

RESINCRONIZZAZIONE VENTRICOLARE SINISTRA ATTRAVERSO UNA PROGRAMMAZIONE INDIVIDUALIZZATA DELLA STIMOLAZIONE VENTRICOLARE DESTRA E SINISTRA

*D. Oddone, R. Maggi, G. Lupi, R. Bollini, S. Corallo, S. Robotti, A. Solano, P. Donateo, F. Croci, M. Brignole
Centro Aritmologico, Dipartimento di Cardiologia, Ospedali del Tigullio, Lavagna (GE).*

Scopi. Il prerequisito ed il razionale per il beneficio della terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT) consiste nella capacità di resincronizzare le pareti del ventricolo sinistro (VS) che hanno una attivazione ritardata.

Metodi. In 69 pazienti consecutivi sottoposti a impianto di pacemaker biventricolare (BIV), abbiamo valutato l'entità della resincronizzazione intraventricolare ottenuta mediante stimolazione biventricolare simultanea e stimolazione biventricolare sequenziale (con una stimolazione biventricolare ottimizzata individualmente nel range di intervalli tra + 80 e -80 ms) utilizzando la metodica Doppler tissutale ad onda pulsata (TDI) ed in particolare la misura del ritardo di attivazione intraventricolare sinistro. Il ritardo elettromeccanico intraventricolare sinistro è stato definito come la differenza tra il più lungo ed il più breve tempo di attivazione nei sei segmenti basali del ventricolo sinistro. Il ritardo intra-VS è stato definito anormale se >41 ms.

Risultati. Il ritardo intra-LV era 63 ± 28 ms basalmente, diminuiva a 44 ± 26 ms con stimolazio-

ne biventricolare simultanea (BIV 0) e a 26 ± 15 con stimolazione biventricolare ottimizzata ($p=0.001$). BIV 0 determinava il più breve ritardo in 28 (41%) pazienti (23 ± 12 ms). In 41 (59%) pazienti è stata ottenuta una migliore resincronizzazione mediante ottimizzazione degli intervalli di stimolazione biventricolare (LV anticipato in 32 e ventricolo destro anticipato in 5) o mediante stimolazione monocamerale (LV in 3 e ventricolo destro in 1). Con stimolazione biventricolare simultanea (BIV 0), il ritardo intra-LV rimaneva anormale nel 41% ed era maggiore rispetto al basale nel 30% dei pazienti rispetto al 9% e al 12% con intervallo BIV ottimizzato rispettivamente ($p=0.001$).

Conclusioni. In molti pazienti, mediante stimolazione biventricolare simultanea si ottiene una resincronizzazione subottimale. Una programmazione individualizzata al singolo paziente del contributo relativo del ventricolo destro e sinistro rappresenta il prerequisito per migliorare i risultati della CRT.