

Dal caso clinico alle nuove strategie terapeutiche:

*confronto tra Cardiologi Ospedalieri
e Medici di Medicina Generale*

Responsabili del Convegno:

Dott. Ferdinando Varbella, Dott. Riccardo Riccardi,
Dott.ssa Maria Milano



rivolto a:

- Medici di
Medicina Generale
- Cardiologi



Sabato 23 Settembre 2017

IL MULINO DI PIOSSASCO

Sala Teatro

Via Riva Po 9 - Piossasco (TO)

—
crediti
ECM

L' Aritmia atriale della signora Pina

Dr. Giovanni Chiarelli
Dr. Gino Barral

CASO CLINICO TPSV

- Donna 50 aa
- Nessun fattore di rischio CV
- Nessuna patologia degna di nota
- Saltuari episodi di cardiopalmo in passato
- Ultimo periodo riferiti episodi di cardiopalmo più frequenti(1 ogni 2-3 mesi circa)
- Descritti ad insorgenza improvvisa e della durata di circa 1 ora molto fastidiosi

CASO CLINICO TPSV

- Obiettività cardiaca nei limiti
 - ECG nei limiti
 - Ecocardiogramma nei limiti
 - Holter cardiaco 24/h: nessuna aritmia registrata
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

CASO CLINICO TPSV

- Persistenza degli episodi per cui inviata al cardiologo
- Holter settimanale: non aritmie
- Si decide monitoraggio prolungato con Holter mensile(loop recorder non impiantabile)
- Episodio di cardiopalmo con evidenza di tachicardia a QRS stretto regolare a FC di 150 bpm della durata di circa un'ora

CHE FARE?

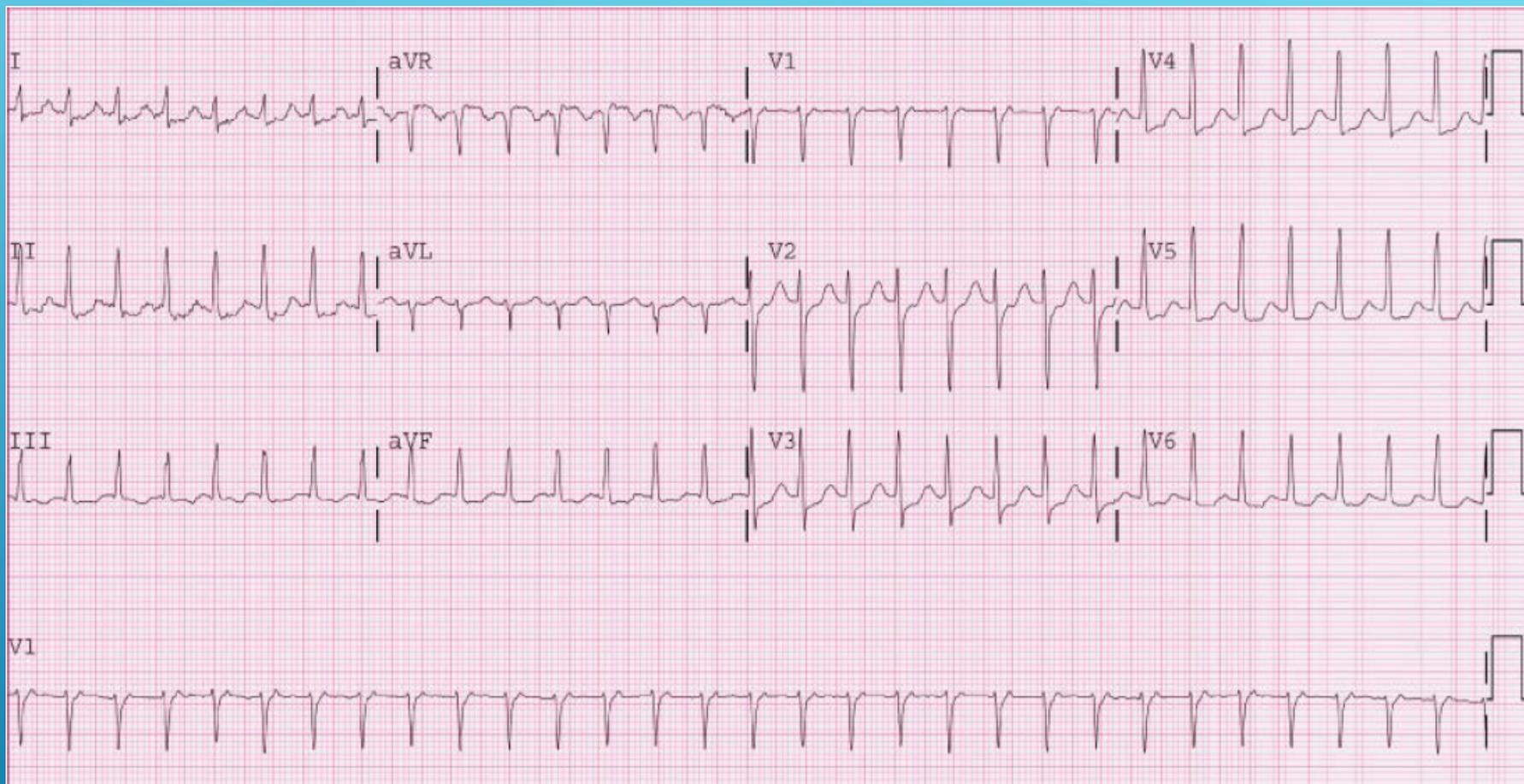
TELEVOTO I

- 1) **Nulla (aritmia benigna)**
- 2) **Terapia con betabloccanti**
- 3) **Terapia con calcioantagonisti(verapamil, Diltiazem)**
- 4) **Terapia con farmaco IC (flecainide, Propafenone)**
- 5) **SEF ed eventuale ablazione Transcatetere**

Prime considerazioni

- **Difficoltà diagnostica specie se episodi brevi.**
- **Utilità dei sistemi di monitoraggio prolungati.**
 - Holter settimanale**
 - Loop recorder non impiantabile**
 - Loop recorder impiantabile (durata fino a 3 anni)**
- **Opportunità di intraprendere terapia senza precisa diagnosi o addirittura senza alcuna documentazione (solo per i sintomi)**

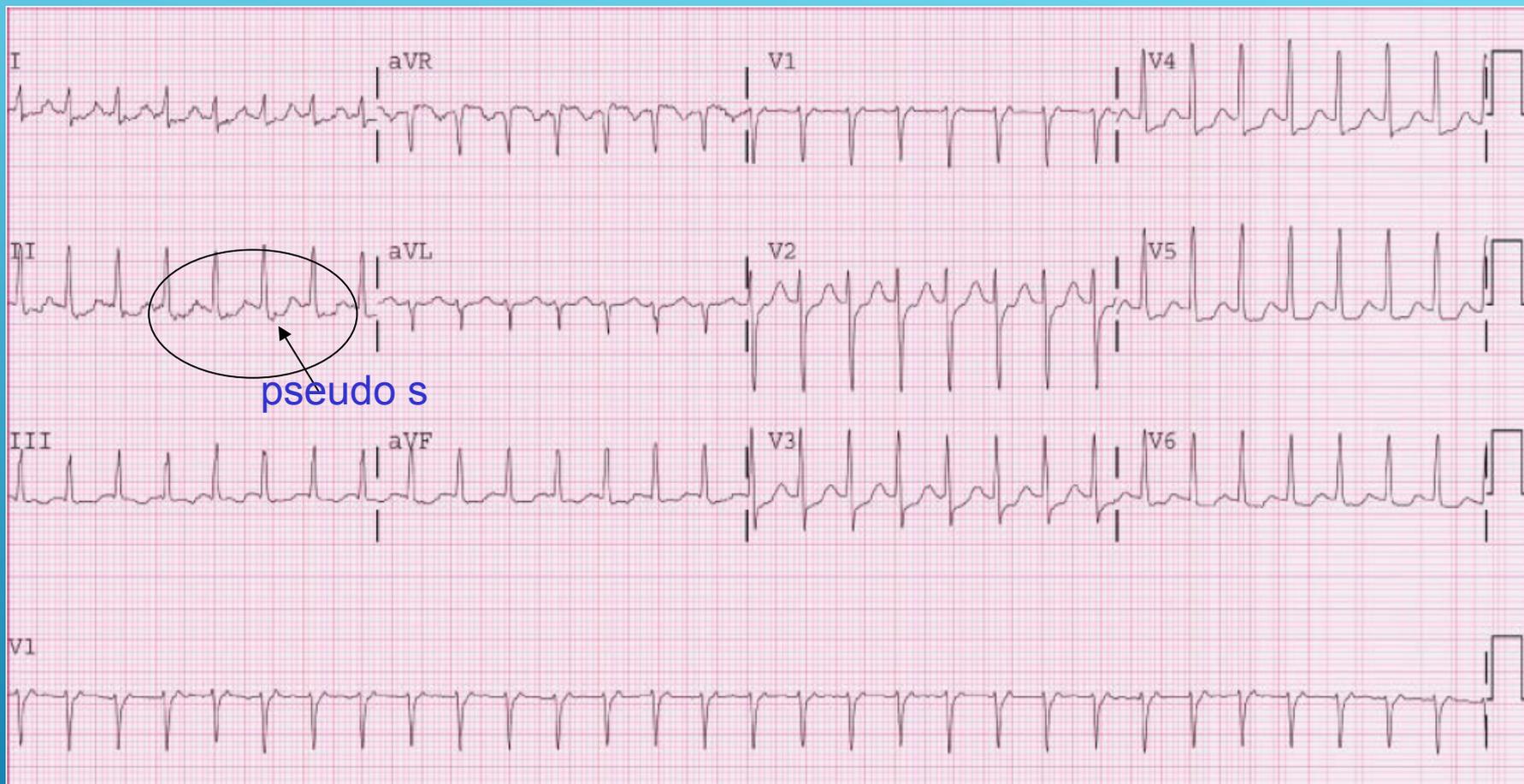
- **Decidiamo di non intraprendere nessuna terapia**
 - **Dopo 2 mesi la pz si presenta in PS per un episodio prolungato**
 - **Evidenza di tachicardia all'ECG**
- 



Tachicardia a QRS tretto a FC di 160 bpm

Cosa viene fatto:

- **Manovre vagali inefficaci**
 - **Dopo somministrazione di adenosina 6 mg in bolo interruzione dell'aritmia.**
 - **Per l'aspetto elettrocardiografico e le caratteristiche cliniche ipotizziamo una tachicardia da rientro nodale.**
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.



Tachicardia a QRS tretto a FC di 160 bpm

CHE FARE?

TELEVOTO II

1. Nulla (primo episodio prolungato e ben documentato)
2. Terapia con betabloccante
3. Terapia con calcioantagonisti (verapamil-diltiazem)
4. Terapia con farmaci IC (flecainide, propafenone)
5. SEF ed ablazione transcatetere

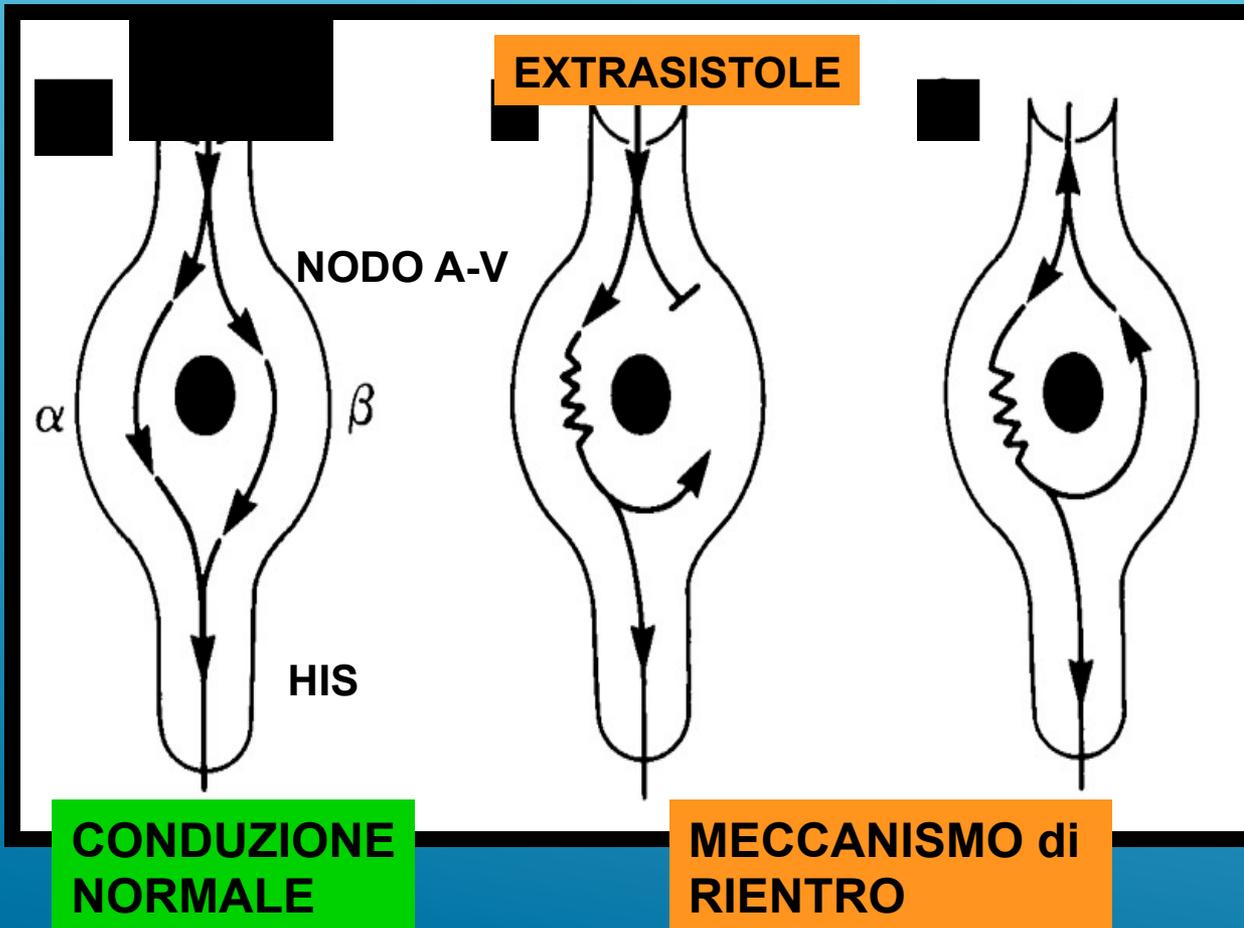
Considerazioni

- Abbiamo una diagnosi sostanzialmente precisa
 - Doveri del medico ed in particolare dello specialista di informare il paziente sulla benignità dell'aritmia.
 - Illustrare le opzioni terapeutiche con rischi e benefici
- 

Tachicardia da rientro nodale

- ✓ **Forme più comuni di aritmie parossistiche sopraventricolari (2/3 delle TPSV)**
- ✓ **Più frequenti nelle donne (tra i 30-50 aa)**
- ✓ **In genere soggetti giovani e sani.**
- ✓ **Crisi di cardiopalmo parossistico**
- ✓ **Forme benigne sebbene a volte possono essere causa di compromissione emodinamica(più spesso sincope).**
- ✓ **Frequenti recidive che posso compromettere notevolmente la qualità della vita.**

TACHICARDIA DA RIENTRO NEL NODO AV MECCANISMO DI RIENTRO

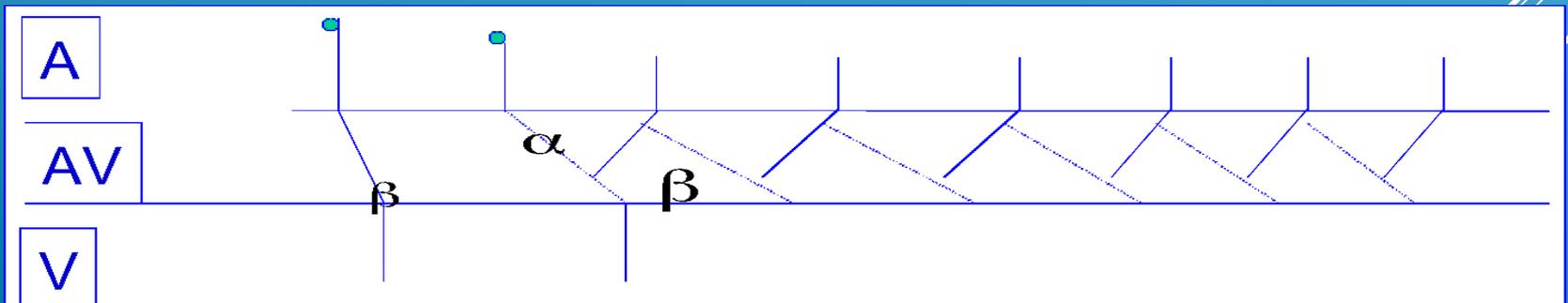


EXTRASISTOLE

↓
INNESCO del
RIENTRO

↓
TACHICARDIA da
RIENTRO

INNESCO AVNRT



- **Iniziamo terapia con atenololo 50 mg**
 - **Dopo alcuni giorni la pz lamenta astenia associata ad ipotensione per cui sospendiamo atenololo.**
 - **Benessere per circa un mese poi nuovo episodio di cardiopalmo della durata di circa 2 ore (no accesso in PS)**
- 

CHE FARE?

TELEVOTO III

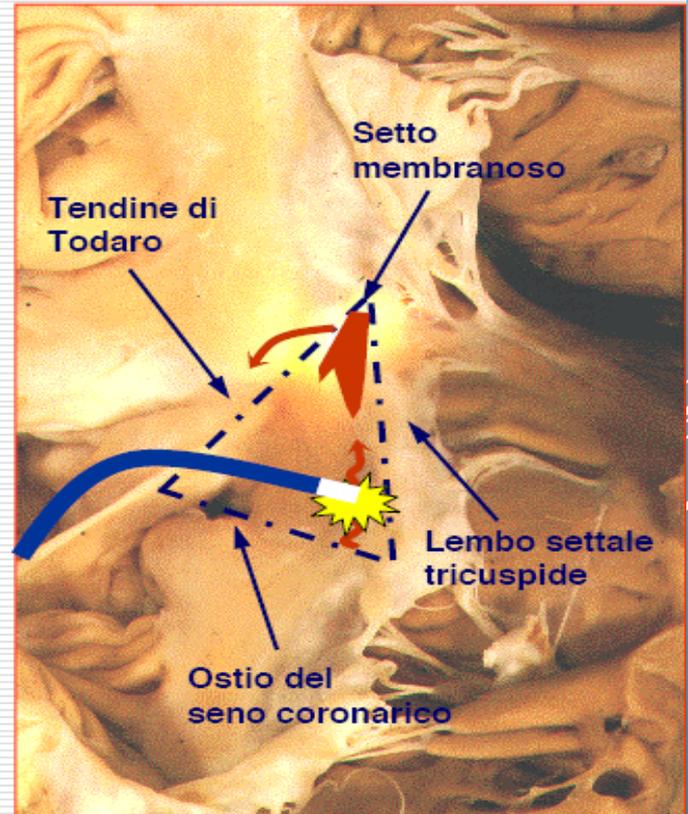
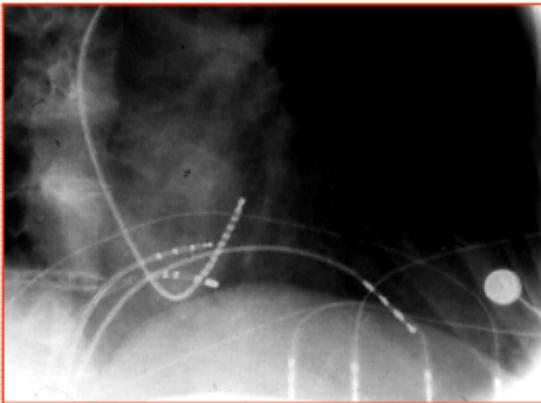
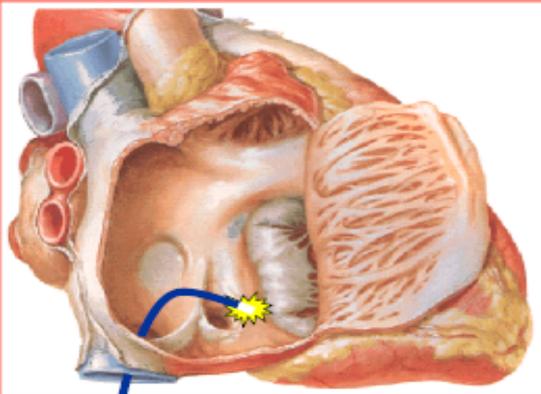
- 1) Aspettiamo un altro episodio prolungato e documentato (altro accesso in PS)
 - 2) Proviamo altro betabloccante
 - 3) Un calcioantagonista (verapamil, diltiazem)
 - 4) Antiaritmico IC (flecainide, propafenone)
 - 5) Ablazione transcatetere
- 

- **Deciso di eseguire ablazione transcatetere**
 - **Ablazione transcatetere di via lenta mediante tecnica con crioenergia**
 - **Non più recidive nè cardiopalmo**
- 

CASO CLINICO TPSV

Ablazione transcatetere

Potenziale via lenta



CONSIDERAZIONE FINALI

Terapia a lungo termine

Tener conto di alcuni aspetti

- ✓ Aritmia benigna
- ✓ Frequenza degli episodi
- ✓ Tollerabilità da parte del paziente
- ✓ Compromissione della qualità della vita

CONSIDERAZIONI FINALI

Approccio terapeutico

- Nessuna terapia se episodi poco frequenti, ben tollerati o adeguatamente controllati dalle manovre vagali
 - Terapia se episodi molto frequenti, non adeguatamente controllati dalle manovre vagali o non tollerati
 - Farmaci
 - Ablazione transcatetere
- 

CONSIDERAZIONI FINALI

Terapia farmacologica

- **Discreta efficacia**
- **Non sempre tollerata**
- **Effetti collaterali non trascurabili o anche gravi (specie antiaritmici)**
- **Non sempre ben accetta (pz giovane)**

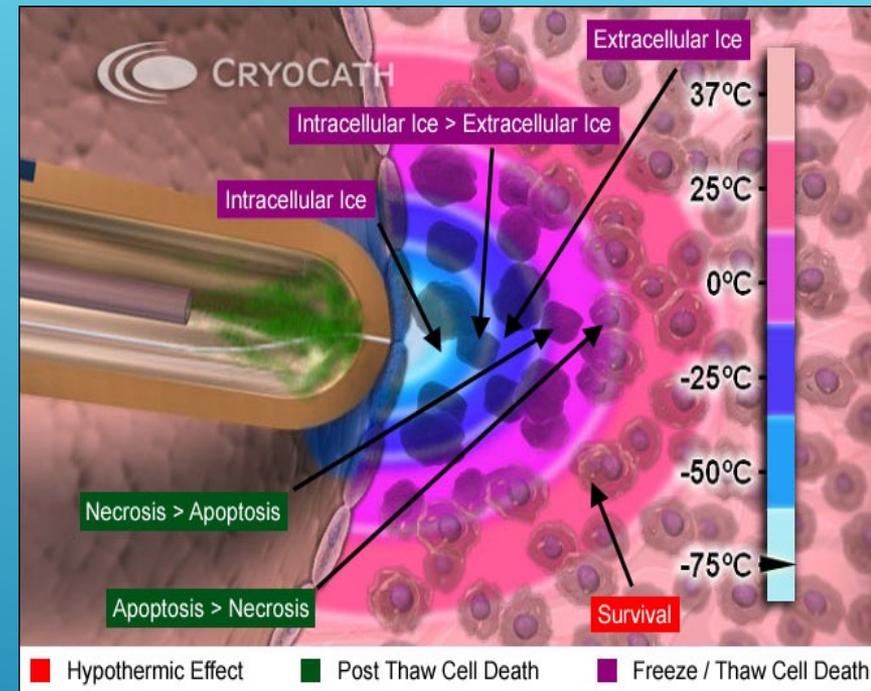
CONSIDERAZIONI FINALI

Ablazione transcatetere

- **Efficacia dimostrata intorno al 97-98%**
 - **Non priva di complicanze**
 - **Complicanza più temuta blocco AV completo (intorno 1%)**
- 
- A decorative graphic consisting of several parallel white lines of varying lengths, slanted upwards from left to right, located in the bottom right corner of the slide.

ABLAZIONE MEDIANTE CRIOENERGIA

- Mappaggio mantenendo la temperatura a -30 gradi per 60 sec (danno reversibile).
- Verifichiamo eventuale BAV e possiamo testare efficacia.
- Ablazione portando la temperatura a -80 gradi per 6-8 min(danno irreversibile).



ABLAZIONE MEDIANTE CRIOENERGIA

- Catetere stabile
- Lesione più limitata.
- Ultimi studi:

Efficacia in acuto intorno al 95%

Nessun BAV completo persistente

Ma recidive dell'11%

CONCLUSIONI

- E' la tachicardia parossistica più comune, non pericolosa
- Primo approccio conservativo
- Scelta terapeutica condivisa con il paziente considerando soprattutto l'impatto sulla qualità della vita.
- L'ablazione, trattamento estremamente efficace anche se con non trascurabili complicanze, rappresenta una alternativa alla terapia farmacologica se inefficace, mal tollerata o non ben accettata dal paziente.