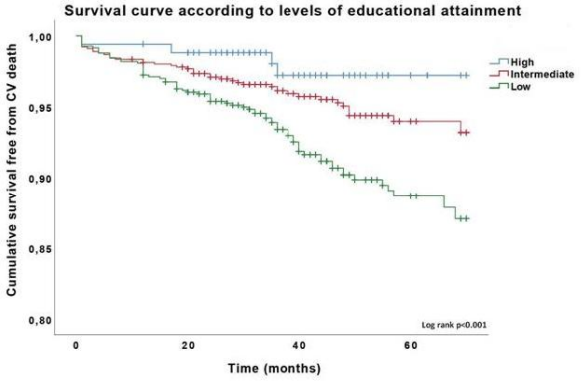
Introduzione. L'ICD è un dispositivo salvavita, tuttavia alcuni pazienti presentano difficoltà di adattamento, sviluppando sintomi ansiosi e modificando le abitudini quotidiane.
Materiali e metodi. Studio osservazionale multicentrico condotto negli ambulatori per il controllo PM e ICD di due centri veneti (Centro A e B) con il questionario ICD And Avoidance Survey. Sono stati osservati i comportamenti di evitamento autoimposti nelle abitudini quotidiane dovuti ad ansia o mancanza di educazione. Raccolti in totale 70 questionari(35 per centro).
Risultati. Il 77% era di sesso maschile e il 23% di sesso femminile, età media di 70 anni, tempo medio trascorso dall'impianto di 5,4 anni, media del numero di shock di 2,24.I due gruppi di pazienti possono essere considerati omogenei in quanto uguali numericamente e simili per distribuzione per genere, età media, tempo trascorso dall'impianto del defibrillatore, media di shock provati. È emerso che il 77% dei pazienti ha modificato il proprio stile di vita evitando la frequentazione di luoghi, l'utilizzo di oggetti o lo svolgimento di attività dopo l'impianto dell'ICD. Confrontando in base all'ospedale di riferimento, il 62,9% dei pazienti seguiti dal centro A e il 91,4% dei pazienti seguiti dal centro B ha messo in atto almeno un comportamento di evitamento (p=0,009). Inoltre è statisticamente significativa la maggior frequenza di evitamenti nello specifico di luoghi (p=0,005) e di oggetti (p=0,04) che si è osservata nei pazienti seguiti dal centro B.
Discussione. Si osserva che i pazienti limitano eccessivamente la propria vita quotidiana, autoimponendosi delle restrizioni dettate dall'ansia dello shock. È risultata una differenza significativa nel confronto tra i pazienti seguiti dai due centri: una percentuale maggiore di pazienti seguiti dal centro B, in cui non c'è un infermiere dedicato e appositamente formato, presenta atteggiamenti di evitamento rispetto a quelli seguiti nel centro A in cui ci sono due infermieri dedicati e formati (con master in elettrofisiologia). L'odds ratio (OR 0,16), rende affermabile che la presenza di infermiere dedicato e formato costituisce un fattore protettivo allo sviluppo di evitamenti.
Conclusioni. Risulta fondamentale il ruolo dell'infermiere per identificare i pazienti con eccessive preoccupazioni e difficoltà di adattamento all'ICD, e nello svolgere attività di educazione e counselling in ogni fase del percorso terapeutico al fine di migliorare la qualità di vita.

C129

RUOLO PROGNOSTICO A LUNGO TERMINE DEI LIVELLI DI SCOLARITÀ IN SOGGETTI SOTTOPOSTI A RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE BASATA SULL'ESERCIZIO

L. Paglialonga, D. Lazzeroni, M. Bini, U. Camaiora, V. Brambilla, L. Brambilla, P. Ugolotti, P. Castiglioni, P. Coruzzi
Fondazione Don Gnocchi, Parma; Fondazione Don Gnocchi, Milano;
Università degli Studi, Parma

Introduzione. Diversi studi hanno dimostrato una forte correlazione tra il grado di scolarità e mortalità per malattie cardiovascolari (CV). Tuttavia, nessuna evidenza è stata prodotta sul ruolo prognostico dei livelli di scolarità in pazienti sottoposti ad un programma di riabilitazione cardiovascolare (CRP) a seguito di rivascolarizzazione miocardica e/o chirurgia valvolare.
Obiettivo. Valutare il ruolo di differenti livelli di scolarità nella prognosi a lungo termine di pazienti sottoposti ad un CRP basato sull'esercizio fisico. Metodi: Lo studio ha incluso 2042 pazienti con dati disponibili di grado di istruzione e di follow-up a lungo termine. I livelli di educazione sono stati così definiti: basso (scuole elementari), intermedio (diploma di scuole medie inferiori e/o superiori) e alto (laurea). Gli endpoint primari sono stati mortalità globale e mortalità CV, mentre quali endpoint secondari sono stati inclusi gli eventi cardio-cerebrovascolari maggiori (MACCE).
Risultati. Un basso livello di scolarità è stato riscontrato nel 44% dei pazienti, un intermedio nel 47% ed un alto nel 9%. La durata media del follow-up è risultata di 46±16 mesi. L'età media è risultata di 68±11 anni ed il sesso maschile maggiormente prevalente (72%). I pazienti con bassi livelli di scolarità (elementare) sono risultati significativamente più anziani, con una maggiore prevalenza di sesso femminile, ipertensione e diabete. Inoltre, nei pazienti con bassi livelli di scolarità sono stati riscontrati valori inferiori di filtrazione glomerulare (GFR) e valori più alti di massa ventricolare sinistra indicizzata e volume telediastolico indicizzato. Nei pazienti con livello di educazione basso, l'analisi Kaplan-Meier ha mostrato un una più bassa sopravvivenza per mortalità totale (log rank 0.001), morte CV (log rank <0.001) e MACCE (log rank 0.034) (Figura). Anche dopo aggiustamenti per età, ipertensione, diabete, tipo di intervento, GFR e LVEF, nei pazienti con bassi livelli di scolarità la mortalità globale (HR 2.0, CI 95% 1.1-3.7; p=0.019), la mortalità CV (HR 3.6, CI 95% 1.3-9.7; p=0.013) e la percentuale di MACCE (HR 1.6, CI 95% 0.9-2.6; p=0.036) sono risultati significativamente maggiori in soggetti con bassi livelli educazionali.
Conclusioni. Il livello di scolarità rappresenta un fattore di rischio indipendente di mortalità globale, mortalità CV e MACCE in pazienti sottoposti a CRP a seguito di rivascolarizzazione miocardica e/o chirurgia valvolare.



C130

UN AMPLIAMENTO DELLO SPETTRO DI MUTAZIONI CAUSATIVE DELLA SINDROME DI MARFAN: IL GENE ELASTINA

D. Fiscella, A. Fiscella, V. Orrù, C. Reverberi, G. Casu, M. Intrieri
PO Garibaldi, Catania; Fondazione Floresta Longo, Catania;
PO San Francesco, Nuoro; Centro Clinico Gemini, Parma; Università del Molise, Campobasso

Mutazioni a carico dei geni Fibrillin 1 (*FBN1*), TGF-β-recettore 2 (*TGFBR2*) e proteina P latente legante (*LTBP*) sono stati associati alla sindrome di Marfan (MFS) a fenotipo classico. Tuttavia i test molecolari eseguiti su pazienti adulti con fenotipo MFS completo non identificano un difetto molecolare nel 100% dei casi. Abbiamo quindi progettato un pannello NGS mirato (*targeted Next Generation Sequencing*) riunendo 20 geni causali coinvolti nella formazione e rimodellamento della matrice extra-cellulare (ECM) con l'obiettivo di aumentare la resa molecolare in pazienti con MFS con diagnosi clinica comprovata. L'analisi molecolare è stata eseguita su una piattaforma S5 Ion Torrent e la conferma delle varianti mediante Sanger Sequencing convenzionale su piattaforma ABI PRISM 3500. Tutti i pazienti MFS sono stati diagnosticati in base ai criteri Ghent e ai punteggi sistemici (*systemic scores*). Abbiamo identificato una mutazione missenso in eterozigosi a carico del gene Elastina (*Elastin*; *ELN*) (p.Val154Met) in una famiglia sarda con fenotipo MFS classico. L'analisi di co-segregazione della mutazione missenso identificata si è dimostrata patogena all'interno della famiglia. I nostri dati, anche se su un singolo caso/famiglia, ci hanno indotto a proporre una nuova associazione causativa delle mutazioni a carico del gene *ELN* come contributorie all'insorgenza del fenotipo MFS classico. Due sono i punti di forza di questa nuova associazione: 1) l'identificazione della variante causativa in un contesto genetico omogeneo (DNA sardo) in cui le interazioni gene-gene sono minimizzate o esercitano un impatto minore sulla variabilità fenotipica; 2) il fatto che la proteina elastina sia inserita nello stesso percorso biologico dei geni causativi ora noti (TGF-β pathway; KEGG map04350) associato a MFS. Nel proporre quindi lo screening diagnostico molecolare in pazienti con sospetta MFS, il gene *ELN* dovrebbe essere incluso nel pannello di geni da analizzare. Attualmente, l'esatta prevalenza delle mutazioni a carico del gene ELN in pazienti MFS non è nota e solo studi futuri saranno in grado di fornire dati sul coinvolgimento di questo gene in un contesto sindromico come la MFS, condizione clinica che ricordiamo è potenzialmente pericolosa per la vita.