

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** _____ **data di nascita** _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	Sono stato informato di essere affetto da fibrillazione atriale e/o flutter atriale sinistro.
Trattamento proposto:	ABLAZIONE FIBRILLAZIONE ATRIALE/FLUTTER ATRIALE SINISTRO
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e qual è la procedura operativa?	L'ablazione transcateretere è una procedura che consente di curare molte aritmie e consiste nella eliminazione dei focolai o delle vie elettriche anomale che sono responsabili dell'aritmia stessa. L'ablazione viene generalmente eseguita solo dopo un'accurata analisi del meccanismo dell'aritmia (studio elettrofisiologico) e nella maggior parte dei casi viene effettuata nella stessa seduta. DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO Lo studio elettrofisiologico è un intervento eseguito in sala operatoria, previa anestesia locale spesso associata a sedazione profonda o anestesia generale, con l'aiuto di apparecchi radiologici: la procedura consiste nel posizionamento, attraverso una o più vene della gamba, del collo, del braccio o del torace di alcuni elettrocateretere all'interno del cuore e nell'esecuzione di una serie di misure elettriche e di stimolazioni artificiali del cuore. Qualora in base ai risultati dello studio elettrofisiologico si conferma la possibilità di trattare l'aritmia mediante l'ablazione questa viene eseguita immediatamente, nell'ambito della stessa procedura. Durante l'ablazione viene introdotto all'interno delle camere cardiache un elettrocateretere generalmente dagli stessi vasi già utilizzati per lo studio elettrofisiologico. Nel caso dell'ablazione della fibrillazione atriale è necessario eseguire una puntura transettale che permette il passaggio di uno o più cateteri, attraverso il setto interatriale, dall'atrio destro all'atrio sinistro. Tecnica della puntura transettale: utilizzando l'apparecchiatura radiologica ed eventualmente con l'ausilio dell'ecocardiografia vengono visualizzati i cateteri all'interno del cuore e posizionato un ago particolare sulla fossa ovale, la parte più sottile del setto interatriale. L'ago viene avanzato e la fossa ovale viene perforata. Quando viene confermato il giusto posizionamento dell'ago, si avanza in atrio sinistro un tubo di materiale plastico (introduttore) dentro il quale si avanzano gli elettrocateretere diagnostici e/o terapeutici. Il sistema di ago/introduttore viene posizionato nel cuore avanzando dalla vena femorale. Il foro prodotto dalla puntura del setto interatriale si chiude da solo entro 1 mese circa. Una volta introdotto nell'atrio sinistro l'elettrocateretere viene guidato dai raggi X, dai segnali elettrici del cuore e da sistemi di mappaggio tridimensionale (elettroanatomico o eco guidato). Attraverso l'elettrocateretere viene fatta passare un'energia elettrica chiamata radiofrequenza che riscalda il tessuto a contatto della punta metallica ed è in grado di produrre piccolissime cicatrici. In alcuni casi può essere utilizzata una fonte di diversa come la crioablazione, che produce lo stesso risultato "congelando" la

	porzione di tessuto da eliminare. Oltre alla radiofrequenza ed alla crioablazione esistono altre fonti energetiche che possono essere utilizzate allo stesso scopo. Durante la procedura potrà avvertire una sensazione di bruciore della durata di pochi secondi. Potrà comunicare la presenza di qualsiasi disturbo al medico ma è molto importante che rimanga fermo/a per impedire che l'elettrocatteter si muova dalla sua posizione. Talora possono essere somministrati ansiolitici o antidolorifici; in alcuni casi la procedura viene effettuata in anestesia generale. Durante la procedura è necessaria la somministrazione di terapia anticoagulante endovenosa. Al termine dell'ablazione viene generalmente ripetuto lo studio elettrofisiologico per verificarne l'efficacia e vengono rimossi tutti gli elettrocatteteri.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Lo scopo dell'ablazione è di prevenire le recidive di fibrillazione atriale o di flutter atriale sinistro. Le probabilità di successo dipendono dalla durata e dal tipo di fibrillazione atriale, dalla presenza di anomalie strutturali del cuore e dalle caratteristiche cliniche del paziente.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	In linea generale il periodo necessario per un recupero funzionale è di circa 7-10 giorni. Dopo la dimissione è necessario seguire tutte le disposizioni e i trattamenti prescritti. Dopo la dimissione sarà necessario assumere una terapia anticoagulante orale per un periodo di almeno 8-12 settimane. La prosecuzione della terapia anticoagulante orale dopo questo periodo dipenderà dall'esito dell'ablazione, ma soprattutto dal profilo di rischio di eventi tromboembolici del paziente. In caso di dolore, rigonfiamenti o sanguinamenti in sede di puntura, comparsa/peggioramento di dolori toracici o delle palpitazioni o comunque in caso di qualunque peggioramento della sintomatologia nei giorni successivi la dimissione è opportuno contattare il Cardiologo o l'Aritmologo di riferimento; in caso di sintomatologia particolarmente severa o rapidamente ingravescente recarsi immediatamente in Pronto Soccorso.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Mi è stato spiegato che nel caso decida di non praticare l'intervento non vi è la possibilità di eliminare definitivamente o quantomeno ridurre la sintomatologia senza l'intervento di farmaci da utilizzarsi indefinitamente. E' opportuno sottolineare come la terapia farmacologica possa essere inefficace, non tollerata ed associata a rischi non inferiori rispetto all'ablazione transcatteter.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	La probabilità che si verifichino complicanze varia notevolmente secondo il profilo di rischio del paziente. Complicanze vascolari: danneggiamento dei vasi attraverso i quali sono introdotti i cateteri (ematoma, tromboflebite, trombosi venosa profonda, fistola artero-venosa, pseudoaneurisma, dissezione arteriosa). Queste complicanze sono di solito curabili con terapia medica e riposo a letto e solo raramente richiedono trasfusioni o interventi chirurgici. Complicanze cardiache: si verificano molto raramente e sono rappresentate da: L'incidenza delle suddette complicanze, pur essendo molto bassa, dipende da particolari condizioni cliniche del paziente (cardiopatía, scompenso cardiaco, arteriopatia, coagulopatia, etc). In questo Ospedale tali procedure vengono

	effettuate da personale altamente esperto e qualificato, in una struttura provvista di apparecchiature idonee a fronteggiare qualsiasi situazione di rischio. Rischi associati alla puntura transettale: le complicanze possibili sono presenti un meno dell'1% dei casi e sono la puntura accidentale della parete posteriore dell'atrio sinistro e la puntura accidentale di grossi vasi adiacenti (aorta). In ambedue i casi è possibile l'instaurarsi di una grave emorragia interna, con conseguenze potenzialmente fatali, che pertanto debbono essere prontamente riconosciute e, se necessario, trattate, talora con interventi invasivi (drenaggio del sangue dal pericardio mediante ago o intervento chirurgico). Di seguito è riportata l'incidenza percentuale della complicanze maggiori nella popolazione di pazienti sottoposti ad ablazione di fibrillazione atriale: Morte 0,15 Tamponamento cardiaco 1,31 Pneumotorace 0,09 Emotorace 0,02 Sepsì, ascesso o endocardite 0,01 Paralisi diaframmatica permanente 0,17 Pseudoaneurisma femorale 0,93 Fistola artero-venosa 0,54 Danno valvolare con necessità di intervento correttivo 0,07 Fistola atrio-esofagea 0,04 Ictus 0,23 Attacco ischemico transitorio (TIA) 0,71 Stenosi vene polmonari con necessità di intervento correttivo 0,29
Quali sono le alternative al trattamento proposto, se ci sono, e quali i benefici e/o complicanze o effetti indesiderati conosciuti delle alternative?	Alternativa al trattamento con ablazione è il trattamento farmacologico antiaritmico, che tuttavia non garantisce efficacia assoluta, esponendo d'altra parte il paziente al fastidio di assumere per periodi indefiniti sostanze che possono essere gravate da effetti collaterali avversi e talora fatali.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'intervento verrà eseguito da un'equipe composta da: uno o più dei medici della struttura con le competenze necessarie per eseguire la procedura; uno o più infermieri professionali del laboratorio di Elettrofisiologia/Elettrostimolazione; un tecnico di cardiologia

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
