

in presenza di) medici o infermieri (“white-coat effect”). Non esistono ad oggi studi che abbiano valutato la PA nel corso della degenza ospedaliera, confrontando differenti tecniche di misura, che comprendano, oltre quella del medico (**M**) e dell’infermiere (**I**), anche quella del paziente (**P**) stesso in automisurazione.

Scopi e Metodi: Le 3 tecniche di misura e la loro variabilità sono state quindi comparate in 52 **P** ipertesi ricoverati ed emodinamicamente stabili. I valori pressori e la frequenza cardiaca (FC) venivano rilevati in sequenza random con apparecchio semiautomatico oscillometrico (OMRON M6 Comfort) alla I° ed alla IV-V° giornata di ricovero tra le ore 16 e le 17. I **P** eseguivano tre automisurazioni consecutive, utilizzando per l’analisi unicamente il 3° valore. Pure il **M** eseguiva 3 misure, mentre l’**I** eseguiva, come è consuetudine, una singola misurazione standard.

Risultati: La PA, sia sistolica (PAS) che diastolica (PAD), ma non la FC, è risultata nella I° giornata costantemente più elevata rispetto alla IV-V° con le 3 tecniche di misurazione (**M**: PAS=140±22 vs 130±15, p=0,02; PAD= 74±14 vs 68±9, p=0,001. **P**: PAS= 138±22 vs 128±12, p=0,01; PAD=73±14 vs 67±9, p<0,001. **I**: PAS 145±26 vs 134±19, p=0,004; PAD 76±17 vs 70±11, p=0,002). Il confronto tra le 3 tecniche (ANOVA per misure ripetute + test Post-Hoc), non dimostrava differenze statisticamente significative per PAD e FC, ma solo per la PAS sia in I° giornata (p=0,013) che in IV-V° giornata (p=0,008), dovuta in particolare alla più elevata PAS misurata da **I** *versus* **P** (p=0,024 in I°, p=0,01 in IV-V° giornata), ma non nel confronto fra **M** *versus* **P** o **M** *versus* **I**.

Il grafico di Bland-Altman ha confermato la tendenza a più elevati valori di PAS quando misurata dall’**I** rispetto al **P**, con maggior variabilità fra **I** e **P**, espressa dalla maggiore dispersione dei valori **I** rispetto a **P**, ma non di quelli **M** rispetto ai **P** (media dei residui -1.3±11.3 nel primo caso, 5.9±15.0 nel secondo caso).

Conclusioni: Questo studio conferma nel paziente iperteso significative variazioni pressorie nel corso della degenza, con valori di PA decrescenti, indipendentemente dalla tecnica utilizzata. Nel confronto fra **M**, **I** e **P**, emerge che la PAS dell’**I** è costantemente più elevata rispetto a quella del **M** e del **P**, sia in I° che IV-V° giornata, in verosimile dipendenza non dalle variazioni della PA durante la degenza ma dalle intrinseche differenze nel metodo di misurazione dell’**I** rispetto a **M** e **P**. Poiché, a differenza dei rilievi eseguiti dal **M** e dal **P**, la misurazione dell’**I** si basa su di un singolo rilievo standard, la sovrastima dei valori misurati dall’**I** esprimerebbe l’inadeguatezza di una singola misura di PA rispetto a tecniche che prevedano misure ripetute. Inoltre, l’assenza di significative differenze tra **M** e **P** indica che rilievi ripetuti in ambiente ospedaliero garantiscono una buona uniformità dei valori, indipendentemente dall’operatore, a differenza di quanto si verifica in contesti ambulatoriali e domiciliari. I risultati del presente studio dimostrano quindi l’importanza dell’applicazione delle linee guida ESC/ESH per una corretta misurazione pressoria, basata su misurazioni ripetute, anche in ambiente ospedaliero.

O243

Differenze nel rimodellamento cardiaco ed anatomico in pazienti affetti da iperaldosteronismo primario rispetto a pazienti con ipertensione primaria

Claudio Savoriti (a), Erika Baiocco (a), Marisa Varrenti (a), Stephanie Salvatore (a), Luciano Colangelo (a), Giuseppina Cilenti (a), Luigi Petramala (a), Sergio Matteoli (a), Claudio Letizia (a), Mario Curione (a)

(a) Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, Università "Sapienza", Roma

Introduzione: Rispetto all’ipertensione essenziale (IE), l’iperaldosteronismo primario (IP) è stato associato ad una maggiore incidenza di eventi cardiovascolari, dovuti ad un effetto dell’aldosterone ipertensione-indipendente con conseguente danno a carico di organi bersaglio quali il cuore, il sistema vascolare, il rene. Tali effetti sono mediati dall’induzione di stress ossidativo, infiammazione, disfunzione endoteliale, proliferazione cellulare e dalla promozione della fibrosi.

Obiettivo: Lo scopo dello studio è stato quello di studiare le modifiche elettrocardiografiche e il rimodellamento cardiaco nei pazienti con IP rispetto ai pazienti con IE.

Metodi: Abbiamo condotto uno studio osservazionale su 61 pazienti adulti (39 maschi, 22 femmine), di cui 30 pazienti affetti da IP (8 Adenoma aldosterone secernente (APA) e 22 iperplasia surrenalica bilaterale (IHA)) e 31 con ipertensione essenziale. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a: valutazione dei parametri antropometrici, monitoraggio della pressione arteriosa, elettrocardiogramma standard a 12 derivazioni ed ecocardiogramma.

Risultati: I due gruppi sono risultati omogenei per quanto riguarda età, sesso, razza, indice di massa corporea e valori di pressione arteriosa sistolica e diastolica. L'onda P e la durata dell'intervallo PR erano significativamente maggiori nei soggetti con IP rispetto ai pazienti con IE ($P = 0,003$ e $P = 0,02$, rispettivamente). Un blocco atrioventricolare di primo grado è stato osservato nel 16% dei pazienti IP e solo nel 3,2% dei soggetti con IE, sebbene la differenza non ha raggiunto la significatività statistica ($P = 0,09$). Nei pazienti con IP lo spessore del setto interventricolare (IVST) correlava con l'indice di massa ventricolare sinistra (LVMI) ($r = 0,54$) e con la durata del PR ($r = 0,507$). Nei pazienti con IP è stato osservato un aumento della durata dell'intervallo QRS rispetto ai pazienti con IE ($P = 0,07$). La durata dell'intervallo QTc calcolato in base alle formule di Bazett, Fridericia, Framingham e di Hodge, non ha mostrato differenze significative tra i due gruppi, tuttavia tutti i pazienti con QTc maggiore di 440 ms appartenevano al gruppo IP. Il grado di dispersione del QT (QTd) nei pazienti con IP è risultato sovrapponibile a quelli con IE. L'ipertrofia ventricolare sinistra è stata documentata nel 53% dei 30 pazienti con IP e nel 26% dei 31 pazienti con IE ($\chi^2 P = 0,03$).

Conclusione: I dati provenienti dal nostro studio dimostrano chiaramente che i pazienti con iperaldosteronismo primario mostrano un rimodellamento cardiaco sia anatomico che elettrico maggiore rispetto ai soggetti con ipertensione arteriosa essenziale. La spiegazione molecolare risiede nell'aumentata deposizione di fibre collagene indotta dall'aldosterone a livello del tessuto miocardico, con conseguente rallentamento dell'eletto-conduzione e incremento della massa ventricolare sinistra.

O244

Fenotipi a rischio di sviluppare ivs in corso di terapia antiipertensiva

Raffaele Izzo (a), Giovanni de Simone (b), Valentina Trimarco (c), Renata Giudice (a), Costantino Mancusi (b), Alfonso Sforza (b), Maria Assunta Elena Rao (a), Nicola De Luca (a), Bruno Trimarco (a)

(a) DPT di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, Università Federico II, Napoli-It, (b) DPT di Medicina Clinica e Sperimentale, Università Federico II, Napoli-Italy, (c) DPT di Neuroscienze, Università Federico II, Napoli-Italy

Introduzione: L'ipertrofia ventricolare sinistra (LVH) è il danno d'organo di più frequente riscontro nei pazienti ipertesi e rappresenta il più forte predittore di eventi cardiovascolari maggiori. È noto che alcuni ipertesi sviluppano LVH nel corso del follow-up, nonostante un'efficace terapia antiipertensiva. Scopo di questo studio è stato quello di valutare l'incidenza di LVH in un'ampia coorte di pazienti ipertesi in trattamento farmacologico, nonché il fenotipo a rischio di sviluppare LVH.

Metodi: Sono stati valutati retrospettivamente 2726 pazienti con ipertensione essenziale in trattamento (età 50 ± 11 anni, 60% maschi), pressione arteriosa sistolica iniziale (SBP) 142 ± 15 mmHg, pressione arteriosa diastolica iniziale (DBP) 90 ± 10 mmHg, senza malattie CV prevalenti, filtrato glomerulare (GFR) > 30 mL/min/1.73 m², ed un follow-up di almeno 12 mesi. La diagnosi di LVH è stata posta all'ultima visita disponibile (indice di massa ventricolare sinistra [LVMI] > 49.2 g/m^{2.7} negli uomini e > 46.7 g/m^{2.7} nelle donne).

Risultati: Al termine di un periodo medio di follow-up di 69 ± 45 mesi il 17 % della popolazione (457 pazienti) aveva sviluppato LVH. I pazienti con LVH erano più anziani e più frequentemente