

CO 89

RIVER: REGISTO PORTUGUÊS PARA A MONITORIZAÇÃO DA REDUÇÃO DO PACING VENTRICULAR DESNECESSÁRIO - RESULTADOS ATÉ AOS 4 ANOS

VICTOR SANFINS¹, J. CARLOS CHAVES¹, ASSUNÇÃO ALVES¹, BERNARDETE RODRIGUES¹, HIPÓLITO REIS², VÍTOR LAGARTO³, SANDRA SANTOS⁴, JOSÉ ANTÓNIO NOBRE⁵, VÍTOR MARTINS⁶, GRACIETA RUÍVO⁷, LUÍS MOURA DUARTE⁸, FRANCISCO MADEIRA⁹, CARLOS MORAIS⁹, PAULA PEDROSA⁹, JOSÉ CONCEIÇÃO⁹

(¹Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE Hospital da Senhora da Oliveira, ²Centro Hospitalar do Porto, EPE Hospital Geral de Santo António, ³Hospital Infante D. Pedro, EPE, ⁴Hospital Distrital de Santarém, EPE, ⁵Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, ⁶Hospital Fernando Fonseca, EPE, ⁷Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE Hospital de Santa Marta)

Objectivos: avaliação a longo prazo dos resultados clínicos de um algoritmo de pacing com modo AA(R) e estimulação ventricular de segurança se ocorrerem bloqueios aurículo-ventriculares (BAV) de vários graus (AAISafeR, Ela Medical, França), idealizado para reduzir a percentagem de estimulação ventricular desnecessária (%Vp) em doentes (D) com indicação para pacemaker de dupla câmara (PM).

Métodos: estudo prospectivo, longitudinal e observacional, iniciado em Janeiro/2005, incluindo D com indicação para PM. Este foi programado por escolha dos investigadores em modo AAISafeR ou DDD, com consulta de seguimento (FU) aos 3, 6, 12, 18, 24, 36 e 48 meses pós inclusão. Estudados dados da memória interna do PM referentes à %Vp, incidência de BAV na doença do nó sinusal (DNS), nº de comutações de modo em caso de arritmias auriculares (AA) e sua duração, eventos adversos, visitas não agendadas, casos de reprogramação definitiva em modo DDD e episódios (e) de reprogramação do PM do modo SafeR para DDD.

Resultados: analisados os 285 D de 7 centros, incluídos consecutivamente até 31 de Dezembro de 2007, com idade média de 69 ± 14 anos, que mantiveram FU de acordo com o programado, 149 sendo 149 (52,3%) do sexo masculino. Principais indicações de implante: DNS: 228 D (80%); BAV completo paroxístico: 37 D (13%); DNS e BAV: 12 D (4,2%); BAV permanente: 8 D (2,8%). O modo AAISafeR foi programado, na implantação, em 283 D (99,3%). Os resultados da análise intermédia da %Vp aos 3, 6, 12, 18, 24, 36 e 48 meses de FU (M3, M6, M12, M18, M24, M36 e M48) e a distribuição dos BAV (de acordo com os critérios utilizados pelo PM para os classificar) nos D com DNS, até ao M48 são apresentados na tabela. Não se registaram AA em nº significativo e não houve complicações relacionadas com a utilização do algoritmo.

Conclusões: o modo de estimulação AAISafeR é muito eficaz e seguro na redução da %Vp desnecessária na população de doentes incluída no estudo. A análise revela também uma elevada incidência de BAV paroxísticos nos D cujo motivo de implantação foi DNS, descolocada na altura do implante.

CO 91

DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DE BRUGADA: SERÁ NECESSÁRIO VER EM DUPLICADO? UM CRITÉRIO ALTERNATIVO

LUÍS FERREIRA DOS SANTOS¹, EMANUEL CORREIA¹, RITA FÁRIA¹, BRUNO RODRIGUES¹, LUÍS NUNES¹, ANTÓNIO COSTA¹, JOSÉ LOPES DE CARVALHO², JOSÉ CARLOS MACHADO², SÉRGIO CASTEDO², CARLA HENRIQUES², ANA MATOS², OLIVEIRA SANTOS¹

(¹Hospital de São Teotónio, EPE, ²Universidade do Porto Faculdade de Medicina do Porto, ³Instituto Politécnico de Viseu)

Introdução: Para o diagnóstico da Síndrome de Brugada (SB) é necessário que o padrão de repolarização do tipo 1 seja identificado em pelo menos 2 das 3 derivações pré cordiais direitas de forma espontânea ou após o teste de provocação com fármacos (TPF). Objectivos e métodos

Estudámos 75 elementos de uma família com SB dos quais 30 são portadores (P+) de uma mutação específica do SCN5A. Comparou-se o número de diagnósticos pelos critérios convencionais (CC) no ECG basal e após TPF com o número de diagnósticos por um critério alternativo (CA) proposto (ECG tipo 1 em pelo menos 1 derivação pré cordial direita). Em cada ECG as derivações V1 e V2 foram colocadas no 4º espaço intercostal (EI) e depois no 2º EI.

Resultados: Dos 75 elementos da família (37,41±12,42 anos), 4 foram excluídos por serem portadores de pacemaker definitivo, ficando 28 P+ (11 homens) e 43 não portadores (P-) (22 homens). A partir dos ECGs realizados no 4º EI com o CC fizeram-se 6 diagnósticos espontâneos (sem falsos positivos) e mais 3 diagnósticos após o TPF (além de mais 2 falsos positivos): sensibilidade (S) = 32,1% e especificidade (E) = 95,3%. Utilizando o CA, no 4º EI haveria 12 diagnósticos espontâneos (sem falsos positivos) e 6 diagnósticos após o TPF (e mais 3 falsos positivos): S = 64,3% e E = 93%. Assim, o CA conduziu a um aumento significativo na S (p=0.002), não sendo significativa a diminuição na E (p=0.5). Nos ECGs realizados no 2º EI, segundo o CC, há 11 diagnósticos espontâneos (adicionalmente mais 2 falsos positivos) e após o TPF mais 4 diagnósticos (sem falsos positivos): S = 53,8% e E = 95,3%. Com o CA, haveria 14 diagnósticos espontâneos (com os mesmos 2 falsos positivos) e mais 4 após o TPF (e mais 1 falso positivo): S = 64,3% e E = 93%. Contudo nem o aumento na S nem a diminuição na E são estatisticamente significativos (p=0.125, p=0.5, resp.). Acrescenta-se que também não são significativas as alterações nas S e E entre o CC no 2º EI e o CA no 4º EI (p=0.25, p=0.5, resp.).

Conclusões: Nesta família o CA mostra-se significativamente mais eficaz que o CC no 4º EI. O CA mostrou a mesma eficácia diagnóstica que a elevação das derivações V1 e V2 para o 2º EI, com uma vantagem evidente: esta manobra raramente é realizada na prática clínica o que contribui em muito para o não diagnóstico da SB. Desta forma, acreditamos que o CA merece ser testado em mais doentes com vista a uma revisão dos actuais critérios de diagnóstico da SB.

CO 90

RESULTADOS ACTUAIS DO SEGUIMENTO DE DOENTES COM ELÉCTRODO SPRINT FIDELIS

PEDRO CARMO¹, DIOGO CAVACO¹, JOÃO BRITO¹, SÉRGIA ROCHA¹, KATYA REIS SANTOS¹, FRANCISCO BELLO MORGADO¹, PEDRO ADRAÇÃO¹

(¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE Hospital de Santa Cruz)

Objectivo: A utilização do eléctrodo desfibrilhador de alta impedância *Sprint Fidelis* (MedtronicTM) associa-se a um risco de fractura considerado inaceitável, podendo causar a falha do dispositivo e desencadear choques inapropriados, o que levou à sua retirada do mercado. Relatórios do fabricante indicam uma incidência de disfunção do eléctrodo de 7,2% aos 4 anos.

O objectivo deste estudo foi avaliar a sobrevida dos eléctrodos *Sprint Fidelis* implantados no nosso centro.

Métodos: Foram estudados 134 eléctrodos *Sprint Fidelis* implantados em 133 doentes (dts), entre Março de 2005 e Setembro de 2007. Registámos prospectivamente os dados sobre a falência do eléctrodo. Calculámos a taxa de incidência de fractura por unidade de tempo e comparámos a taxa aos 2 anos com os resultados publicados pelo fabricante.

Resultados: Entre Março de 2005 e Dezembro de 2009, 10 eléctrodos *Sprint Fidelis* (7,5%) sofreram fractura. O seguimento médio foi de 2,6 ± 1,3 anos e o tempo médio até à fractura foi de 2,3 ± 1,0 anos.

Houve um aumento do risco de fractura com o tempo, mas essa diferença não é estatisticamente significativa.

Sete dts receberam choques inapropriados como primeira manifestação da disfunção do eléctrodo. Nenhum destes dts tinha o Lead Integrity Alert (LIA) instalado nem apresentaram aumento da impedância na última consulta de rotina antes da fractura. Os restantes três eléctrodos disfuncionantes foram detectados devido a activação do LIA (2 dts) e a aumento da impedância do eléctrodo detectada em consulta de rotina (1 dt).

Numa análise a 2 anos de seguimento a nossa incidência de fractura de eléctrodo foi (4 / 127 = 3,1%), sendo significativamente maior que a incidência indicada pela Medtronic (CareLink plus: 221/19878 = 1,1%), correspondendo a um aumento da incidência de fractura de 6 vezes (Odds ratio = 6,4 IC 95%: 2,9-14,0).

Conclusões: Na nossa experiência, as fracturas foram na maioria das vezes inesperadas expondo os dts a um elevado risco de eventos arritmicos não tratados e a terapêuticas inadequadas. A disfunção do eléctrodo SF é um problema grave, cuja incidência é, na nossa população, francamente superior à relatada pelo fabricante. Aguardam-se dados que permitam avaliar a performance do software LIA para uma detecção mais precoce de disfunção do eléctrodo.

CO 92

IMPORTÂNCIA DO ESTUDO ELECTROFISIOLOGICO NA ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO ARRITMICO NA SÍNDROME DE BRUGADA

RICARDO FONTES-CARVALHO¹, LUÍS SECA¹, DANIEL CAEIRO¹, MARCO OLIVEIRA¹, LUÍS ADÃO¹, HELENA GONÇALVES¹, JOÃO PRIMO¹, VASCO GAMA¹

(¹Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE)

Introdução: A colocação de um cardio-desfibrilhador implantável (CDI) é a única forma de prevenir a morte súbita na Síndrome de Brugada, o que torna essencial a estratificação do risco arritmico destes doentes. É muito controversa a utilidade do Estudo Electrofisiológico (EEF) nesta estratificação de risco.

Objectivos e Metodologia: Foram analisados retrospectivamente os doentes referenciados ao nosso centro hospitalar com suspeita de padrão de Brugada e que fizeram EEF. Os doentes foram submetidos ao Teste da Flecaína (2 mg/Kg) e a Estimulação Eléctrica Programa (EEP) - com 3 ciclos base e 3 extra-estímulos, acoplados até ao período refractário ou até ao intervalo mínimo de 200 mseg. Os doentes a quem foi induzida arritmia no EEF foram referenciados para colocação de CDI; os restantes foram seguidos clinicamente. Em Dezembro de 2009 foi efectuado o seguimento de todos os doentes, através de contacto telefónico e revisão dos registos dos CDIs.

Resultados: Entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2009, foram observados 65 doentes com suspeita de síndrome de Brugada. Com base no padrão do ECG e, após teste da Flecaína, foi confirmado o diagnóstico em 31 doentes. Destes, 81% eram do sexo masculino, média idades de 45,4±15 anos, 6 (19%) tinham antecedentes de síncope, 8 tinham história familiar de morte súbita e 10 (32%) tinham padrão espontâneo.

Após EEP, foi induzida TV polimórfica em 14 doentes, que posteriormente implantaram CDI. Os restantes 17 doentes, sem arritmias induzíveis, foram seguidos clinicamente. Na tabela seguinte é efectuada a comparação das principais características destes dois grupos.

No seguimento, um dos doentes com arritmia após EEP, teve 3 choques apropriados por FV. Nenhum dos doentes sem arritmia induzível no EEF teve eventos (média de seguimento de 20±12 meses).

Conclusão: Os doentes com arritmia induzível após EEP são mais jovens, praticamente todos do sexo masculino e apresentam frequentemente história prévia de síncope. Nesta análise, o EEF foi pouco útil para prever eventos arritmicos. Contudo, o EEF pode ajudar na estratificação destes doentes porque, quando negativo, associa-se a um baixo risco de futuros eventos arritmicos.

	Arritmia Após EEF (CDI) 14 doentes	Sem Arritmia após EEF (Vigilância Clínica) 17 doentes
Sexo Masculino	13 (92%)	12 (70%)
Idade (mediana)	43,5	48
Síncope	5 (35%)	1 (6%)
História Familiar Morte Súbita	4 (21%)	4 (23%)
Padrão Espontâneo	4 (28%)	6 (35%)
Eventos no Seguimento	1	0