

Caso Clinico

Maschio, 67 anni, fuma 30 sigarette al giorno dai 13 anni, ha familiarità per malattie c.v. (definita solo quando un parente stretto muore per cause c.v. < 45-50 anni).

Anamnesi patologica remota: Ipertensione che cura con Amlodipina (2,5 mg), diagnosi di trombocitemia da 20 anni in trattamento. Pregressa nefrectomia sx per neoplasia dell'uretere.

Anamnesi patologica prossima: Da 9 mesi ha intenso malessere con palpitazioni. Va in PS dove scoprono una FA, risolta con cardioversione farmacologica.

Nota di Dio Sasso: La FA è l'evento aritmico più frequente negli anziani a causa del loro rimodellamento cardiaco (fibrotico), inoltre gli anziani spesso sono ipertesi e questo facilita l'ingrandimento atriale che è la base fisiopatologica della FA. [N.B. Accenna al trattamento della FA ma la lezione di Durante è molto più esaustiva]

Successivamente ha insorgenza in più occasioni di dolore gravativo nella parte anteriore alta del torace e che si irradia ad entrambe le spalle, che dura 2- 3 min, associato a sforzi di lieve entità (es. Spostando libri o dopo aver fatto 2 rampe di scale), accompagnato a palpitazioni ed affanno, ma non a sudorazione e che si risolve spontaneamente con il riposo.

Nota di Dio Sasso: Il dolore toracico, se di origine cardiaco, va distinto in dolore ischemico e dolore pericardico: il primo non è modificato né dalla posizione né dagli atti respiratori, il secondo al contrario è modificato da entrambi e spesso e volentieri si irradia ad entrambe le spalle (come succede anche nella dissecazione aortica).

Ha, inoltre, dolore ai polpacci insorgente dopo 100-150 metri di cammino e risolvendosi col riposo. Al momento del ricovero praticava tale terapia farmacologica:

½ cpr di Amlodipina 5 mg (talmente poco che è quasi effetto placebo), ¼ cpr di Amiodarone 200 mg, 1 cpr di Pipobromano ed 1 cpr di Dipiridamolo (per la trombocitemia), ¼ cpr di Atenololo 50 mg

E.O:

PA 140/70, FC 62 bpm, peso 90,4 kg, BMI 31,7, circonferenza vita 112 cm. Torace: rumori secchi su tutto l'ambito per il fumo

Cuore: Toni parafonici (un po' ovattati)

Polsi: Iposfigmici sulle arterie tibiali e pedie. L'iposfigmia può sovrastimare una patologia, nel senso che molti hanno iposfigmia pur non avendo niente.

Addome: Fegato con cupola al II spazio intercostale e 2 cm debordante durante l'inspirazione (quindi un po' grande). La milza è normale (cioè polo superiore al IX spazio intercostale e polo inferiore appena apprezzabile all'inspirazione).

Murphy negativo, Giordano negativo, punti ureterali negativi.

Esami di laboratorio: Non trovo la foto della slide ma il pz è HCV +, è in pre-diabete, ha i TG alti, ha MCV alto ed ha HDL basse.

Esami strumentali:

ECG: ritmo sinusale, Emiblocco anteriore sx

Nota di Dio Sasso: La diagnosi di emiblocco anteriore sinistro:

- Deviazione assiale sx (quando l'asse supera i -30 si può fare diagnosi, si può vedere con una R molto profonda)
- In V5 e V6 il QR sarà più ampio

L'emiblocco anteriore sinistro spesso esprime una condizione ischemica (il blocco di branca sx la esprime quasi sempre), poichè il miocardio di lavoro a sinistra è più sensibile all'ipossia (perchè sottoposto a pressioni più elevate).

N.B. Nel pz con Blocco di branca sx non si può fare la prova da sforzo perchè ha dei disturbi di ripolarizzazione che potrebbero coprire i segni di ischemia, quindi si preferisce una scintigrafia.

Holter: Ipertensione sistolica isolata.

ECG Holter: negativo.

Ecocardio: cardiopatia ipertensiva con funzione di pompa normale, pattern mitralico pseudonormale.

Ecocolordoppler TSA: ha inspessimento neointimali di grado lieve-moderato e segni di fibrosi parietale a carico di tutti i segmenti esplorati in assenza di lesioni aggettanti nel lume emodinamicamente significative.

Ecocolordoppler arti inferiori: a sx si ha ostruzione completa dell'arteria femorale superficiale del tratto prossimale con scarsa riabilitazione distale.

Nota di Dio Sasso: Quando abbiamo una stenosi vasale non è tanto importante il grado di stenosi ma il tipo di placca (stabile/instabile). Al doppler va visto anche il grado di collateralizzazione di una stenosi.

Rx torace: diffusa accentuazione del disegno polmonare per il fumo

Eco addome: fegato aumentato di volume ed ecostruttura bright (steatosi), milza lievemente aumentata di volume

Spirometria: ostruzione lieve-moderata

Scintigrafia miocardio dopo somministrazione di tracciante all'acme dello stress al lettoergometro (pz supino che pedala) ed a riposo: quadro di ischemia indotta da stress in sede inferiore, posteriore ed infero-settale. Verosimilmente

compatibile con stenosi significativa di coronaria dx (verosimilmente dominante) su pz con indici volumetrici e funzionali del VS (?).

Nota di Dio Sasso: I risultati della scintigrafia possono essere:

- Non perfonde sotto sforzo, non perfonde a riposo Necrosi, infarto
- Non perfonde sotto sforzo, perfonde a riposo Ischemia da stress
- Non perfonde sotto sforzo, perfonde parzialmente a riposo Infarto circondato da zona ischemica. Questo è un pz molto importante da trattare, immediatamente bisogna fare una coronarografia diagnostico-terapeutica

Informazioni random fornite da Dio Sasso

- L'ischemia causata da una transitoria riduzione del lume coronarico è seguita da un aumento del flusso al di sopra dei valori di base (ciò è definito iperemia reattiva). Questo fenomeno è dovuto all'accumulo di metaboliti vasoattivi come l'adenosina. La differenza tra il flusso coronarico basale e quello di picco durante l'iperemia reattiva rappresenta la **riserva di flusso coronarico**. Il concetto di riserva coronarica definita come rapporto tra il flusso massimo ed il flusso a riposo è una misura delle resistenze coronariche (v.n. >3.5 il flusso di base). Resistenze anomali possono essere causate da stenosi o disordini microcircolatori.
- La prima causa di scompenso nell'adulto sono le miocarditi (anche nella popolazione pediatrica). La miocardite spesso da un quadro di overlap con la cardiopatia ischemica, ma a differenza di questa, qui le coronarie saranno intatte. Tuttavia per la diagnosi di certezza ci vorrebbero 18-24 biopsie RM-guidate che compiano i criteri di Los Angeles.
- Quando si blocca l'IVA si ha un infarto settale profondo (o infarto ad H perchè prende la parete anteriore, il setto e la parete posteriore), qui la R non cresce da V1 a V4 per mancanza di miocardio vitale. Perchè l'onda R parte dal setto dove è un'onda isoelettrica difasica (cioè con la stessa altezza sia sopra che sotto l'asse) e poi andando da V1 a V4 dovrebbe crescere perchè si sposta dal setto al ventricolo.
- Negli infarti dx si modificano D2, aVF e D3 (potrei aver sbagliato)

Scusate il disordine ma lui nei suoi deliri è veramente complesso da seguire, perchè ha un ordine che non sta nè in cielo nè in terra.

Baci

Bevila

Scaric
ato da
www.
sunho
pe.it