



IV CONGRESSO NAZIONALE

**DELL' ASSOCIAZIONE NAZIONALE
CARDIOLOGI EXTRAOSPEDALIERI**

COMUNICAZIONI

EDIZIONI SICEX s.r.l.

Supplemento al Notiziario ANCE N° 2/94

Capri, 6-9 ottobre 1994
Grand Hotel Quisisana

RAPPORTO COSTO-BENEFICIO DELL'OFTALMOSCOPIA NEL FENOMENO DA CAMICE BIANCO.

Monizzi D., Paluccio G.F., Taverniti R., Milano A., Longo A., Grilletta G., Mazziotti G., Capparelli R., Chiappetta P.*, Vivona P.*
Cardiologia Ambulatoriale USL n° 5 CROTONE. *USL n° 4 COSENZA.

C'è disaccordo sul significato e sulle implicazioni prognostiche del fenomeno da camice bianco(WCE).Un esame utile ai fini di studiare le alterazioni degli organi bersaglio nell'ipertensione arteriosa anche da camice bianco,considerando il rapporto costo-beneficio,può essere considerato il Fondo Oculare(FO)che presenta il vantaggio di poter essere effettuato nell'ambito della stessa visita medica e,quindi,di avere un costo molto limitato.

SCOPI:Abbiamo valutato la relazione tra monitoraggio ambulatoriale(ABP)e positività del FO(stadio II° OMS)in pazienti(pz.)risultati ipertesi alla misurazione casuale nell'ambulatorio del medico. Abbiamo,inoltre,misurato il WCE definito come la differenza tra pressione casuale(pc)e la media dei valori misurati durante le ore del giorno all'ABP.

METODI:14 pz.,9 maschi e 5 femmine,di età compresa tra 24-55 anni (media 43 aa.)venivano sottoposti a misurazione della pc(3 mis./10').L'ABP è stato effettuato con il pressurometro ICR SPACELABS 90209.Il FO è stato rilevato direttamente dallo stesso operatore. Le correlazioni sono state eseguite con il coefficiente di Pearson

RISULTATI:Il coefficiente di correlazione è risultato $r=0.61$ per la diastolica delle ore diurne; $r=0.41$ per la sistolica delle stesse ore.Per la sistolica delle 24 ore $r=0.38$;per la diastolica delle stesse ore $r=0.58$.Per quanto riguarda la pressione casuale il coefficiente è risultato $r=0.28$ ed $r=0.20$ rispettivamente per la pressione sistolica e diastolica.Il WCE è risultato maggiormente presente nei pz. senza danno d'organo al FO e ABP normale.

CONCLUSIONI:1)Sebbene il numero dei pz. non sia rilevante è comunque confermata la significativa correlazione tra il valore della pressione diastolica all'ABP e il danno d'organo.2)Considerando il rapporto costo-beneficio il FO può essere utile per screening di massa in popolazioni risultate ipertese alla misurazione casuale che devono essere trattate farmacologicamente e/o non essere "ipertrattate".3)Il WCE non avrebbe influenza sulle alterazioni vasali.

CIRO' STUDY: VALUTAZIONE DELLA FIBRINOGENEMIA IN UNA POPOLAZIONE CALABRESE

F. Perticone, C. Cloro, G. Aloisio*, D. Monizzi*, R. Maio, P.L. Mattioli

Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica e Centro per lo Studio delle Malattie Dismetaboliche e dell'Aterosclerosi in Catanzaro, Università di Reggio Calabria. *Day-Hospital Cirò Marina, USSL 5 Crotona.

Da tempo l'iperfibrinogenemia viene considerata fattore di rischio indipendente nella genesi della patologia ischemica cardiovascolare. Tuttavia, le segnalazioni della letteratura relative alla epidemiologia di tale parametro risultano essere tuttora limitate. Nell'ambito di uno studio epidemiologico longitudinale, iniziato fin dal luglio 1992 nella popolazione di Cirò Marina, un centro della costa ionica calabrese, di età compresa tra 20 e 59 anni, tra i vari parametri laboratoristici investigati vi è anche la fibrinogenemia, determinata secondo il metodo di Clauss. I dati della fibrinogenemia (mg/dl) relativi a 1430 soggetti (pari al 18.7% del campione in esame), suddivisi per sesso, decade di età e percentili (P), sono riportati in tabella.

| | 5° P | 10° P | 20° P | 50° P | 60° P | 80° P | 90° P | 95° P | Media±DS |
|--------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|
| **M 20-29 n=233 | 190 | 200 | 230 | 280 | 290 | 310 | 320 | 330 | 276±47 |
| *M 30-39 n=199 | 185 | 190 | 211 | 260 | 268 | 306 | 320 | 330 | 274±49 |
| **M 40-49 n=173 | 200 | 220 | 250 | 280 | 300 | 320 | 340 | 350 | 282±49 |
| §M 50-59 n=119 | 180 | 186 | 200 | 265 | 280 | 295 | 305 | 340 | 274±55 |
| | | | | | | | | | |
| **F 20-29 n=253 | 180 | 186 | 195 | 220 | 250 | 260 | 280 | 285 | 243±45 |
| *F 30-39 n=191 | 185 | 190 | 195 | 220 | 250 | 280 | 300 | 310 | 248±53 |
| **F 40-49 n=149 | 190 | 195 | 200 | 250 | 260 | 295 | 310 | 340 | 252±50 |
| §F 50-59 n=113 | 180 | 190 | 200 | 250 | 280 | 310 | 330 | 335 | 260±60 |

= p<0.005; *= p<0.00001; §= NS.

Contrariamente a quanto riportato da altri Autori, i nostri dati mostrano che la fibrinogenemia risulta essere più elevata nel sesso maschile. I maschi raggiungono il valore considerato a rischio (300 mg/dl) tra il 60° e l'80° percentile; tale limite viene raggiunto dalle femmine tra l'80° e il 90° percentile. L'analisi della varianza non mostra alcuna differenza significativa nel gruppo dei maschi e delle femmine. Al contrario, il confronto tra maschi e femmine per le prime tre decadi di età risulta altamente significativo; nessuna significatività è stata documentata nella quarta decade in esame. Probabilmente, il comportamento della fibrinogenemia nella nostra popolazione è da attribuire ad una scarsa diffusione del fumo di sigaretta e dell'impiego di estroprogestinici nel sesso femminile.