

**I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI**

**TPSV IN CARDIOPATIE CONGENITE COMPLESSE:  
COME CAVARSELA DAI PIEDI**

M. Brighenti<sup>1</sup>, G. Bronzetti<sup>2</sup>, M. Scimeca<sup>1</sup>, M. Lanari<sup>3</sup>, M. Bonvicini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatria, <sup>2</sup>Cardiologia Pediatrica, <sup>3</sup>Pediatria d'Urgenza, Policlinico "Sant'Orsola-Malpighi", Bologna

*Indirizzo per corrispondenza:* maurizio.brighenti@yahoo.it

Bambino di 6 anni affetto da destrocardia, trasposizione congenitamente corretta dei grossi vasi, difetto intraventricolare, atresia della valvola polmonare e anomalia coronarica. A 10 giorni di vita è stato sottoposto a intervento cardiocirurgico di *shunt* sistemico-polmonare. Alcuni episodi di tachicardie parossistiche sopraventricolari (TPSV) nel pre- e post-operatorio, controllate con terapia con beta-bloccante. Successiva stabilità clinico-strumentale.

A 6 mesi di vita il paziente è stato sottoposto a intervento cardiocirurgico di anastomosi cavo-polmonare bidirezionale (anastomosi termino-laterale tra vena cava superiore e arteria polmonare). Nel post-operatorio recidive di TPSV per le quali è stata intrapresa terapia con flecainide con beneficio.

In occasione di ulteriori frequenti episodi di TPSV in luglio 2014 sono stati sostituiti flecainide e propranololo con sotalolo. Nell'ultimo anno altri 3 episodi di TPSV con compromissione emodinamica che hanno necessitato la cardioversione elettrica. A metà ottobre il bambino ha presentato un ennesimo episodio di cardiopalmo a domicilio per cui è stato condotto presso il nostro Pronto Soccorso, dove è stata documentata una TPSV da rientro discretamente tollerata emodinamicamente, SatO<sub>2</sub> in aria ambiente 75-80%, FC circa 200 bpm, PA 90/50 mmHg.

Le manovre vagali sono risultate inefficaci così come

quattro boli a dose crescente di adenosina per via brachiale destra (6 - 8 - 9 - 9 mg), previo bolo di bicarbonato sodico. L'inefficacia sembrava inspiegabile visto che si trattava di un'aritmia da rientro nodo dipendente, e in ogni caso si sarebbe dovuto vedere un transitorio, chimico, blocco atrioventricolare (AV). Pertanto si è deciso di reperire un accesso venoso in safena sinistra per somministrare un ennesimo bolo di adenosina 9 mg che è risultato efficace con ripristino di ritmo sinusale a FC circa 105 bpm.

**Conclusioni**

In caso di TPSV nel contesto di cardiopatia congenita complessa si deve sempre tenere in considerazione il substrato anatomico per ottenere un accesso venoso che permetta all'adenosina, dall'emivita fugace (a causa della degradazione eritrocitaria da parte dell'enzima adenosina deaminasi), di raggiungere il nodo AV in tempi utili per la cardioversione. In dette anatomie native e post-chirurgiche, l'iniezione in vena cava inferiore permette al bolo di adenosina di arrivare rapidamente in una camera ventricolare e da qui nelle coronarie fino al nodo AV. L'iniezione in una vena tributaria della cava superiore viene invece rallentata nel circolo polmonare, quel tanto che basta per far giungere l'adenosina, ormai cadavere, sul nodo AV.