

CHIUSURA PERCUTANEA DEL DIFETTO INTERATRIALE: TO SIZE OR NOT TO SIZE?

B. Castaldi , A. Di Candia, D. Sirico, G. Di Salvo

Azienda Ospedale-Università di Padova, Padova, Italy

INTRODUZIONE:

La chiusura del difetto interatriale (DIA) è tra le procedure più frequenti nel laboratorio di emodinamica pediatrica ed è una procedura a basso rischio e con un tasso di efficacia molto alto. Recentemente, alcuni Centri, con casistiche prevalentemente focalizzate su pazienti adulti, hanno iniziato a mettere in discussione l'utilità dell'utilizzo del sizing del DIA, proponendo algoritmi di selezione del device sulla base dell'ecocardiografia 2D e 3D sia transtoracica (TTE) che transesofagea (TEE).

SCOPO DELLO STUDIO:

Valutare il valore incrementale del sizing del DIA per l'algoritmo decisionale del tipo e delle dimensioni del dispositivo da utilizzare in una coorte di pazienti pediatrici.

METODI:

Dal 01/09/2021 al 31/12/2021 sono state eseguite 27 procedure di chiusura percutanea di difetto interatriale. I pazienti sono stati sottoposti ad ecocardiografia transtoracica 2D e 3D pre-operatoria ed ecocardiografia transesofagea 2D e 3D intra-operatoria. Tre operatori (1 ecocardiografista, 1 emodinamista con <5 anni di esperienza e 1 emodinamista con >10 anni di esperienza) sono stati invitati ad esprimere un giudizio sulla misura di device utile alla chiusura del difetto e se reputavano superfluo l'utilizzo del sizing sia sulla base al TTE che sulle immagini del TEE. A prescindere dalle indicazioni a priori degli operatori, il sizing è stato eseguito in tutti i pazienti, e le dimensioni del difetto sono state scelte in funzione del sizing.

RISULTATI:

Dei 27 pazienti selezionati, un paziente ha avuto indicazione a chiusura chirurgica dopo il sizing. Il diametro medio dei restanti 26 pazienti 16,8+/-4,6 mm. Sono stati utilizzati device AGA/Occlutech in 13 pazienti e device Gore in 13 pazienti. L'ecocardiografista ha espresso la necessità di eseguire il sizing in tutti i pazienti, la sua valutazione è stata identica alla decisione presa dopo il sizing nel 35% dei casi dopo TTE e nel 42% dei casi dopo TEE. Nel 41% e nel 44% dei casi, rispettivamente, il device sarebbe stato sottodimensionato di almeno una misura. Anche l'emodinamista più giovane non si sarebbe sentito confidente di chiudere il DIA senza sizing in nessun caso, tuttavia la decisione della misura del device risultava coerente a quella identificata dopo il sizing nel 42% dopo TTE e nel 76,5% dopo TEE. L'emodinamista più esperto avrebbe evitato il sizing nel 50% delle procedure, dopo il TEE. L'agreement tra scelta a priori e sizing saliva dal 32% dopo TTE al 77% dopo TEE. Nei 13 pazienti in cui si sarebbe evitato il sizing la misura identificata al TEE è sempre risultata quella appropriata.

CONCLUSIONI:

In età pediatrica, la predittività della compliance dei rim al sizing non è scontata. Quando le caratteristiche anatomiche appaiono favorevoli, un operatore esperto potrebbe soprassedere all'esecuzione del sizing, tuttavia il rischio di sottodimensionare o sovradimensionare la protesi di due o più misure è un evento non trascurabile in età pediatrica (tra il 6 e il 20%, a seconda dell'esperienza dell'operatore).

