

ICD SOTTOCUTANEO E CRITERI DI ELEGGIBILITA'. REVISIONE A POSTERIORI DI IMPIANTI DI ICD MONO E BICAMERALI ENDOCAVITARI PRESSO SINGOLO CENTRO

L. Valeri, A. Coppolino, G. Bricco, G. Amoroso, D. Pancaldo, L. Correndo, M. De Benedictis, A. Magliarditi, S. Dogliani, E. Cavallero, C. Iacovino, A. Battisti, E. Popolizio, F. Piazza, A. Bassignana, B. Doronzo
ASL CN1 SC di Cardiologia Ospedale SS. Annunziata Savigliano (CN)

Introduzione

L'avvento di un defibrillatore interamente sottocutaneo (S-ICD) soprattutto nella sua più recente evoluzione tecnologica ha rappresentato un significativo cambiamento nella pratica clinica e gestionale dei pazienti che necessitano di terapia antitachicardica e di prevenzione della morte improvvisa. In particolare ha permesso di superare i limiti tecnici di un impianto endocavitario (es. l'accesso vascolare, la rottura/malfunzionamento del catetere, le infezioni endocarditiche) a parità di efficacia nel riconoscimento e trattamento delle aritmie ventricolari. Inoltre le attuali linee guida lo indicano come opzione di scelta da preferire in particolari categorie di pazienti (es. dialisi, post-endocardite, accessi vascolari difficili) o come opzione di scelta da considerare nei pazienti giovani, nelle canalopatie, nella prevenzione primaria, nella prevenzione secondaria di FV resuscitata, nella non necessità di pacing.

Metodologia

Scopo del nostro studio è stato quello valutare a posteriori i criteri di scelta del dispositivo impiantato nei pazienti afferiti alla nostra unità operativa che hanno ricevuto un defibrillatore endocavitario mono o bicamerale, ricercando i criteri di eleggibilità all'impianto del defibrillatore sottocutaneo (S-ICD).

Presso il nostro centro dal 6.12.2013 all'8.2.2018 sono state eseguite in totale 95 procedure di impianto di defibrillatore/resincronizzatore di cui n42 CRT-D (39,4%), n8 CRT-P (7,5%), n27 ICD bicamerali (25,3%), n14 ICD monocamerali (13,1%), n4 ICD sottocutanei (3,8%).

I pazienti con CRT e con S-ICD sono stati esclusi dalla valutazione.

I rimanenti 41 pazienti con ICD endocavitario mono e bicamerale (tutti primi impianti) presentavano le seguenti caratteristiche: prevalentemente maschi (n.33 pz, 80% del totale), età media 58 ± 7 anni, cardiopatia prevalentemente post-ischemica 65% (n26 pz), primitiva 30% (n12 pz), genetica 4% (n2 pz), idiopatica 1% (n1 pz), FE% media 45 ± 18 .

I pazienti in prevenzione secondaria predominavano su quelli in prevenzione primaria (rispettivamente 60% (n25 pz) vs 40% (n16 pz) e l'impianto di un dispositivo bicamerale predominava sul monocamerale rispettivamente n27 pz (66%) vs n14 pz (44%) e in particolare i pazienti in prevenzione secondaria n20 pz (80%) avevano ricevuto un bicamerale.

Il nostro follow-up mirato alla valutazione di

- a) complicanze relative all'impianto (infezioni, rottura cateteri, necessità di revisione impianto),
- b) terapie erogate e tipologia delle stesse (ATP-Shock),
- c) necessità di stimolazione

ci ha consentito di osservare:

- a) nessuna infezione, nessuna rottura catetere, 1 reimpianto del coil ventricolare per dislocazione in seguito a trauma;
- b) nessuna terapia erogata nei pazienti in prevenzione primaria, 7 pazienti in prevenzione secondaria hanno avuto erogate più terapie prevalentemente come shock (ATP efficace nel 20% dei casi);

c) nessuna necessità di stimolazione nei monocamerale, 8 pz (30%) con bicamerale hanno avuto necessità di stimolazione in atrio e 1 di questi anche in ventricolo (in particolare in 6 pz la necessità di stimolazione era chiara prima del' impianto in 2 pz si è rivelato durante il follow-up)

Analizzando i criteri pre-impianto adottati per la scelta del dispositivo endocavitario, gli elementi predominanti sono stati l' età (< 65 anni), la prevenzione secondaria e la necessità/ipotesi alta di stimolazione soprattutto in atrio.

La presenza di uno o più di questi elementi ha indotto la scelta verso il defibrillatore endocavitario bicamerale.

Confrontando questi nostri criteri empirici di scelta del dispositivo con i criteri di eleggibilità per S-ICD che le attuali linee guida hanno validato anche alla luce dei più recenti dati di sicurezza/efficacia del defibrillatore sottocutaneo e della moderna tendenza nella comunità aritmologica di ridurre al massimo il rischio e le complicanze degli impianti endocavitari (se non strettamente necessari), abbiamo riscontrato nei nostri pazienti una alta eleggibilità alla scelta di S-ICD.

In particolare circa il 52,5% di questi pazienti sarebbe stato candidato ad eseguire lo screening elettrocardiografico di selezione per ricevere eventualmente un S-ICD.

Nella popolazione valutata criterio di non eleggibilità si è confermata la necessità di stimolazione (pacing) viceversa più controverso ci è apparso il criterio di necessità di ATP ma questo potrebbe dipendere da un bias di selezione.

Conclusioni:

nella nostra esperienza poco più della metà dei pazienti che potrebbero ricevere un defibrillatore possono essere candidati allo screening elettrocardiografico di selezione per un dispositivo interamente sottocutaneo. Questa possibilità di scelta dovrebbe essere presa in considerazione in fase di pre-impianto considerando il buon rapporto rischio/beneficio della procedura e l' efficacia clinica e sicurezza di trattamento offerto da questo nuovo dispositivo.