



"CARDIOLOGIA DI PRECISIONE"

NOVARA, Venerdì 13 e Sabato 14 Settembre 2019

Emoclinic Symposium - Sulle Sponde del Ticino

"Cardiologia di precisione"

Storm aritmico



CERUTTI MIRELLA
Coordinatore infermieristico cardiologia interventista ASLVCO
NOVARA 13-9-19

Definizione di storm aritmico

Tre o più episodi di TV, FV o shock appropriati dell'ICD nelle 24 ore

Trend di incidenza in aumento.

Elevata mortalità a breve e a lungo termine.

Quadro clinico estremamente variabile ma spesso caratterizzato da instabilità emodinamica.



Storm aritmico nell'era ICD

Lo SA è stato documentato nel 10-25% circa dei pazienti con ICD in un follow-up da 12 a 36 mesi, soprattutto in prevenzione secondaria (5 vs 28%).

Lo SA è dato da TV monomorfe (86-97%), mentre TV polimorfe e FV sono cause inusuali (1-7%).

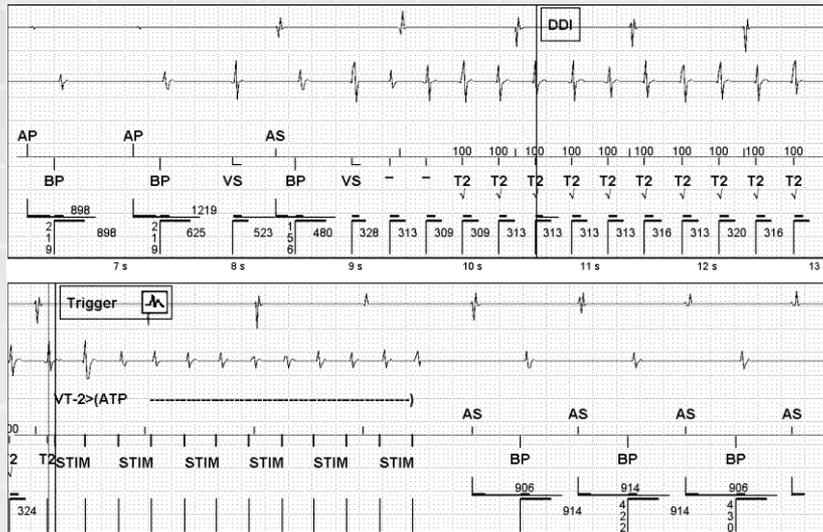
Lo SA sembra avere una bassa mortalità immediata (1%) e quasi sempre viene risolto acutamente ma è spesso causa di ospedalizzazione (50-80%).

Lo SA rappresenta un fattore indipendente di mortalità ($p=0.003$). In tutti gli studi la causa di morte dopo SA è quasi invariabilmente lo scompenso cardiaco, raramente la MI

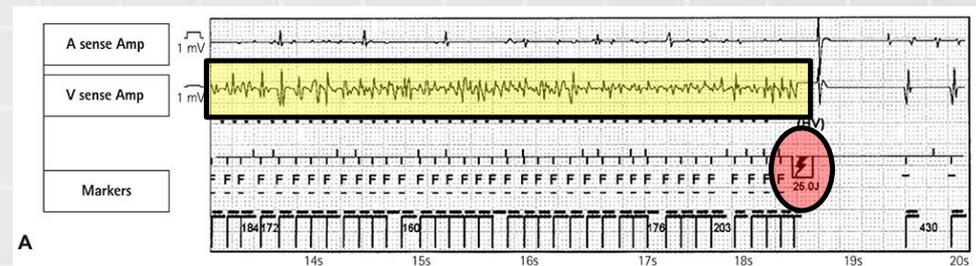
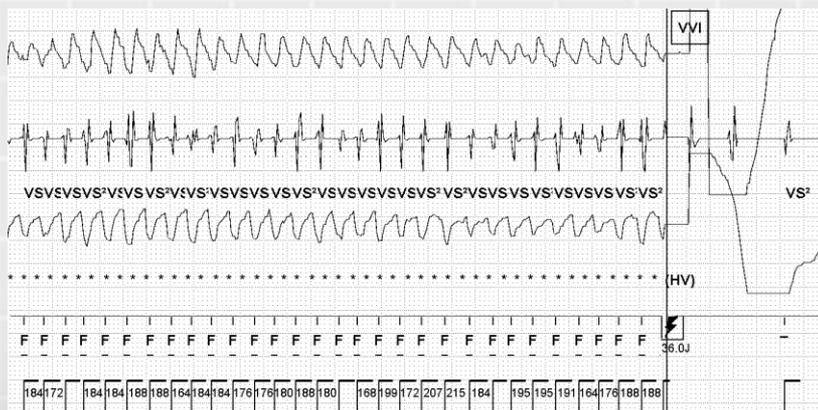
La mortalità è maggiore nei primi tre mesi dopo lo SA, per poi diminuire (AVID).



SCENARI POSSIBILI NELLO STORM ARITMICO: REGISTRAZIONE DI TV/FV DA PARTE DELL'ICD



1. AL CONTROLLO PROGRAMMATO
2. ATTRAVERSO IL CONTROLLO REMOTO
3. ACCESSO IN DEA E/O PREVIA TELEFONATA AL CENTRO
4. ATTRAVERSO RETE 118



CASO CLINICO

- PAZIENTE DI 53 ANNI PORTATRICE DI ICD PREVENZIONE SECONDARIA DOPO ACC CORO INDENNI IMPIANTO NEL 2015
- NON COMPLIANTE AL DEFIBRILLATORE
- TERAPIA BETABLOCCANTE
- SCREENING PER PATOLOGIA GENETICA RIVOLTO ANCHE ALLA FIGLIA: NEGATIVO.
- ICD MONOCAMERALE, VVI 40/M, ATTIVATA ZONA FV a 200 ms e ZONA TV 170 ms



- Nei primi 3 mesi post impianto ripetuti controlli per presunte scariche dell'ICD Riferite come precedente cardiopalmo e successivamente “scosse al petto”



- Nessun episodio aritmico: proposta di controllo remoto che la paziente rifiuta

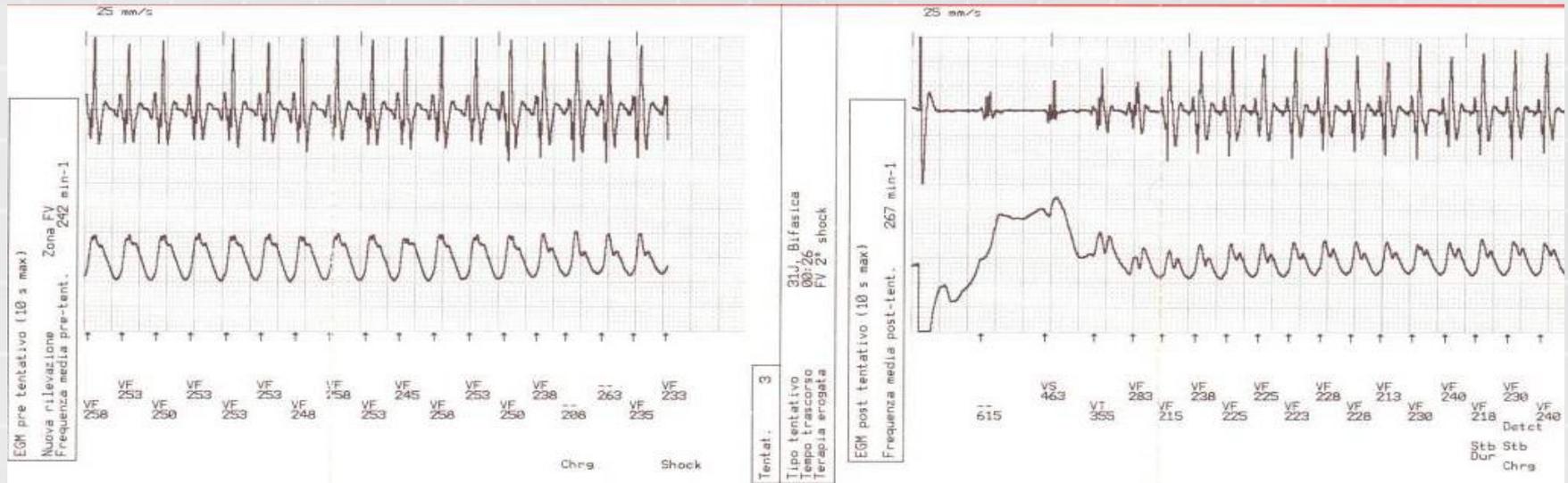
- Soggettivamente intollerante al device che limita completamente la quotidianità



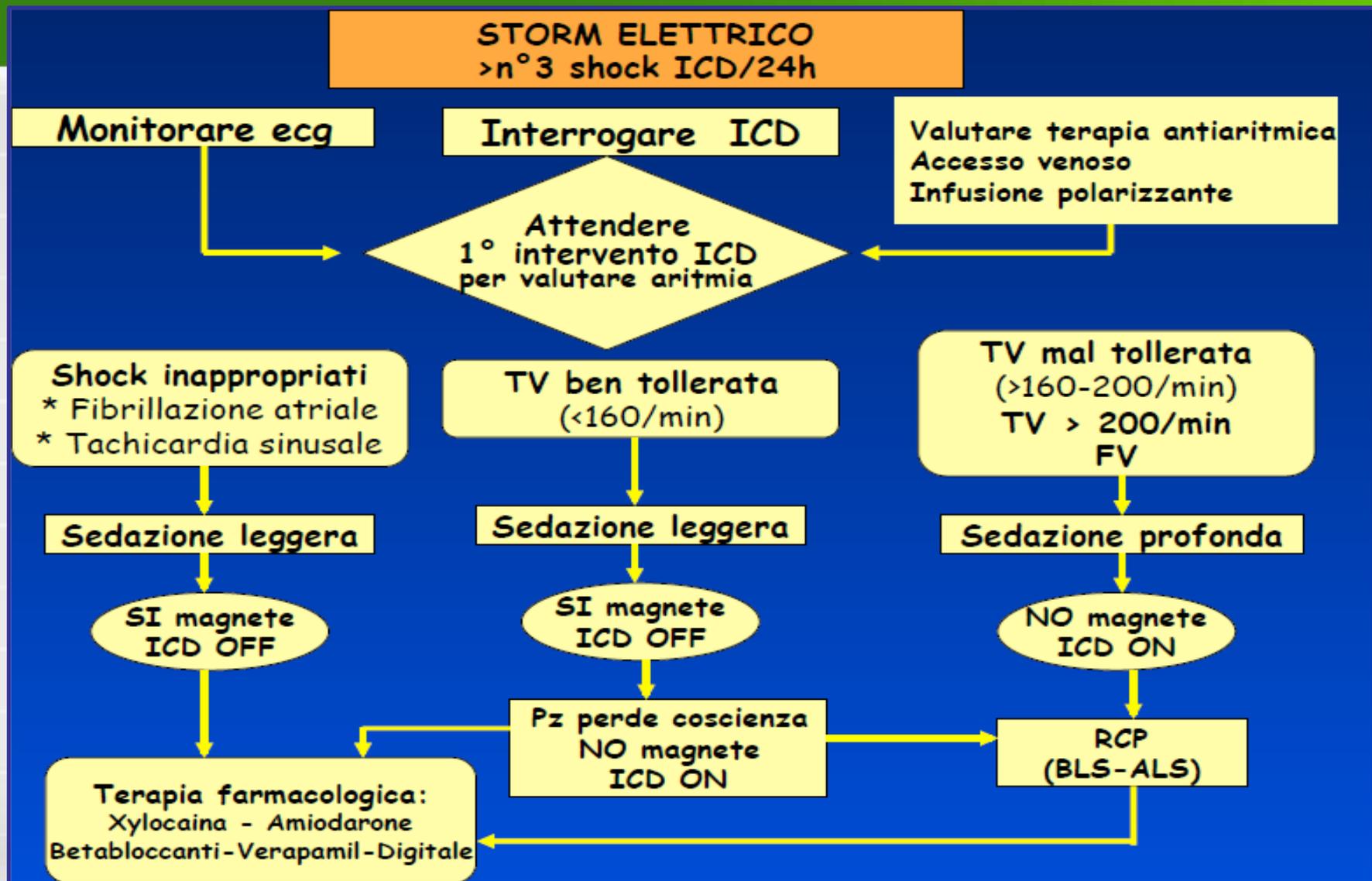
- Si propone terapia di supporto psicologica: che viene accettata



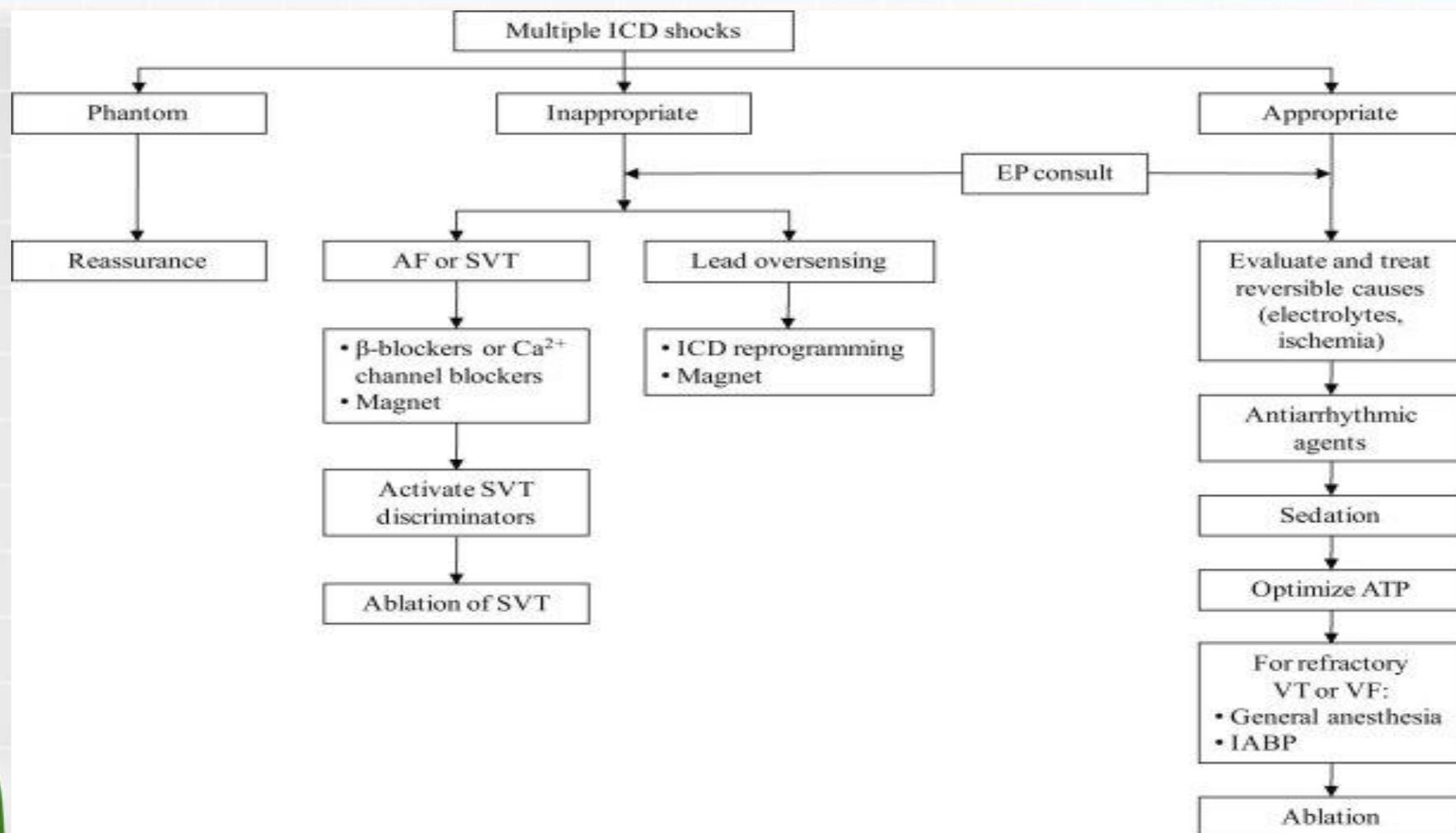
- Nel febbraio 2016 accesso al DEA per sincope:
All'interrogazione ICD 3 episodi di TV correttamente riconosciuti e trattati efficacemente



ALGORITMO COMPORTAMENTALE 1



ALGORITMO COMPORTAMENTALE 2



Gestione dello storm aritmico in reparto

- ♥ **ECG 12 DERIVAZIONI**
- ♥ **esami ematochimici basali ed EGA**
- ♥ **Monitoraggio continuo**
- ♥ **ECOCARDIOGRAMMA**
- ♥ **RX TORACE**
- ♥ **Inizio terapia farmacologica**
- ♥ **Programmatore PM E MAGNETE al letto della pz**
- ♥ Eventuali alterazioni ischemiche
- ♥ Presenza di ipopotassiemia
- ♥ Controllo costante
- ♥ Normale funzione sistolica
- ♥ Corretta posizione dell'elettrocattetero, parenchima nella norma
- ♥ Inizia Amiodarone
- ♥ In caso di ulteriori episodi



Protocollo per utilizzo magnete in caso di storm aritmico

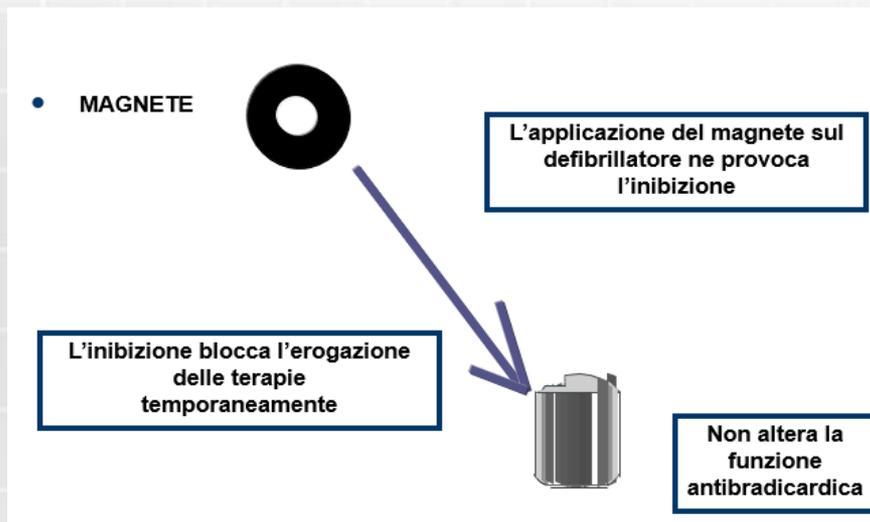
- Sedazione paziente
- Posizionamento magnete
- Valutare l'aritmia sottostante

TVS Tachicardia Sopraventricolare

Shock inappropriati da parte del dispositivo

Terapia antiaritmica → farmaci
→ incremento lower rate

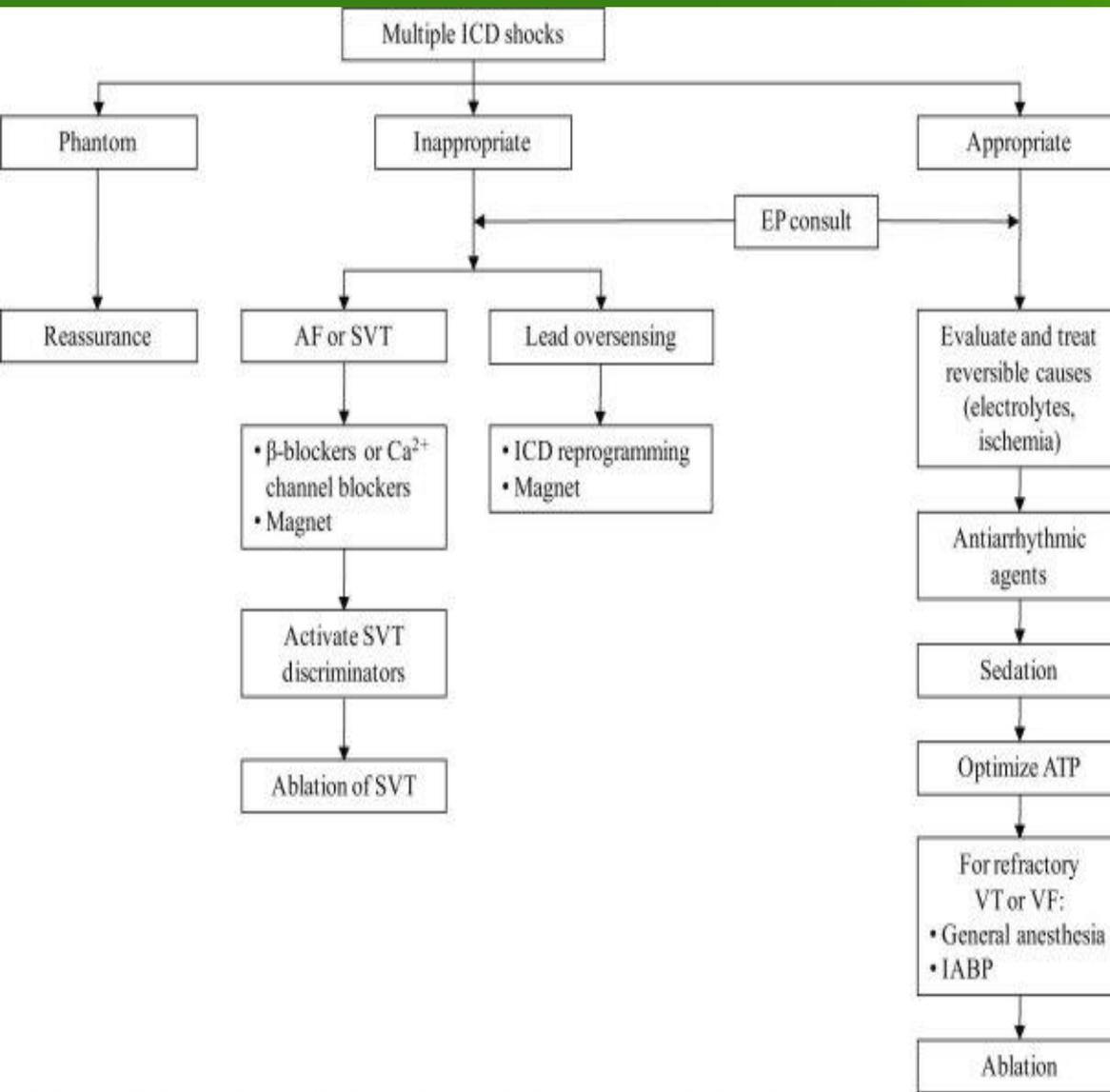
- Terapia ablativa



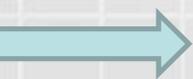
Le terapie TV verranno disattivate per tutto il tempo che il magnete viene tenuto sul device



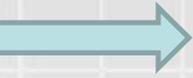
Strategia terapeutica adottata mediante protocollo 2



SI



Lieve ipopotassiemia in trattamento



amiodarone non necessaria



non eseguita



proposta

Si procede a nuova interrogazione dell'ICD: si controllano gli allarmi:

Presenza di 2 episodi di TVS a FC 160/M risolti spontaneamente, verificatisi nei giorni precedenti al ricovero: la pz riferisce di avere avuto cardiopalmo, ATP già inserita : **NON VIENE MODIFICATO NESSUN PARAMETRO!**

Si mantiene terapia con amiodarone e betabloccante!

E si propone ablazione del focus

Obiettivo terapeutico raggiunto!



La proposta dell'ablazione destabilizza ulteriormente la compliance della pz all'ICD, aumentando anche la diffidenza nei familiari, che si affidano ad una chat del DR. GOOGLE ed espongono la volontà di espianare il defibrillatore, e di impiantare un ICD SOTTOCUTANEO!!





Progetto del 2009 : educazione infermieristica al pz portatore di ICD

Organizzo un incontro con 1 Pz portatore di PM (48 anni) ed 1 portatore di ICD (46 anni che nel 2009 era il pz-co-moderatore nel focus group) entrambi disponibili, con la paziente ed i familiari.

Si struttura un colloquio (precedentemente concordato) tra i 2 pz moderatori dove espongono la loro storia clinica, la loro storia familiare, e la quotidianità con i device.

La paziente inizia ad esporre le proprie paure che sono legate alla condizione estetica, che annulla l'intimità, paura condivisa dal marito che dall'impianto ha interrotto i rapporti!!!

il defibrillatore è un elemento di disturbo fisico per entrambi!!!

I 2 moderatori iniziano a parlare della loro intimità cercando di dissipare le paure, accetta però il controllo remoto; ma sono necessari altri 2 incontri , nelle settimane successive, per convincere pz e marito ad intraprendere una terapia psicologica di coppia!



- ♥ La pz dopo 2 mesi accetta ablazione, al controllo remoto non episodi di TV.
- ♥ Dopo 1 anno vi è stabilità familiare!
- ♥ Ogni anno si organizza un incontro tra tutti i componenti del gruppo, per “raccontarci”.



grazie

