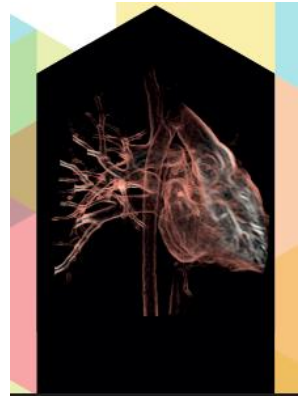


VI CORSO GUCH - TORINO, 3 DICEMBRE 2022



Un caso clinico di PDA in paziente adulto

Dott.sa A. CHINAGLIA

Dott.sa A. LUCIANO

Dott. E. RAVETTI

S.C.D.O. Cardiologia, Azienda Ospedaliera-Universitaria San Luigi Gonzaga, Orbassano

S.C Cardiologia Pediatrica – Centro GUCH presso Molinette. Dipartimento cardiovascolare e toracico

"Città della Salute e della Scienza", Torino



PRESENTAZIONE DEL CASO



M. B., donna caucasica di 49 anni

Fattori di rischio cardiovascolari: ex fumatrice, non familiarità per cardiopatia o SCD

Granulomatosi con poliangioite sieronegativa nota dal 2012 in terapia cronica con prednisone (perforazione setto nasale, sinusite cronica, IRC moderata in monorene funzionale, artralgie).

Pregressa trombosi arteria iliaca esterna destra, trattata chirurgicamente.

Anamnesi cardiologica

- Insufficienza mitralica lieve-moderata nota dal 1999 in follow-up ecocardiografico
- 2012 prima evidenza di shunt sin-dx compatibile con dotto di arterioso pervio in paziente asintomatica → conferma a RM cardiaca, al RHC shunt trascurabile
- 2016 RM cardiaca di controllo: FEVS 47%, EDV 181 ml (100 ml/mq), FEVD 50% senza dilatazione
- Giugno 2019 Ecocardio TT : VS dilatato (EDV 160 ml, 94 ml/mq) con FE 67%, AS dilatato (45 ml/mq), insufficienza mitralica lieve-moderata, dotto arterioso con shunt sin-dx di entità lieve-moderata con flusso sisto-diastolico. PAPs 25 mmHg
- Da dicembre 2020 sintomatica per cardiopalmo → all'Holter ECG assente FA, una TVNS di 8 battiti.
→ Avviato bisoprololo 1.25 mg



COME AVRESTE GESTITO LA PAZIENTE?

1. FOLLOW UP CLINICO-STRUMENTALE
2. TRATTAMENTO INTERVENTISTICO PERCUTANEO
3. TRATTAMENTO INTERVENTISTICO CHIRURGICO

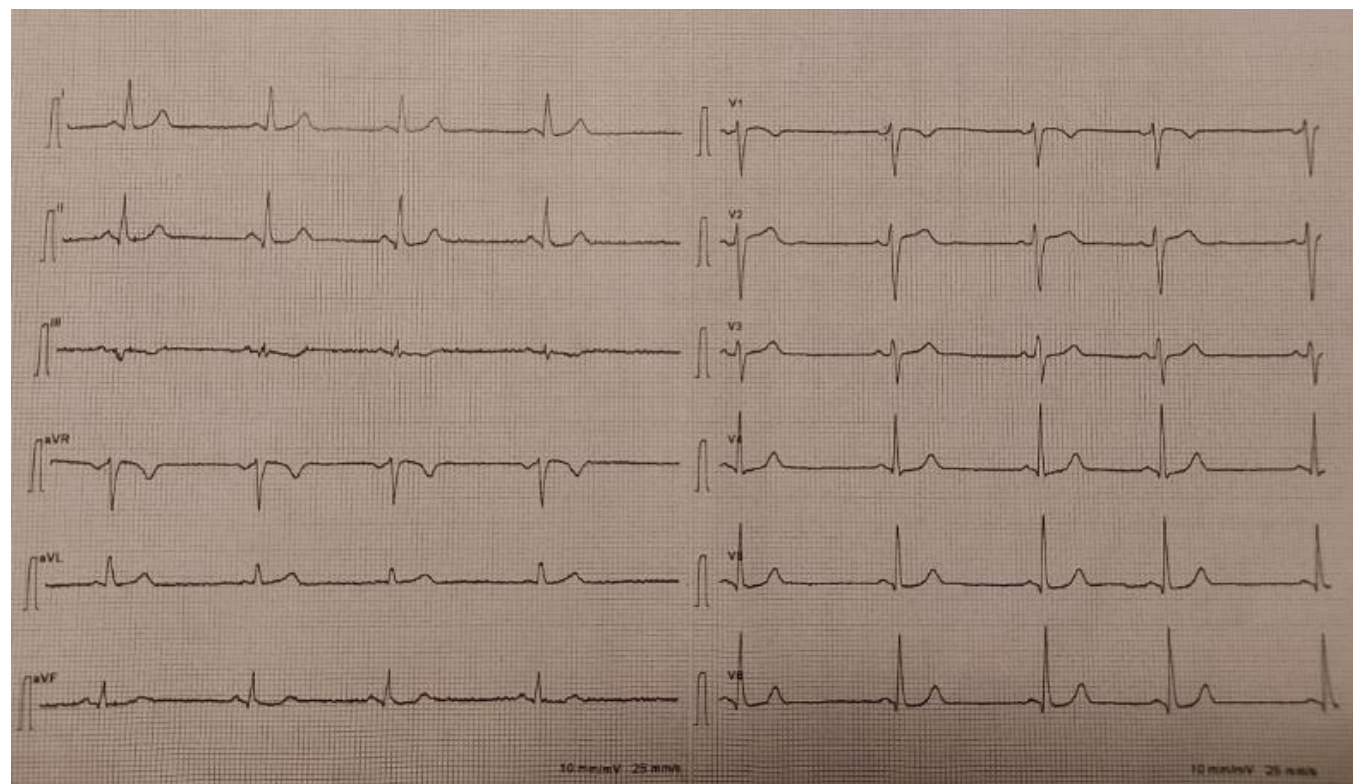
- Aprile 2022 visita cardiologica c/o ambulatorio H San Luigi :

Da gennaio 2022 peggioramento della capacità funzionale, NYHA I -> II.

EO: Soffio continuo sottoclaveare sinistro 1/6. Killip 1. Lievi edemi declivi.

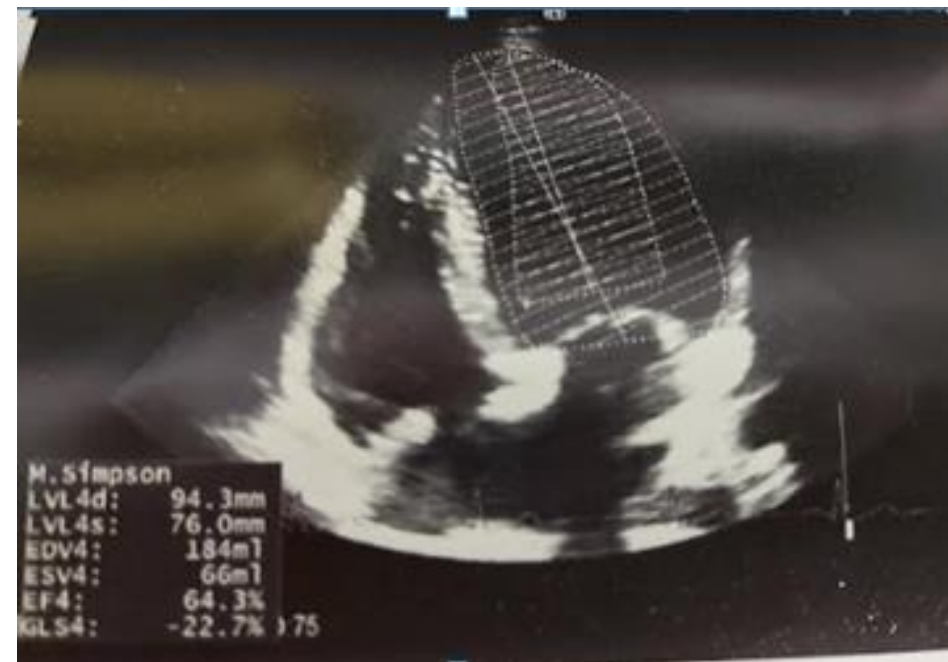
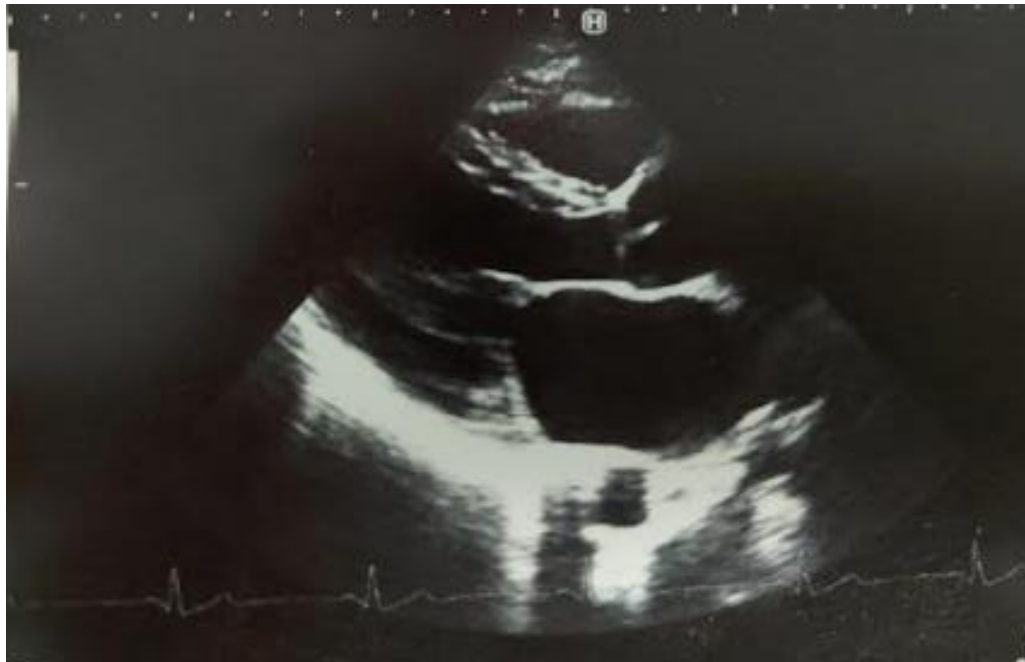
Ematochimici: Hb 11.2 g/dl, creatinina 1.2 mg/dl, GFR 51 , funzione epatica nella norma

Rx torace: lieve incremento dell'ombra cardiaca, non lesioni pleuro-parenchimali

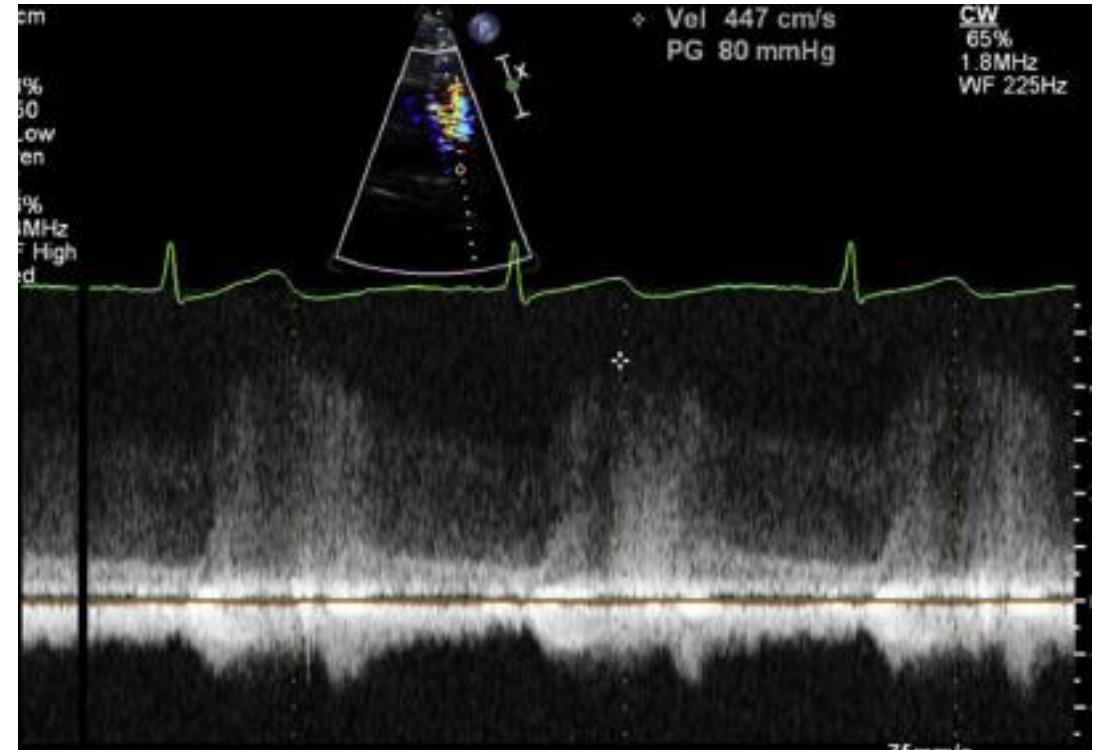
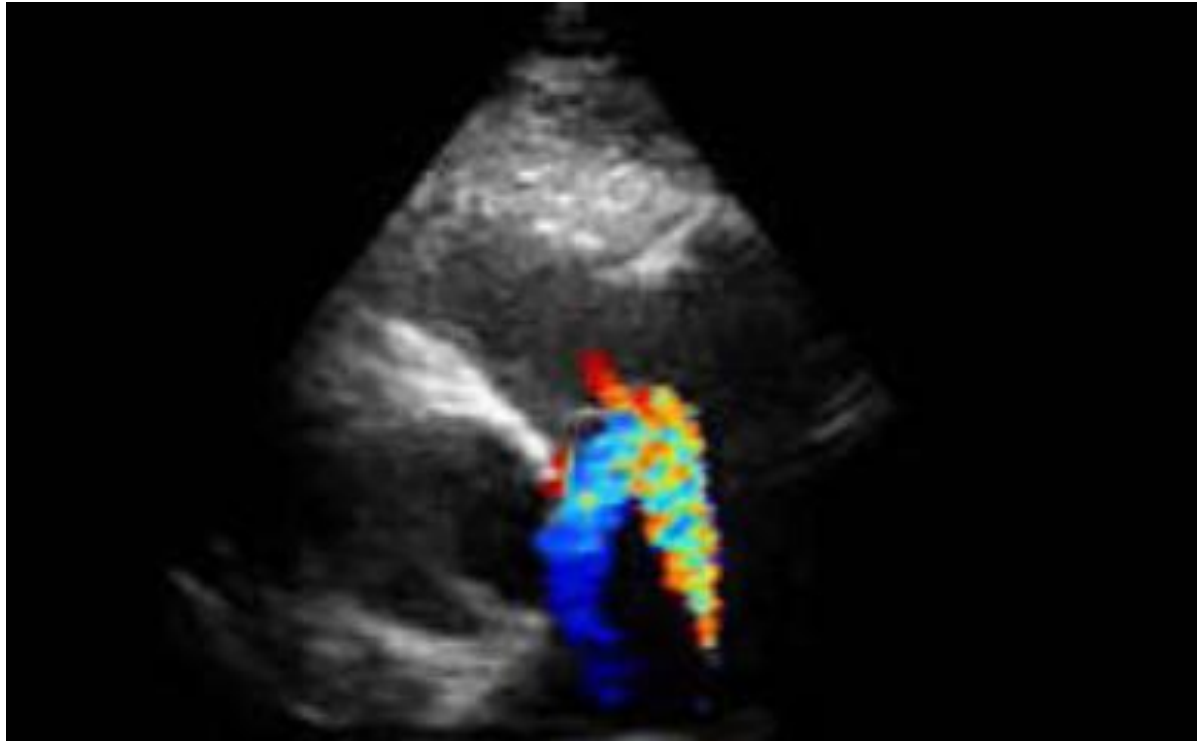


- Aprile 2022 Ecocardio TT :

Ventricolo sinistro dilatato (EDV 184 ml, 102 ml/mq) con FE 65%, Atrio sinistro dilatato (64 ml/mq), IM moderata, dotto arterioso con shunt sin-dx moderato (flusso sistodiastolico, diametro colletto 5 mm, rapporto tra diametro AP atrio sinistro e radice aorta: 1,6).



- Aprile 2022 Ecocardio TT :



Giugno 2022: ricovero c/o Cardiologia H Molinette per chiusura percutanea PDA

All'angiografia dotto conico (tipo A), ampolla aortica 10 mm, diametro minimo sul versante polmonare 6 mm

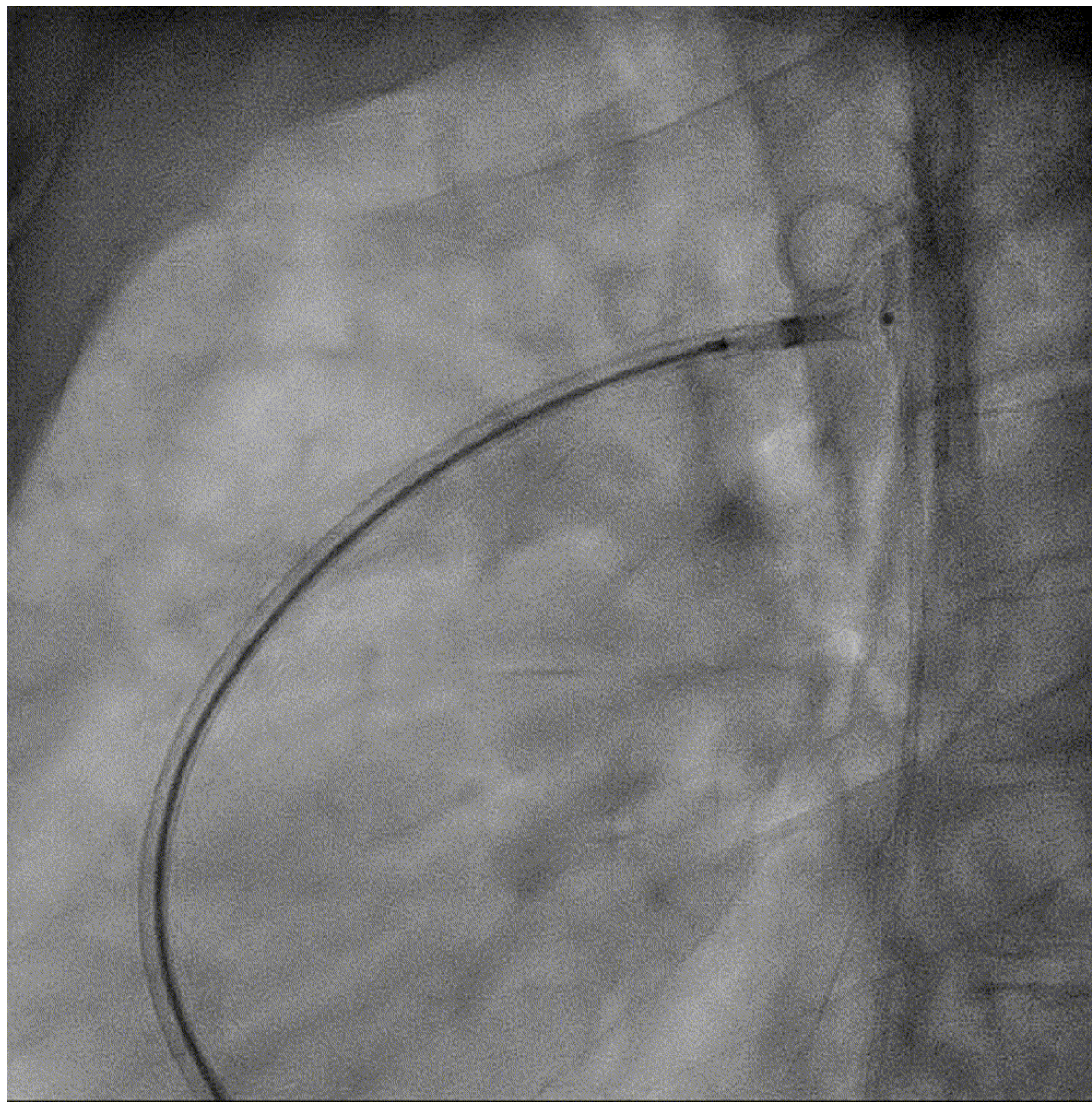
Chiusura con protesi Amplatzer Duct Occluder 1 10-8 mm



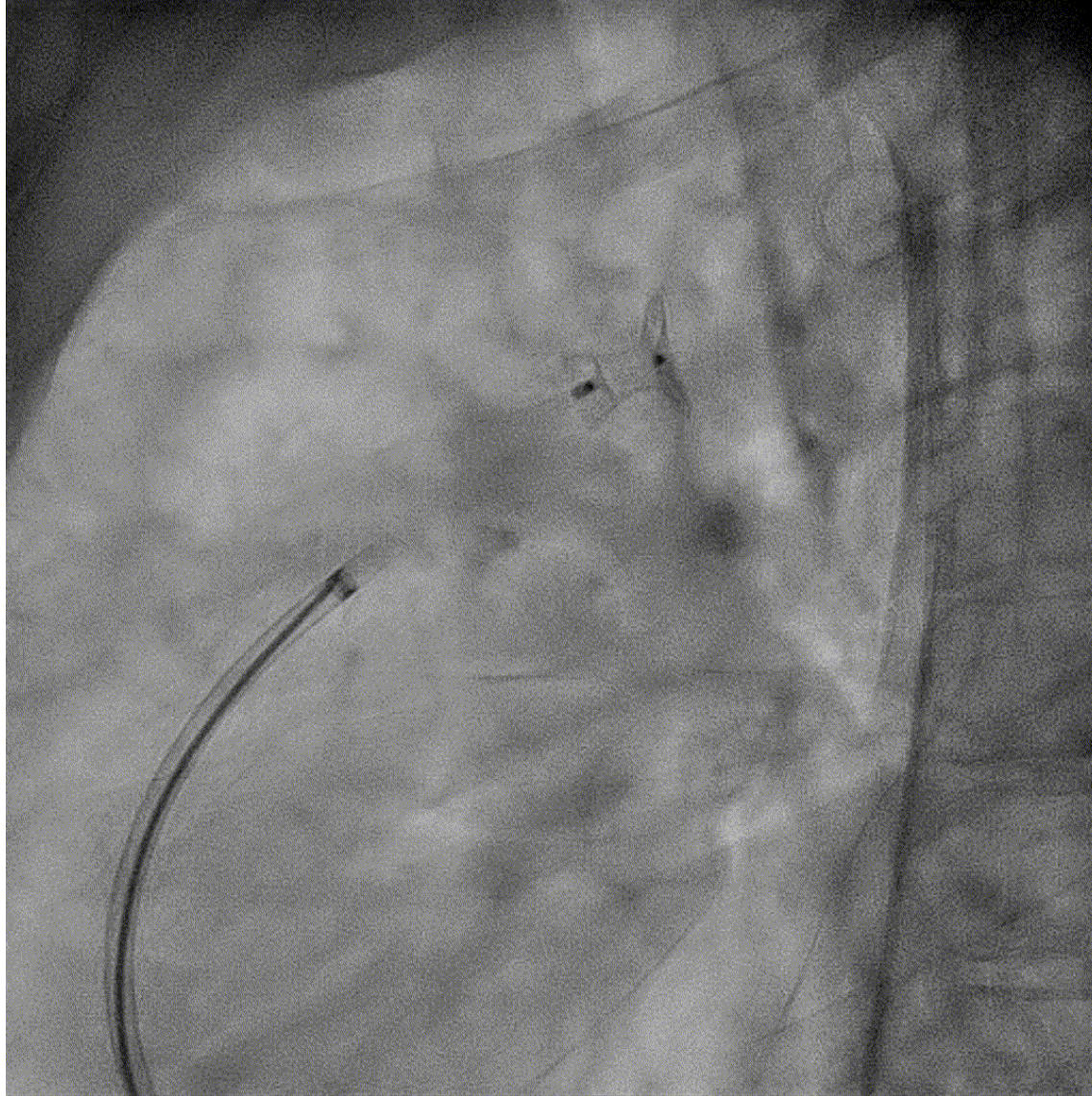
Cateterismo pre-chiusura: RA 6 mmHg, RV 39/0/8 mmHg, PA 39/20/29 mmHg, Ao 170/79/115 mmHg

Cateterismo post-chiusura: RA 2 mmHg, RV 28/0/5 mmHg, PA 28/7/12 mmHg, PCW 8 mmHg, Ao 190/90/127 mmHg, CI 4.2 L/min/mq, CO 7.4 L/min, PVRi 1 UW/mq

Giugno 2022: ricovero c/o Cardiologia H Molinette per chiusura percutanea PDA



Giugno 2022: ricovero c/o Cardiologia H Molinette per chiusura percutanea PDA



Minimo shunt intraprotetico al controllo angiografico post-rilascio

**All'ecocardio TT pre-dimissione:
protesi normoposizionata, non evidenza
di shunt residuo al color doppler**

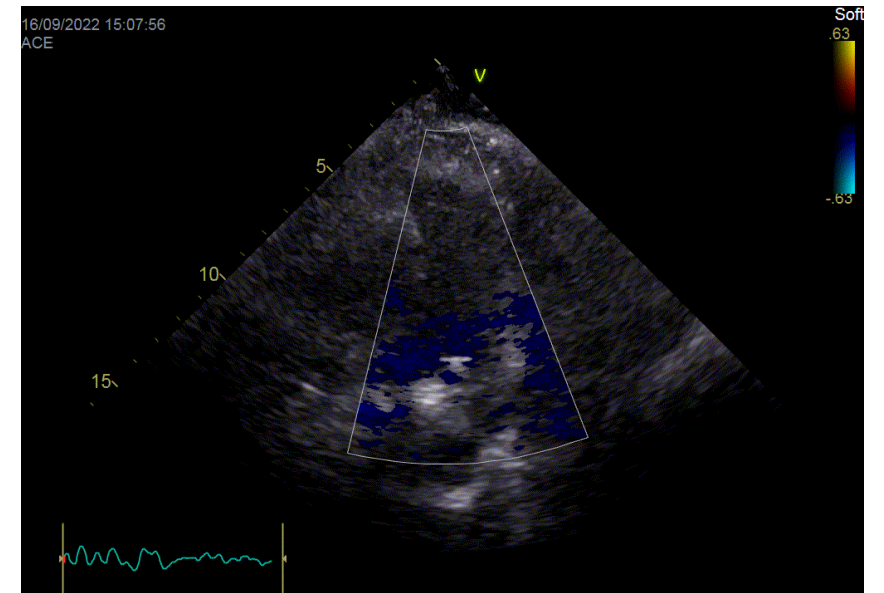
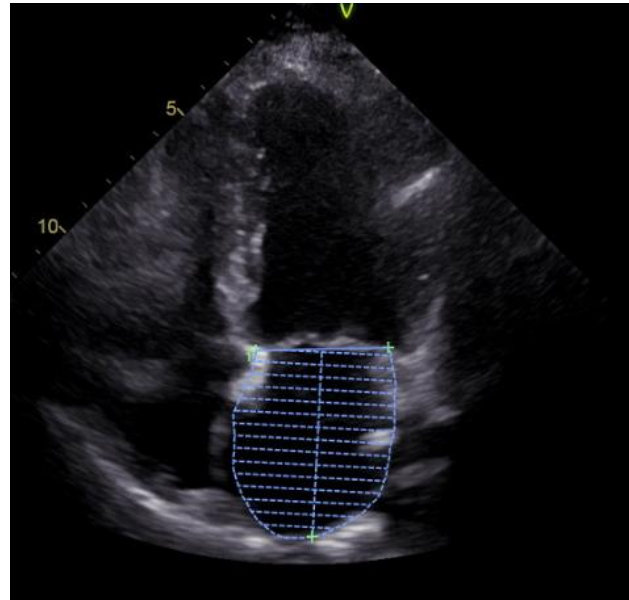
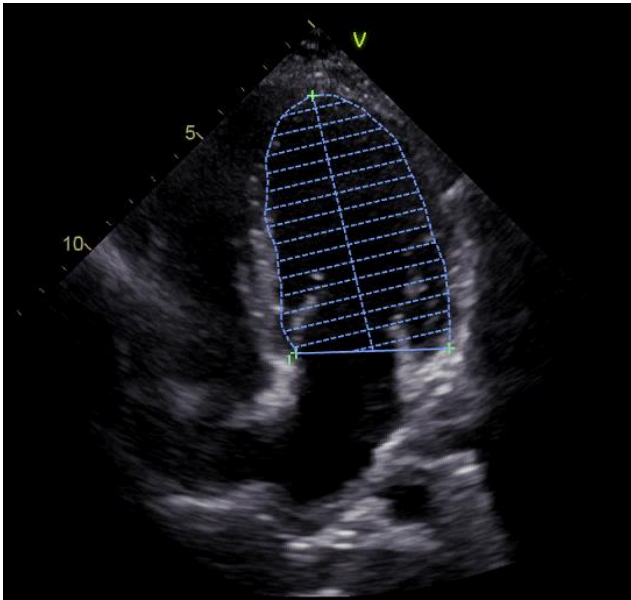
Follow up

- Settembre 2022 visita cardiologica ed ecocardiogramma c/o H San Luigi:

NYHA I. Ottimo compenso emodinamico.

Miglioramento della qualità di vita (la paziente si è resa conto di aver sottostimato i sintomi)

All'ecocardio TT : netta riduzione delle dimensioni del ventricolo sinistro (EDV 132 ml, 76ml/mq) e dell'atrio sinistro (47 ml/mq), assente shunt residuo. FE 62%. IM lieve-moderata.



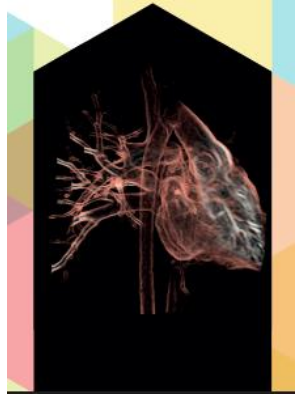
- Novembre 2022 controllo c/o Ambulatorio GUCH OIRM: ottimo esito di chiusura percutanea di PDA. Dati ecocardiografici sovrapponibili a settembre 2022.

2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease

Recommendations for intervention in patent ductus arteriosus

Recommendations	Class ^a	Level ^b
In patients with evidence of LV volume overload ^c and no PAH (no non-invasive signs of PAP elevation or invasive confirmation of PVR <3 WU in case of such signs), PDA closure is recommended regardless of symptoms.	I	C
Device closure is recommended as the method of choice when technically suitable.	I	C
In patients who have developed PAH with PVR 3–5 WU, PDA closure should be considered when there is still significant L–R shunt (Qp:Qs >1.5).	IIa	C
In patients who have developed PAH with PVR ≥5 WU, PDA closure may be considered when there is still significant L–R shunt (Qp:Qs >1.5) but careful individual decision in expert centres is required.	IIb	C
PDA closure is not recommended in patients with Eisenmenger physiology and patients with lower limb desaturation on exercise. ^d	III	C

VI CORSO GUCH - TORINO, 3 DICEMBRE 2022



Il dotto arterioso NON si segue.....il dotto arterioso si chiude!

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



2020 ESC Guidelines for the management of adult congenital heart disease

