

hanno presentato episodi di TVNS, il 30% TVS con 30% di interventi appropriati del dispositivo (15% ATP, 25% shock). Il 5% ha presentato episodi di FA. Inoltre sono stati due scariche inappropriate e un caso di malfunzionamento. L'analisi statistica effettuata non ha evidenziato nessun parametro statisticamente significativo tra i due gruppi.

Conclusioni. Il 36% dei pazienti impiantati in prevenzione primaria o secondaria della morte cardiaca improvvisa, affetti da malattie dei canali ionici o del miocardio presentano aritmie ventricolari e interventi appropriati del dispositivo. L'indicazione all'impianto, la base genetica della patologia, il trattamento farmacologico, la frazione di eiezione non risultano essere statisticamente significativi.

E19

IS THE SAME THE ARRHYTHMIC RISK IN MODERATE AND SEVERE OBESITY IN TREATED OR NOT TREATED PATIENTS WITH BARIATRIC SURGERY?

Manuela Lombardi (a), Silvia Amato (a), Coccia Francesca (b), Stephanie Salvatore (a), Elona Dautaj (a), Silvia Da Ros (a), Panetti Diego (a), Andi Tego (a), Leonetti Frida (b), Mario Curione (a)
(a) Department of Clinical Sciences, Cardiology Service, (b) Department of Clinical Sciences, Day Hospital of Endocrinology, "Sapienza" University of Rome

Background. People with severe obesity have an increased arrhythmic risk. We demonstrated that arrhythmic risk in these patients increases with a non linear dynamics at the increasing in BMI. In this study we employed in addition to QT, QTc, QTd new markers of delayed repolarization time like adjusted QT, adjacent QT. There are not data about these variables in post bariatric surgery patients.

Aims. 1) To evaluate arrhythmic risk in patients with weight loss after surgery using new markers of electrical instability. 2) To evaluate if arrhythmic risk in the range of BMI reached after surgery in this patients is equal to the arrhythmic risk of patients that progressively reached the same range of BMI increasing their weight.

Materials and methods. We enrolled 14 individuals at diagnosis and 7 months after a Sleeve Gastrectomy. These patients reached after weight loss a BMI range between 30 and 40 kg/m². We enrolled a control group of 14 obese patients that reached a BMI range between 30 and 40 kg/m² increasing progressively their weight. Computed standard 12-lead ECG with NORAV® digital system was performed to calculate Heart Rate (HR) and criteria of electric instability: QT interval dispersion (QTd), corrected QT interval (QTc), adjusted QTd; adjacent QTd; adjusted QTdc, adjacent QTdc.

Statistical analysis. Data are expressed mean±SD. Student t test for unpaired data was applied in comparison of mean values between pre and post surgically-induced weight loss. P-value <0.05 was considered statistically significant.

Results. 1) QT, QTc and QTc dispersion and HR resulted decreased in obesities after surgically induced weight loss than before (p <0.05) like shown in Table 1. We found a shortening in the other electrocardiographic markers of ventricular repolarization heterogeneity not evaluated in the other studies (Table 1). 2) Confronting the two groups with same BMI, post surgery obesities and patients that reached BMI progressively, we found statistical significance in 6/8 variables (Table 2).

Conclusion. 1) Arrhythmic risk decreases significantly in the post surgery group also for the new markers of arrhythmias. 2) Patients after surgically-induced weight loss have a decreased arrhythmic risk confronting with patients with the same BMI that reached it progressively.

Table 1

	Pre	Post	p
BMI	44.4±6.6	34.7±6.5	<0.001
HR	70±10	59±8	<0.005
QTc	404.6±10.6	390.6±22	<0.05
QTd	37.8±10	28.7±11.5	<0.05
QTdc	39.8±10	28.4±11	<0.01
adju QTd	10.7±3.3	8.2±3.2	<0.05
adia QTd	26.1±14.3	16.3±8.8	<0.05
adju QTdc	11.3±3.4	8.3±3	<0.05
adia QTdc	28.1±14.6	16±8.6	0.001

Table 2

	Post surgery	No surgery	p
BMI	34.7±6	34.9±6	NS
HR	59±7	73.4±10	<0.001
QTc	390.6±22	390.6±22	NS
QTd	28.7±11.5	47±16	<0.001
QTdc	28.4±11	48.4±17	<0.001
adju QTd	8.2±3.2	13.8±4.6	<0.001
adia QTd	16.3±8.8	26.8±16.2	<0.05
adju QTdc	8.3±3	14±5	<0.001
adia QTdc	16±8.6	25±17	NS

E20

DIMISSIONE DOPO POCHE ORE DALLA CORONAROGRAFIA ESEGUITA PER VIA TRANSRADIALE: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO

Michele Cacucci (a), Antonio Catanoso (a), Paolo Valentini (a), Angelo Lodi Rizzini (a), Annalisa Morra (b), Pietro Agricola (a), Massimiliano Nanetti (a), Giuseppe Inama (a)

(a) Dipartimento Cardio-Cerebro-Vascolare, Ospedale Maggiore, Crema, (b) Divisione di Cardiologia, Ospedale Maggiore, Lodi

Background. Dal giugno del 2007 nel nostro Laboratorio di Emodinamica Interventistica è entrato a far parte come metodica di routine l'approccio radiale sia per la coronarografia che per l'eventuale angioplastica coronarica. Di circa 1200 coronarografie da allora eseguite, il 70% è stato condotto per via radiale, prevalentemente destra, con introduttori da 4 a 6 French. L'emostasi in sede di puntura è stata ottenuta mediante compressione manuale per circa 5 min dalla rimozione dell'introduttore, seguita da bendaggio elastico gradualmente allentato entro un'ora dalla fine dell'esame. Il restante 30% è stato condotto per via femorale per scelta dell'operatore o per test di Allen francamente negativo. Delle circa 740 PTCA effettuate nello stesso periodo, 470 sono state attuate per via radiale.

Materiale e metodo. 280 pazienti sono stati sottoposti a procedure esclusivamente diagnostiche per via radiale dal giugno 2007 al dicembre 2008. Di questi 52 sono stati dimessi nello stesso giorno dell'esecuzione della coronarografia, mediamente dopo 8 ore dalla fine della stessa. L'indagine emodinamica era stata prescritta per le seguenti cause: cardiomiopatia dilatativa (18), sospetta cardiopatia ischemica (23), valvulopatia (11). Tutti gli accessi in Ospedale erano stati programmati, nessun paziente era stato ricoverato per cause acute. Inizialmente la dimissione è avvenuta per espressa volontà del paziente, contrariamente a quella dei sanitari. In una fase successiva si è giunti a dimettere in giornata per necessità di posti letto, quindi con il consenso dei medici e del paziente. Mentre nei casi sopradescritti il paziente permaneva in ospedale almeno una notte (quella precedente la coronarografia), negli ultimi 5 il paziente, ricoverato al mattino e sottoposto al prelievo per i principali esami ematochimici, veniva inviato alla coronarografia e dimesso dopo circa 8 ore in assenza di complicanze generali e/o locali (sede di puntura). Il giorno successivo tutti i pazienti erano invitati a recarsi in Cardiologia in caso di problemi rilevati in sede di accesso arterioso o più in generale a carico dell'arto omolaterale (ematoma, dolore, iposfigmia).

Risultati. Non ci sono state complicanze sia in fase diagnostica che nel follow-up. Chiaramente sia l'approccio radiale che la rapida dimissione sono stati molto favorevolmente accolti dai pazienti.

Conclusioni. L'assenza di linee guida specifiche ed eventualmente implementate dal Servizio Sanitario Nazionale Italiano, in particolare modo per i problemi connessi al DRG, limita un approccio in day hospital almeno della sola coronarografia eseguita per via transradiale, approccio in questa esperienza risultato sicuro e molto ben accettato dai pazienti.

E21

APPROCCIO INVASIVO VS CONSERVATIVO IN PAZIENTI ULTRA 75ENNI CON PLURIPATOLOGIE: INCIDENZA A BREVE TERMINE DI RECIDIVA DI SINDROME CORONARICA ACUTA O SCOMPENSO CARDIACO

Michele Cacucci (a), Antonio Catanoso (a), Paolo Valentini (a), Angelo Lodi Rizzini (a), Pietro Agricola (a), Massimiliano Nanetti (a), Annalisa Morra (b), Giuseppe Inama (a)

(a) Dipartimento Cardio-Cerebro-Vascolare, Ospedale Maggiore, Crema, (b) Divisione di Cardiologia, Ospedale Maggiore, Lodi

Background. Nel nostro ospedale il numero di pazienti anziani (ultra 75enni), sovente con multiple patologie, ricoverati in cardiologia e UTIC rappresenta circa il 20% dei ricoveri totali. Nella maggior parte dei casi la causa del ricovero è rappresentata dalla sindrome coronarica acuta, ripetutamente complicata da edema polmonare o scompenso. Spesso, inoltre, questi pazienti accedono in ospedale più volte per la stessa patologia cardiaca e frequentemente dopo un lasso di tempo relativamente breve. Abbiamo quindi confrontato retrospettivamente il numero di recidive di ricovero per sindrome coronarica acuta nei pazienti anziani, con patologia multi organo, sottoposti a valutazione emodinamica e PTCA rispetto a pazienti trattati in modo conservativo.

Materiale e metodo. Dal 2001 al 2008 su circa 9800 pazienti ricoverati circa 1960 hanno presentato le caratteristiche sopra descritte. Di questi 452 sono stati sottoposti a esame coronarografico e PTCA, 324 esclusivamente a coronarografia, gli altri 1180 sono stati sottoposti a terapia medica. L'età media di tutti i pazienti era di 84 anni, il 65% era di sesso femminile. Le principali comorbidità erano: BPCO, insufficienza renale lieve-moderata, vasculopatia cerebrale. L'82% dei pazienti presentava ipertensione arteriosa ed il 36% erano diabetici. Dei 452 pazienti sottoposti a PTCA, 118 hanno eseguito l'esame invasivo ad un successivo ricovero per stessa diagnosi. Dei 324 pazienti sottoposti solo a coronarografia: 131 non presentava lesioni significative, il resto lesioni così gravemente diffuse e/o distali da non essere suscettibili di trattamento percutaneo (25% di tutti i pazienti sottoposti a angiografia). Dei 452 pazienti sottoposti ad angioplastica circa la metà presentava inaspettatamente lesioni facilmente aggredibili con PTCA e tali da subire una completa rivascolarizzazione. L'altra metà mostrava