

Poster n. 65

F. Lombardi, M.L. Finocchiaro, L. Dalla Vecchia, A. Felcher, R. Sala, M. Garinoldi, S. Cerutti, A. Malliani, Ist. Ric. Cardiovascolari, CNR; Pat. Medica, Centro "Fidia", Cardiologia, Gap "L. Sacco"; Università Milano; Dip. Elettronica Politecnico Milano. PERSISTENZA DELLE DEPOLARIZZAZIONI VENTRICOLARI TARDIVE, NEL PRIMO ANNO DOPO UN INFARTO MIocardICO

Il riscontro di depolarizzazioni tardive, nei pazienti con infarto miocardico, riflette la presenza di una instabilità elettrica del miocardico ed è considerato un fattore di rischio per la morte cardiaca improvvisa. Per valutare se le alterazioni elettrofisiologiche, corrispondenti a questi micropotenziali sono limitate alla fase critica dell'episodio infartuale o rappresentano invece un substrato aritmogeno stabile, abbiamo analizzato l'elettrocardiogramma ad alta amplificazione in un gruppo di pazienti a 20 giorni (n= 49), 6 mesi (n= 35) ed un anno (n= 19) da un infarto miocardico acuto.

In condizioni di riposo è stato registrato un segnale elettrocardiografico su tre derivazioni ortogonali X,Y,Z utilizzando un amplificatore AC (0.01-3 KHz) ad alto guadagno (10-50000x), basso rumore (<5µV) ed un segnale di riferimento X. Ogni segnale veniva acquisito su un calcolatore PDP 11/24 ed analizzato con un programma che misurava la durata del QRS filtrato e permetteva di rilevare la presenza di depolarizzazioni ventricolari tardive.

I risultati del nostro studio sono espressi nella tabella sottostante:

| | NUMERO PAZIENTI | | DURATA QRS FILTRATO (msec) | |
|-----------|-----------------|------|----------------------------|-----------|
| | DVT+ | DVT- | DVT+ | DVT- |
| 20 giorni | 23 | 26 | 126±3.5 | 110±1.7 * |
| 6 mesi | 15 | 20 | 127±3.3 | 112±1.6 * |
| 12 mesi | 6 | 13 | 134±5.9 | 109±2.2 * |

* p < 0.05 nel confronto tra i pazienti con (DVT+) e senza (DVT-) depolarizzazioni ventricolari tardive

In base a questi risultati si può affermare che le depolarizzazioni ventricolari tardive, rilevabili a 20 giorni da un infarto miocardico acuto, sono ancora presenti negli stessi pazienti a 6 mesi e ad un anno dall'episodio acuto, e che la durata del QRS filtrato non sembra modificarsi significativamente nel primo anno dopo un infarto miocardico nei pazienti con e senza depolarizzazioni ventricolari tardive. Questi dati suggeriscono la persistenza di una instabilità elettrica del miocardio e di conseguenza di un elevato rischio cardiovascolare in un sottogruppo di pazienti nel primo anno dopo un infarto miocardico acuto.

Poster n. 67

A.S. Montenero, A. Nobili, A. Spampinato, A. Natale, F. Bellocchi, G. Dibona, U. Manzoli, Cardiologia, Univ. Cattolica del Sacro Cuore-Roma. *Cattedra Card. Catania

Specificità della stimolazione ventricolare programmata (S.V.P.) in pazienti (P) senza evidenza clinica di aritmie ventricolari.

La S.V.P. si è dimostrata utile nella diagnosi e nella guida al trattamento farmacologico di P. con tachiaritmie ventricolari sostenute (T.V.S). Mentre la sensibilità della S.V.P. è ben definita, dubbi permangono sulla specificità della metodica, specie con protocollo aggressivo.

Scopo del nostro lavoro è stato quello di evidenziare la presenza di instabilità elettrica ventricolare (I.E.V.), definita come l'induzione di 10 R.V.R., mediante S.V.P. in un gruppo di pazienti non selezionati, senza episodi di T.V. documentate, sottoposti a studio elettrofisiologico (S.E.F.) per motivi vari; quindi abbiamo valutato la specificità della S.V.P. nei riguardi della induzione di T.V.

Abbiamo studiato 48 P. consecutivi 31 maschi e 17 femmine di età compresa tra i 20 ed 81 anni. La nostra popolazione era composta di: 5 P. con S.A.V. di grado 2° sintomatici, 5 P. con sospetta S.S.S., 2 P. con sospetta sindrome del seno carotideo, 4 P. con tachicardie parossistiche sopraventricolari documentate, 5 P. con blocchi bifascicolari sintomatici per lipotimie, 6 P. sclerodermici sintomatici per palpitazioni o lipotimie, 7 P. con episodi sincopali di N.d.d., 6 P. giovani con palpitazioni ed aritmie ventricolari documentate, 3 P. con sindrome da W.P.W., 5 P. con pregresso I.M.A. (Sup. a 2 mesi) senza aritmie ventricolari documentate. In tutti i P. è stata eseguita S.V.P. mediante erogazione di S2-S3-S4 su pacing ventricolare a 600 e 462 mSec. (al doppio del valore soglia) in apice ventricolare destro e nel tratto di efflusso sino al l'induzione di T.V. (10 R.V.R.) o al raggiungimento del periodo refrattario effettivo ventricolare. In base ai risultati ottenuti abbiamo suddiviso i P. in 3 gruppi: 1°) N. 37 P. Non ischemici senza T.V. documentate: in N. 2 P. induzione di T.V. N.S. polimorfa, 2°) N. 5 P. ischemici senza T.V. documentate: nessuna induzione, 3°) N. 6 P. Non ischemici con aritmie ventricolari documentate: nessuna induzione. I P. sono stati seguiti per un periodo medio di 8 mesi senza riscontro di alcun caso di morte improvvisa o sviluppo di T.V.S. Pertanto abbiamo ottenuto, nei riguardi della presenza di I.E.V. nella popolazione studiata, una specificità del 96%.

In conclusione in una popolazione non selezionata, sottoposta a S.E.F. per motivi differenti dalla presenza di T.V.S. documentate, la S.V.P., eseguita anche con protocollo discretamente aggressivo, presenta una elevata specificità.

Poster n. 66

A. Monopoli, L. Padeletti, A. Michelucci, T. Giovannini, G. Strazzulla, F. Franchi, Ist. Patologia Spec. Medica II (Clin. Med. III) Cattedra App. Cardiovascolare (Clin. Med. I) Università di Firenze. EFFETTO DELLA SONATOSTATINA SULLA DISPERSIONE DELLA REFRAATTARIETA' ATRIALE NELLE ARITMIE IPOCINETICHE SOPRAVENTRICOLARI.

La sonatostatina (S) sembra capace di interrompere le tachicardie sopraventricolari. Ben nota, del resto, è l'influenza della aumentata dispersione (D) della refrattarietà atriale nella genesi delle disaritmie atriali. Abbiamo pertanto ritenuto logico studiare l'effetto della somministrazione acuta di S sui periodi refrattari dell'atrio destro in alcuni pazienti affetti da aritmia ipocinetica sopraventricolare.

Lo studio è stato condotto in 10 pazienti (6M e 4F, di età media 54±12) che presentavano frequenti extrasistoli e/o periodi di tachicardia ripetitiva sopraventricolari.

Mediante stimolazione atriale programmata (PAS) (extrastimolo di intensità doppia rispetto al valore di soglia, indotto dopo 8 battiti guidati a frequenza 100/min) sono stati misurati il periodo refrattario effettivo (ERP) e quello funzionale (FRP) nella porzione alta, media e bassa della parete laterale dell'atrio destro. La valutazione elettrofisiologica è stata ripetuta e completata durante infusione e.v. continua di S (250 mcg in 20 min, facente seguito ad un bolo iniziale e.v. di 250 mcg in 2 min). L'analisi dei risultati è stata effettuata sulla scorta dei valori singoli, del valore medio (x) e della D della refrattarietà, quest'ultima misurata come differenza tra il più lungo ed il più corto ERP o FRP nei tre punti di rilevamento.

Nessuna differenza significativa tra prima (B) e dopo (A) farmaco è stata rilevata per quanto concerne la lunghezza del ciclo sinusale, il tempo di recupero corretto del nodo del seno ed i valori singoli di ERP e di FRP. Come indicato nella Tabella (media ± SD) si è notata invece una tendenza alla riduzione di x e di DERP e DFRP, che solo per la DFRP ha raggiunto significatività statistica.

| | | ERP | | FRP | |
|--------|------------|------------|-----------|------------|---|
| | | x | D | x | D |
| B msec | 248.6 ± 43 | 280.4 ± 41 | 65.5 ± 41 | 61.1 ± 43 | |
| A msec | 241.4 ± 38 | 270.0 ± 34 | 47.7 ± 48 | 37.7 ± 29* | |

* p < 0.05

I nostri dati suggeriscono, sebbene in via preliminare, che l'effetto antiaritmico della S potrebbe essere in parte ricondotto ad una minore dispersione della refrattarietà atriale, con particolare riguardo per quella funzionale. Tale risultato appare tuttavia di difficile interpretazione alla luce della ben nota influenza vagomimetica della S.

Poster n. 68

RIZZO U., MINAFRA F., FAVALE S., DI BIASE M., RIZZON P., CATTEDRA DI MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE UNIVERSITA' DI BARI.

TRATTAMENTO DELLE ARITMIE IPOCINETICHE SEVERE MEDIANTE STIMOLAZIONE TRANSESOFOGEEA NELLE EMERGENZE EMO-DIALITICHE.

L'impiego a scopo terapeutico della stimolazione atriale transesofagea (SAT) ha le stesse indicazioni della stimolazione atriale intracavitaria ma, poichè è scarsamente invasiva, ha il vantaggio di poter essere eseguita con estrema facilità. Scopo della presente nota è quello di riportare la nostra esperienza con la SAT in situazioni aritmiche di emergenza di natura ipocinetica insorte in pazienti in trattamento emodialitico cronico.

MATERIALE E METODO: 5 pazienti (2 di sesso maschile e 3 di sesso femminile), di età compresa tra 60 e 75 anni, sottoposti a trattamento emodialitico cronico trisettimanale per uremia terminale e che nel periodo interdialitico (2° giornata) hanno sviluppato aritmie ipocinetiche. Trattamenti di bradicardia sinusale marcata con blocchi seno-atriali e pause sinusali comprese tra 2000 e 4000 msec in tre casi e di arresto sinusale con ritmo di sostituzione a QRS largo e frequenza compresa tra 25 e 35/m' in 2 casi. I valori della kaliemia erano rispettivamente di 6,5 mEq/l, 7,2 mEq/l, 7,9 mEq/l, 8,5 mEq/l, 7,5 mEq/l. Due pazienti, inoltre, assumevano terapia digitale e antiaritmica con Propafenone. In tutti i pazienti veniva posizionato in emergenza un catetere elettrodo bipolare in esofago distale collegato ad uno stimolatore Tipo FCSTEL-ESOPROGRAM 30.

RISULTATI: la stimolazione transesofagea eseguita a frequenze comprese tra 50 e 70 b/m', con durata dello stimolo di 10 msec. e intensità compresa tra 15 e 30 mVolts permetteva una cattura atriale stabile in tutti i pazienti. Essa veniva mantenuta per un periodo di 4 - 6 ore durante il quale i pazienti erano sottoposti a trattamento dialitico e comunque fino alla ricomparsa di un ritmo sinusale spontaneo condotto normalmente ai ventricoli. La stimolazione era ben tollerata anche se eseguita per un periodo di tempo così prolungato.

CONCLUSIONI: la SAT rappresenta una metodica affidabile e facilmente eseguibile nel trattamento delle emergenze ipocinetiche da deficit di formazione degli impulsi nei pazienti in dialisi periodica, essa può quindi essere consigliata come metodica di primo intervento in questo tipo di pazienti.