- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Tue, 08 Sep 2026, 23:32:27

Rimozione transvenosa di elettrocateteri da pacemaker in paziente con sepsi e vegetazione endocardica di grosse dimensioni: un caso clinico complesso

Emilio Vincenzo Dovellini

Cardiologia Invasiva 1, Dipartimento del Cuore e dei Vasi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

(G Ital Cardiol 2010; 11 (4): 321-322)

© 2010 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 13 gennaio 2010; accettato il 29 gennaio 2010.

Per la corrispondenza:

Dr. Emilio Vincenzo Dovellini

Cardiologia Invasiva 1
Dipartimento del Cuore e dei Vasi
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi
Viale Morgagni, 85
50134 Firenze
E-mail: evdove@alice.it

Uomo di 73 anni affetto da cardiomiopatia dilatativa, grave disfunzione ventricolare sinistra, portatore di pacemaker bicamerale dal 2004. Nel 2007 è stato sostituito il pacemaker per esaurimento della batteria. Successivamente sono state eseguite ripetute revisioni della tasca del pacemaker per comparsa di decubito ulcerato. Nell'agosto 2008, in concomitanza di una nuova recidiva del decubito, è comparsa febbre alta dovuta ad una sepsi da stafilococco epidermidis con documentazione ecografica di vegetazioni sull'elettrocatetere ventricolare destro.

Persistendo lo stato febbrile nonostante la terapia antibiotica, nel novembre 2008 il paziente ci è stato inviato da un altro ospedale per la rimozione del sistema di elettrostimolazione. L'ecocardiogramma transesofageo dimostrava la presenza di alcune vegetazioni fra cui una di grosse dimensioni (20 x 41 mm) (pannello A).

In presenza di vegetazioni su elettrocatetere >20 mm di diametro, le linee guida consigliano la rimozione per via chirurgica mediante toracotomia[1,2]. In questo caso, tuttavia, considerate le scadenti condizioni cliniche del paziente, debilitato anche dal prolungato stato infettivo, abbiamo deciso di procedere alla rimozione transvenosa del sistema di elettrostimolazione, incoraggiati dal fatto che sono riportate in letteratura esperienze simili con esito favorevole[3].

Dopo aver verificato mediante ecocardiografia transesofagea l'assenza di pervietà fra

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.83 Tue, 08 Sep 2026, 23:32:27

sezioni destre e sinistre del cuore, prima della rimozione abbiamo eseguito una tomografia computerizzata (TC) del torace che ha documentato la presenza di minimi segni di embolia polmonare.

L'intervento ha avuto successo con rimozione completa degli elettrocateteri mediante guaine dilatatrici di tipo meccanico ed è stato privo di complicanze cliniche. Insieme all'elettrocatetere ventricolare è stato asportato anche un discreto lembo di tessuto fibroso (aderenza) (pannello B).

Dopo l'intervento l'eco mostrava la persistenza di una vegetazione di tipo filiforme lunga circa 10 mm, adesa all'anello valvolare tricuspidale.

La TC del torace eseguita il giorno successivo l'intervento documentava la presenza di tromboembolia polmonare a carico del ramo lobare inferiore dell'arteria polmonare destra (pannello C) che non era presente all'esame preoperatorio e che è decorsa in maniera del tutto asintomatica.

Al trattamento antibiotico già in atto abbiamo quindi associato un anticoagulante orale.

Dopo 1 settimana, a complicare il decorso sono comparsi dei brevi episodi di tachicardia ventricolare a torsione di punta chiaramente insorgenti sulla base di una bradicardia. In questa fase non ci è sembrato opportuno allestire una nuova stimolazione cardiaca endocardica ed abbiamo pertanto optato per un'elettrostimolazione di tipo epicardico che è stata eseguita per via mini-toracotomica.

Successivamente il paziente si è mantenuto apiretico, asintomatico e, costantemente elettrostimolato in modalità bicamerale 70 b/min, non ha più manifestato aritmie ventricolari. In sedicesima giornata dall'intervento di espianto il paziente è stato dimesso.

A distanza di 4 mesi dall'intervento, finalmente all'eco non erano più visibili tracce di vegetazioni ed abbiamo pertanto deciso di sospendere sia il trattamento antibiotico che anticoagulante. A distanza di 10 mesi non erano più visibili neanche i segni di embolia polmonare alla TC (pannello D). A tuttora, dopo 14 mesi, il paziente gode di ottima salute, ha ripreso ad occuparsi con successo della sua attività di olivicoltore e produce un olio, a mio parere, di ottima qualità.

Bibliografia

1. Love CJ, Wilkoff BL, Byrd CL, et al. Recommendations for extraction of chronically implanted transvenous pacing and defibrillator leads: indications, facilities, training. North American Society of Pacing and Electrophysiology Lead Extraction Conference Faculty. Pacing Clin Electrophysiol 2000; 23 (4 Pt 1): 544-51.
2. Bongiorni MG, Gasparini G, Golzio PG, et al. La rimozione transvenosa di elettrocateteri per stimolazione e defibrillazione cardiaca definitiva: indicazioni, operatori, attrezzature e procedura secondo le raccomandazioni dell'AIAC. Giornale Italiano di Aritmologia e Cardiostimolazione 2004; 3: 167-80.
3. Meier-Ewert HK, Gray ME, John RM. Endocardial pacemaker or defibrillator leads with infected vegetations: a single-center experience and consequences of transvenous extraction. Am Heart J 2003; 146: 339-44.