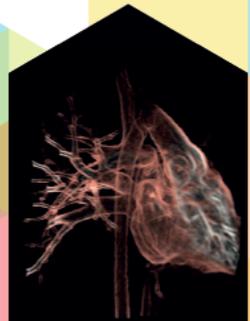


VI CORSO GUCH

Il paziente adulto con cardiopatia congenita

TORINO
03 DICEMBRE 2022

NH TORINO CENTRO



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Un caso di scompenso destro

Dott. Michele Capriolo

Cardiologia Ospedale di Ciriè

Uomo di 77 anni

FRC: ipertensione arteriosa, diabete mellito, dislipidemia

ECG: BBDx

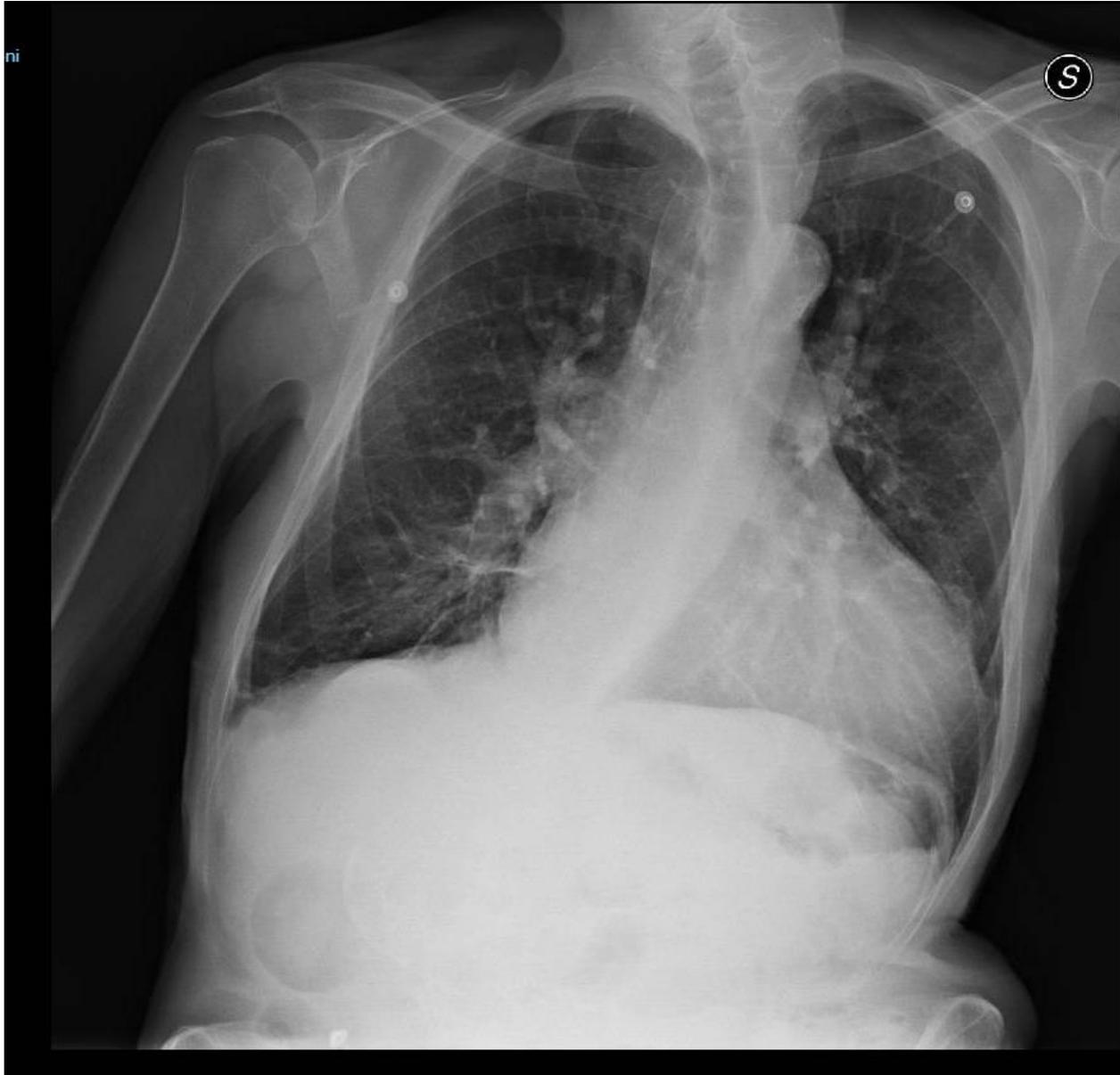
Ecocardiogramma settembre 2018: VSx con ipertrofia concentrica, FE 50%, cavità destre dilatate. PAPs 45 mmHg.

Ecocardiogramma settembre 2019: VSx non dilatato, FE 55%, VDx lievemente dilatato normocontrattile. PAPs 32 mmHg

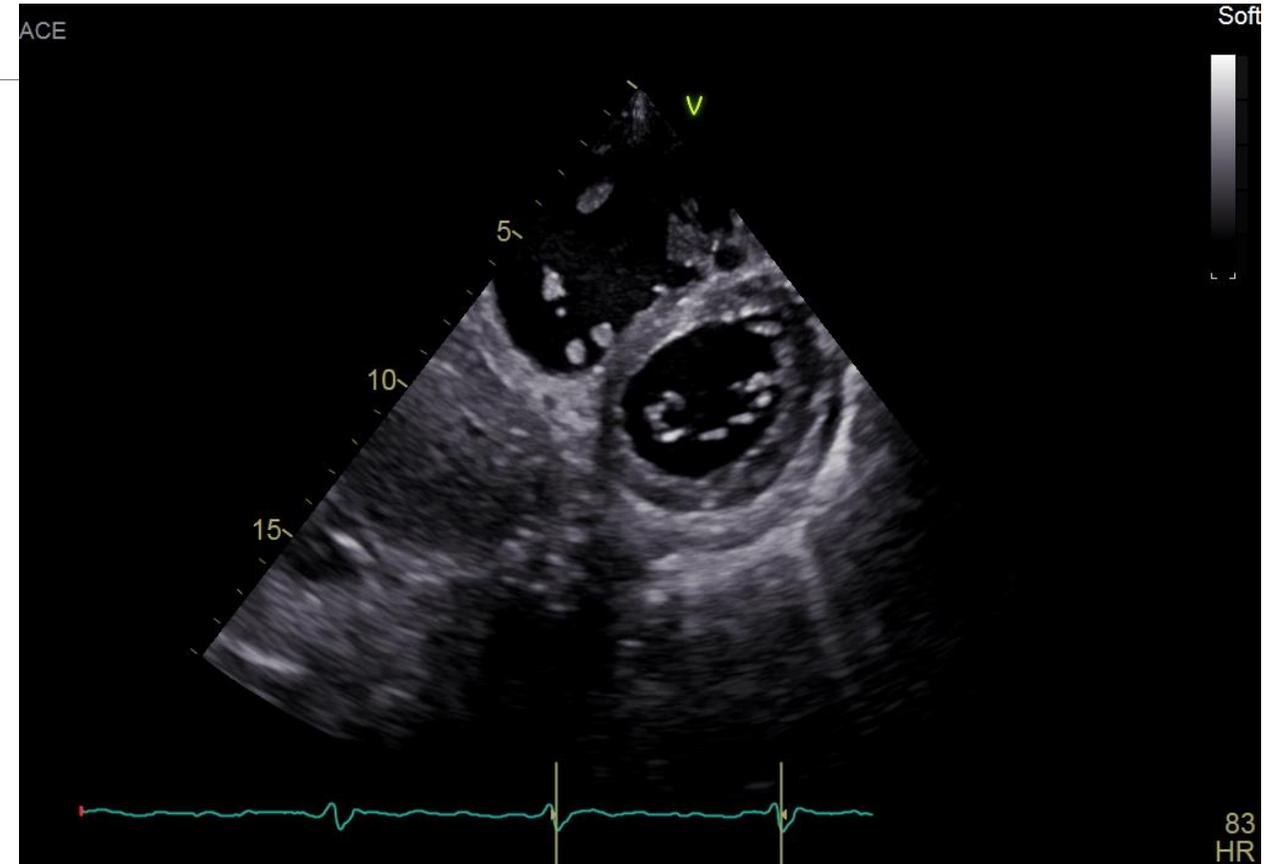
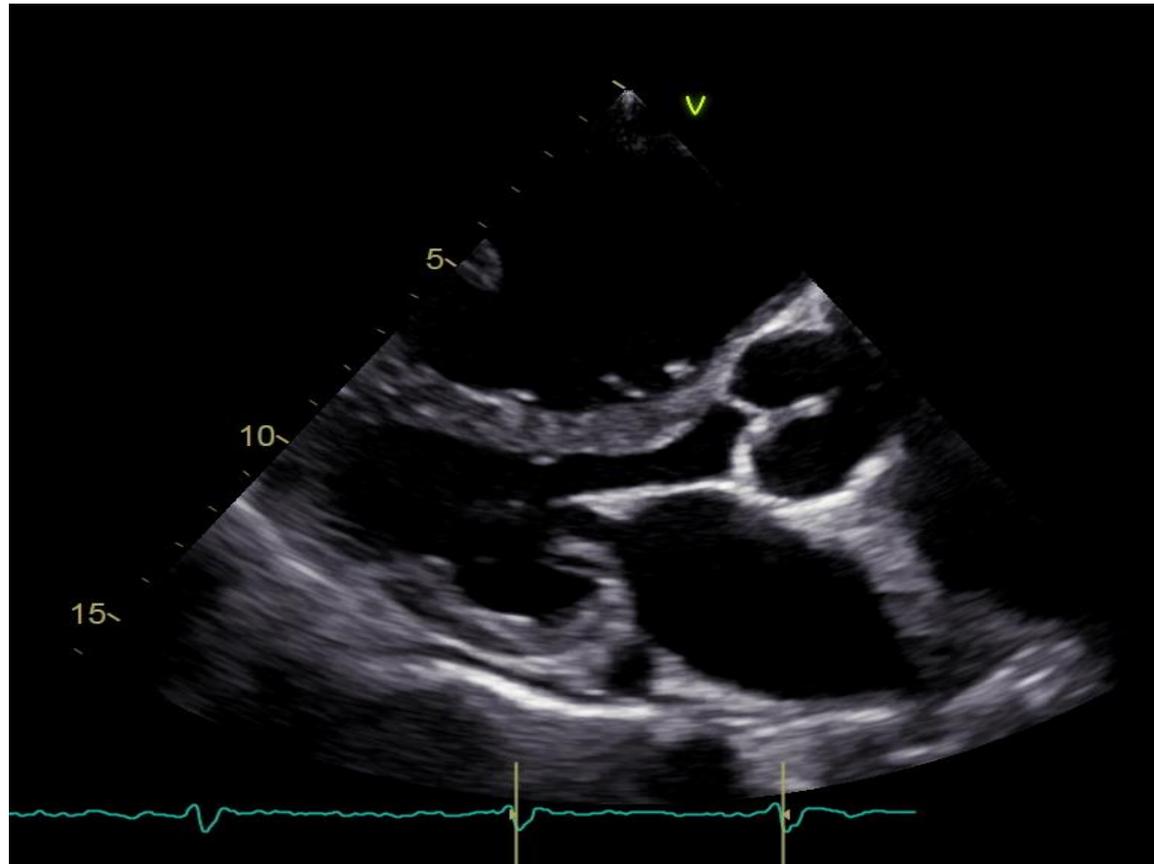
Ter. in atto: Lercanidipina 5 mg, Zofenopril/Idroclorotiazide 30/12,5 mg, Pravastatina 20 mg, Cardioaspirin 100 mg, Saxagliptin 5 mg, Gliclazide 60 mg.

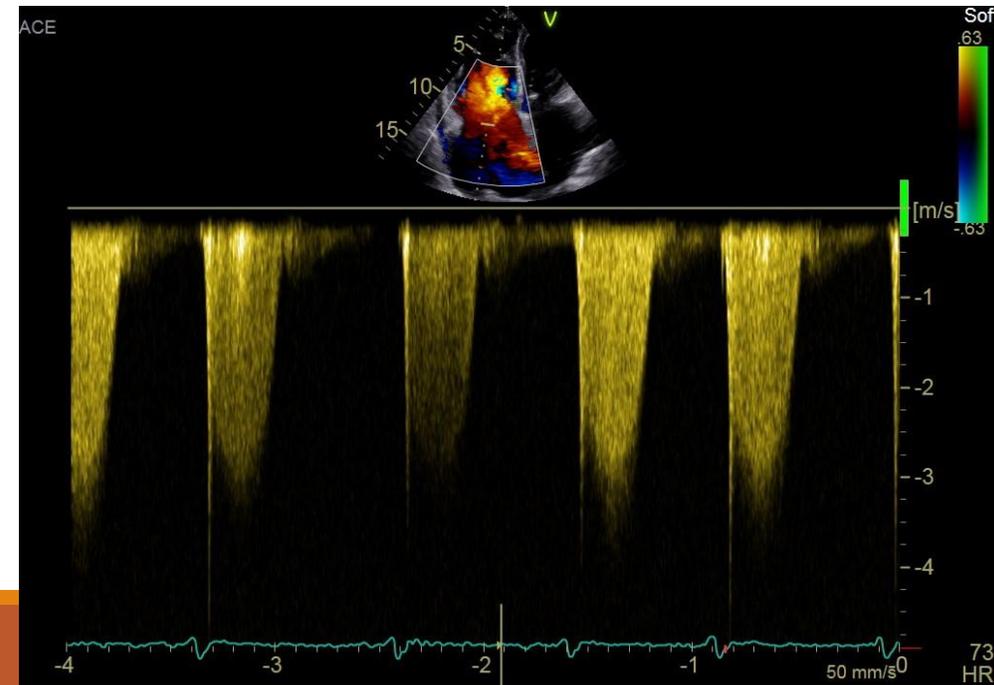
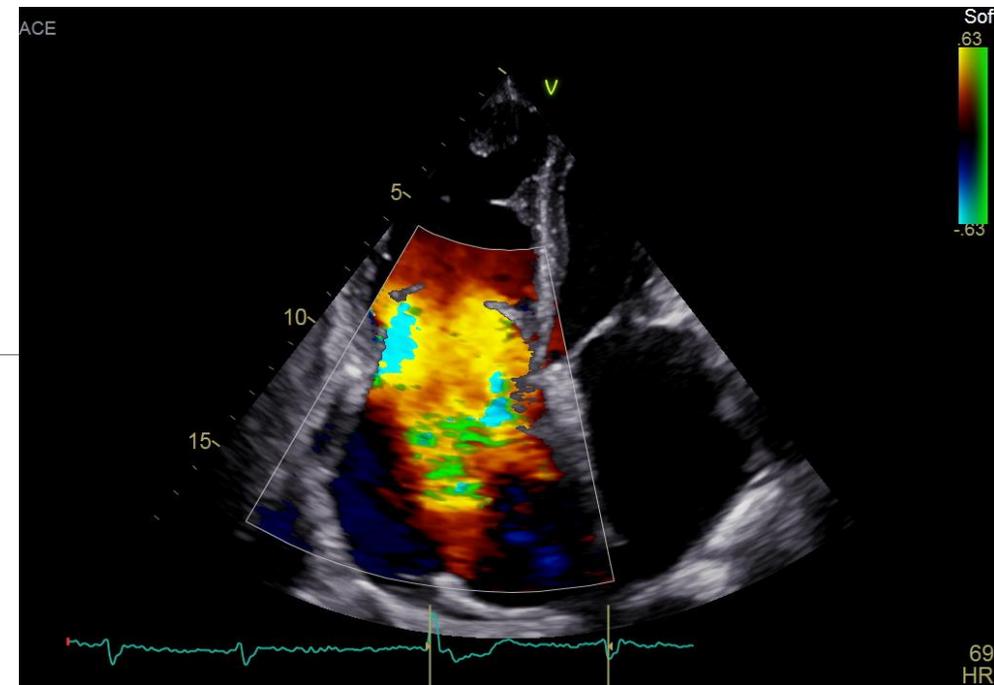
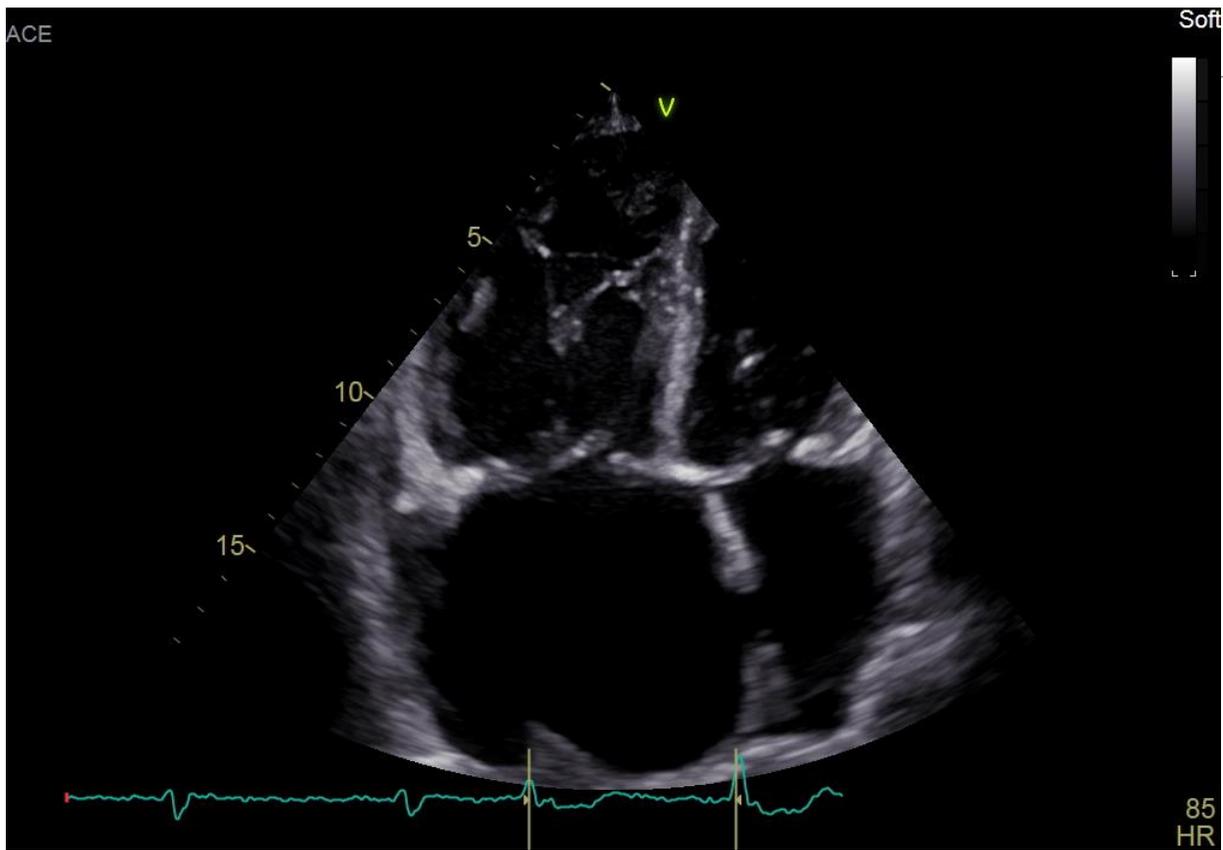
Da settembre 2021 comparsa di dolore toracico e dispnea da sforzo. Alla visita lieve congestione. Ad ECG BBDx, T negative in laterale. Posta indicazione a ricovero per coronarografia.

Rx torace

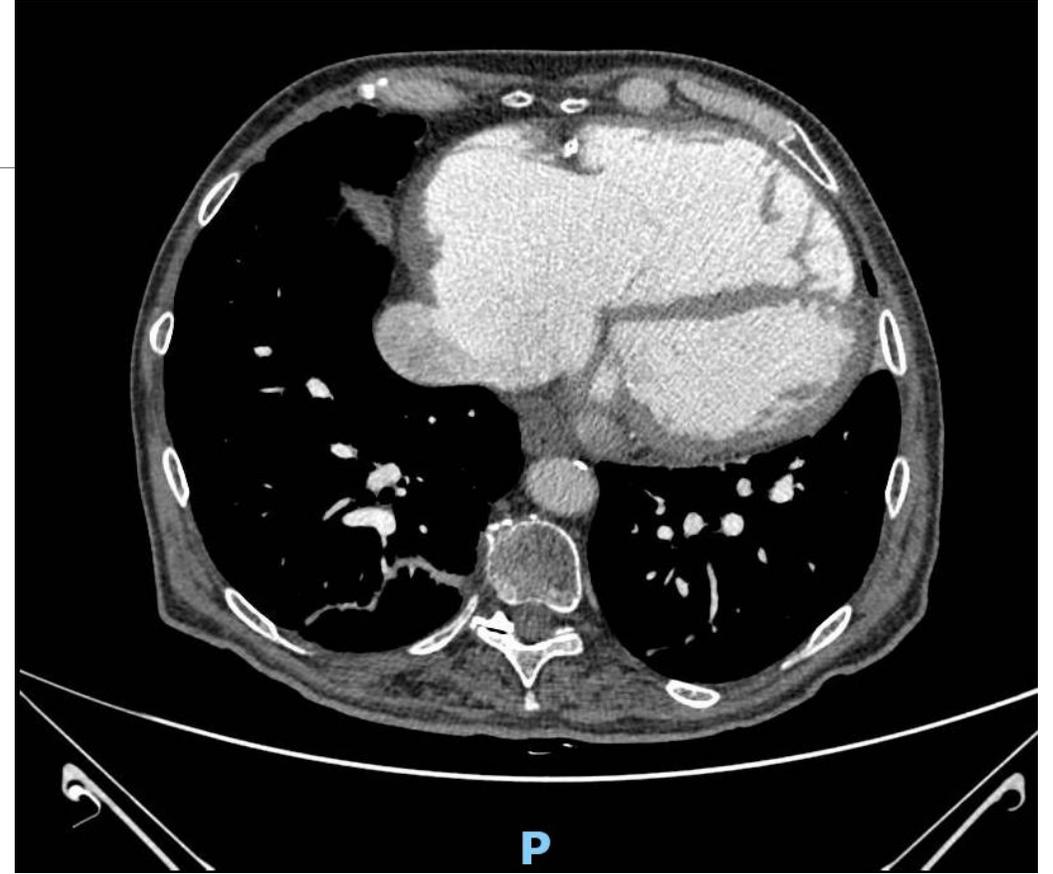
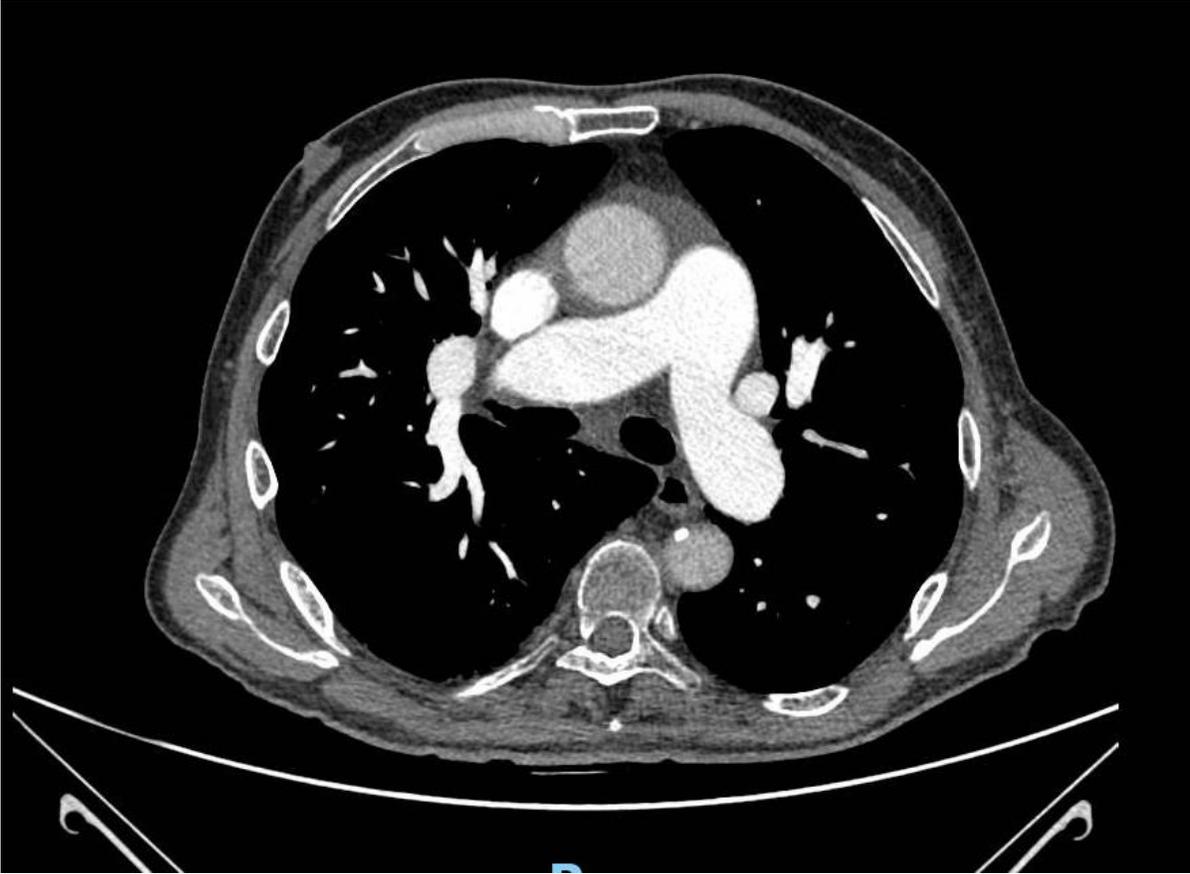


Ecocardiogramma TT





AngioTC torace



In relazione al quesito clinico non si rilevano difetti di riempimento di significato tromboembolico a carico delle arterie polmonari e delle loro principali diramazioni.

Coronarografia

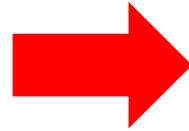


Malattia coronarica bivasale. Effettuata PCI + DES su Cx I e MO1.

Ulteriori accertamenti

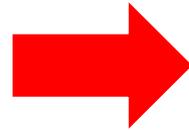
**scintigrafia
perfusione**

polmonare



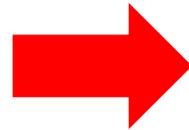
**non esiti di TEP, ma irregolare
distribuzione del tracciante compatibile
con BPCO**

PFR



**compromissione funzionale restrittiva
lieve, DLCO nei limiti**

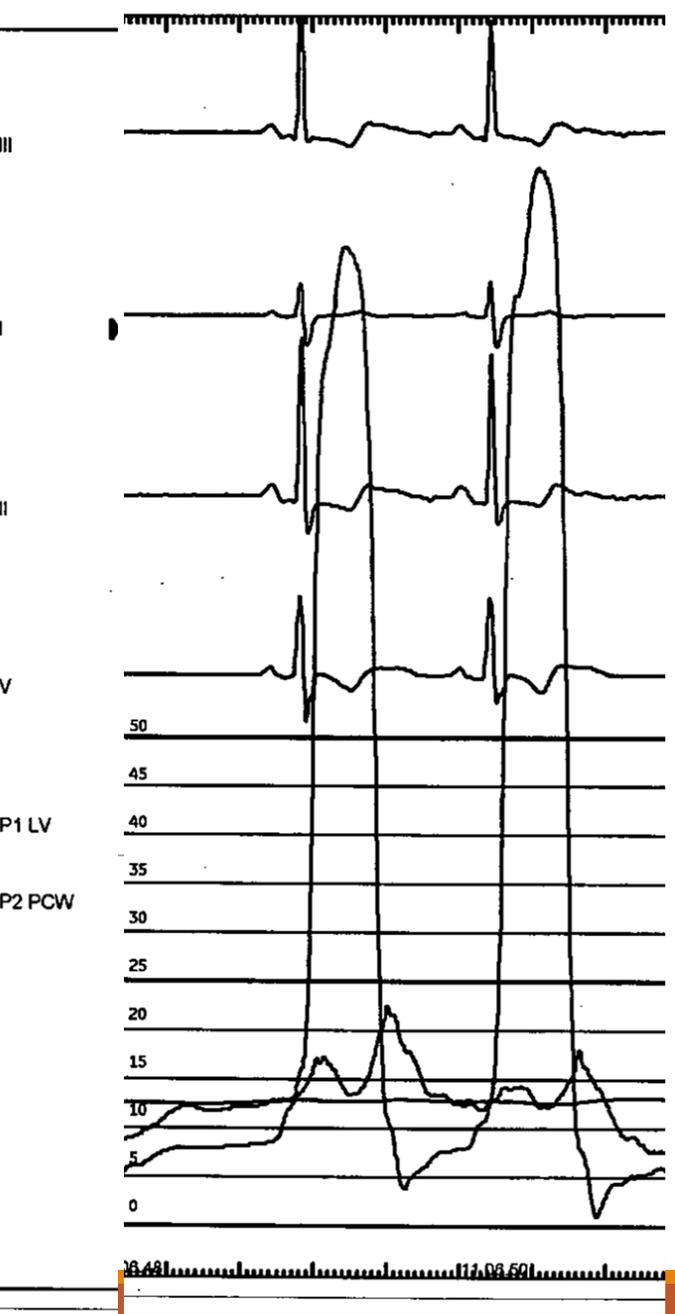
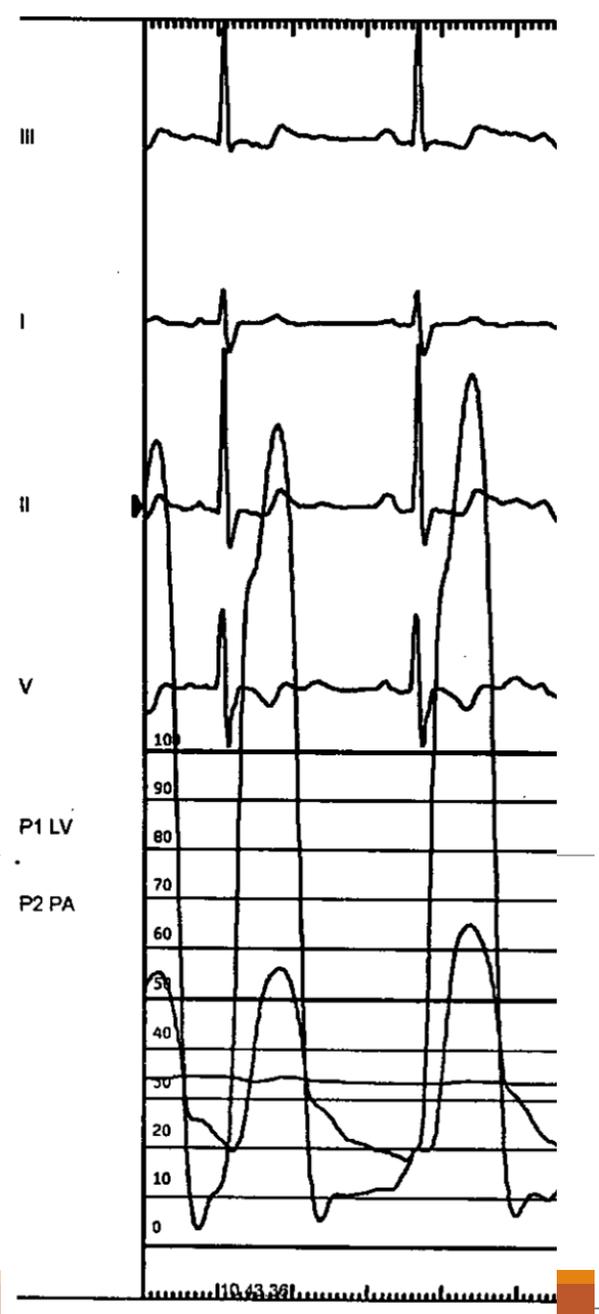
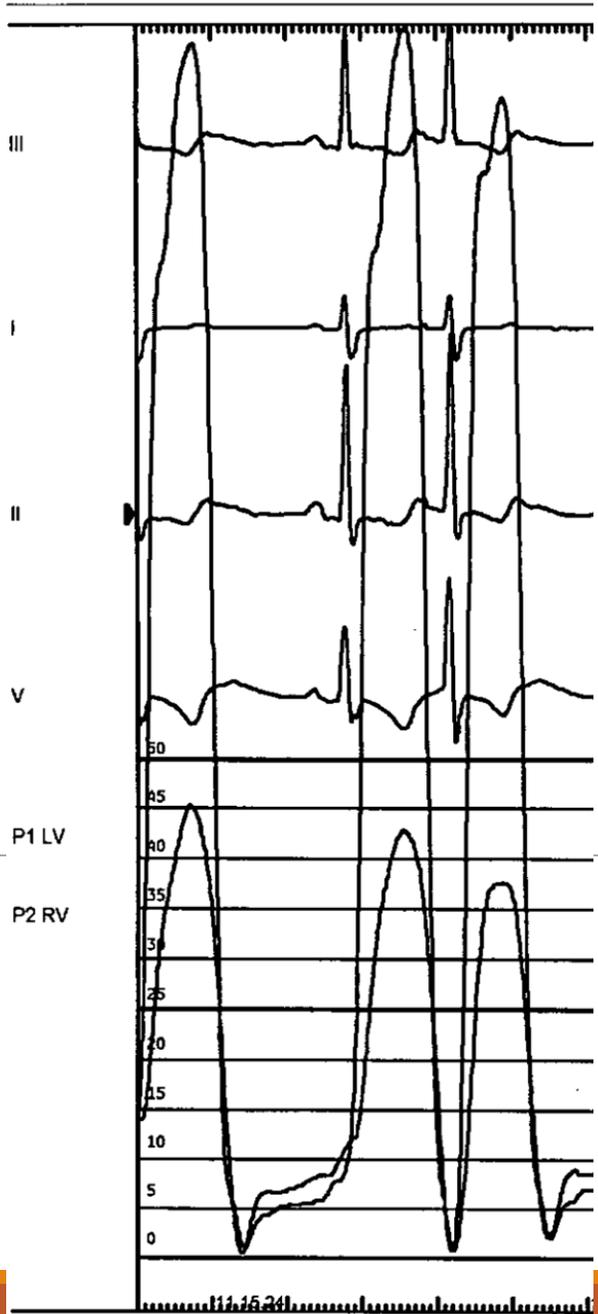
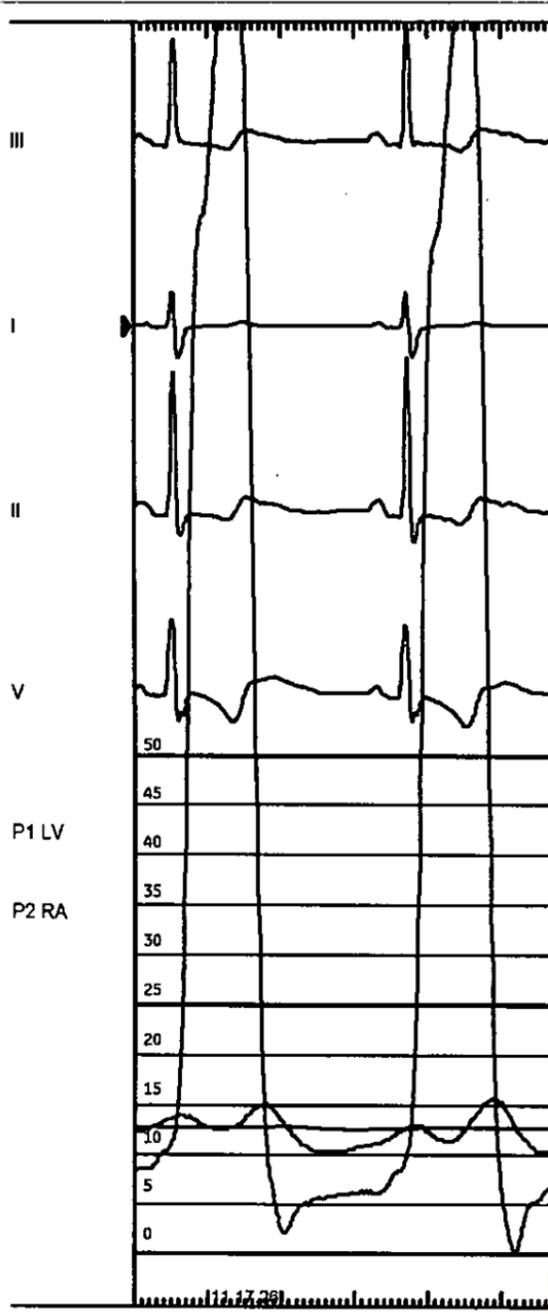
Valutazione pneumologica

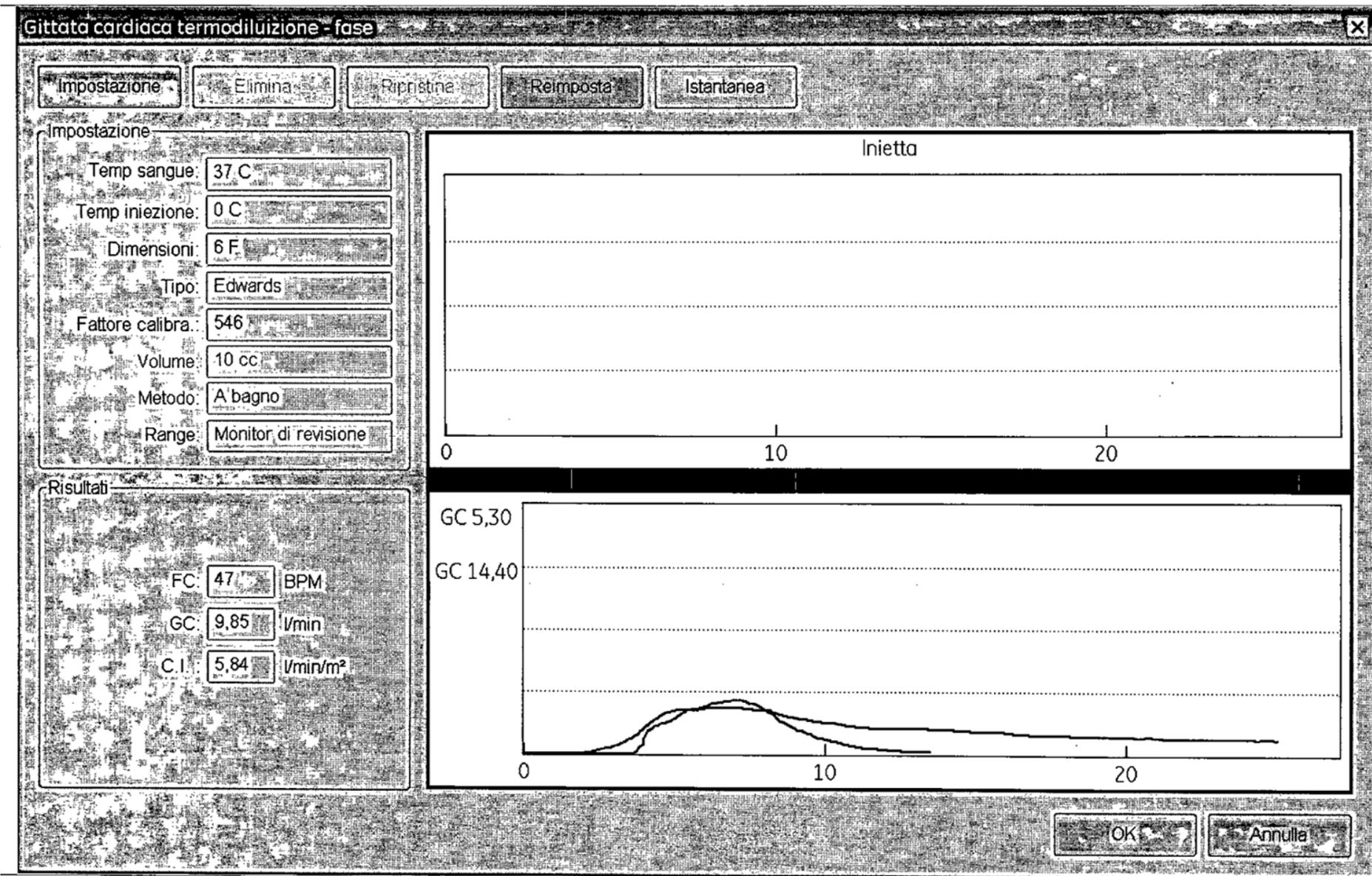


**non malattia parenchimale che giustifichi
il quadro ecocardiografico di ipertensione
polmonare e disfunzione ventricolare dx**

Come procedere?

- 1. Cateterismo destro**
- 2. Ecocardiogramma transesofageo**
- 3. Risonanza Magnetica Cardiaca**

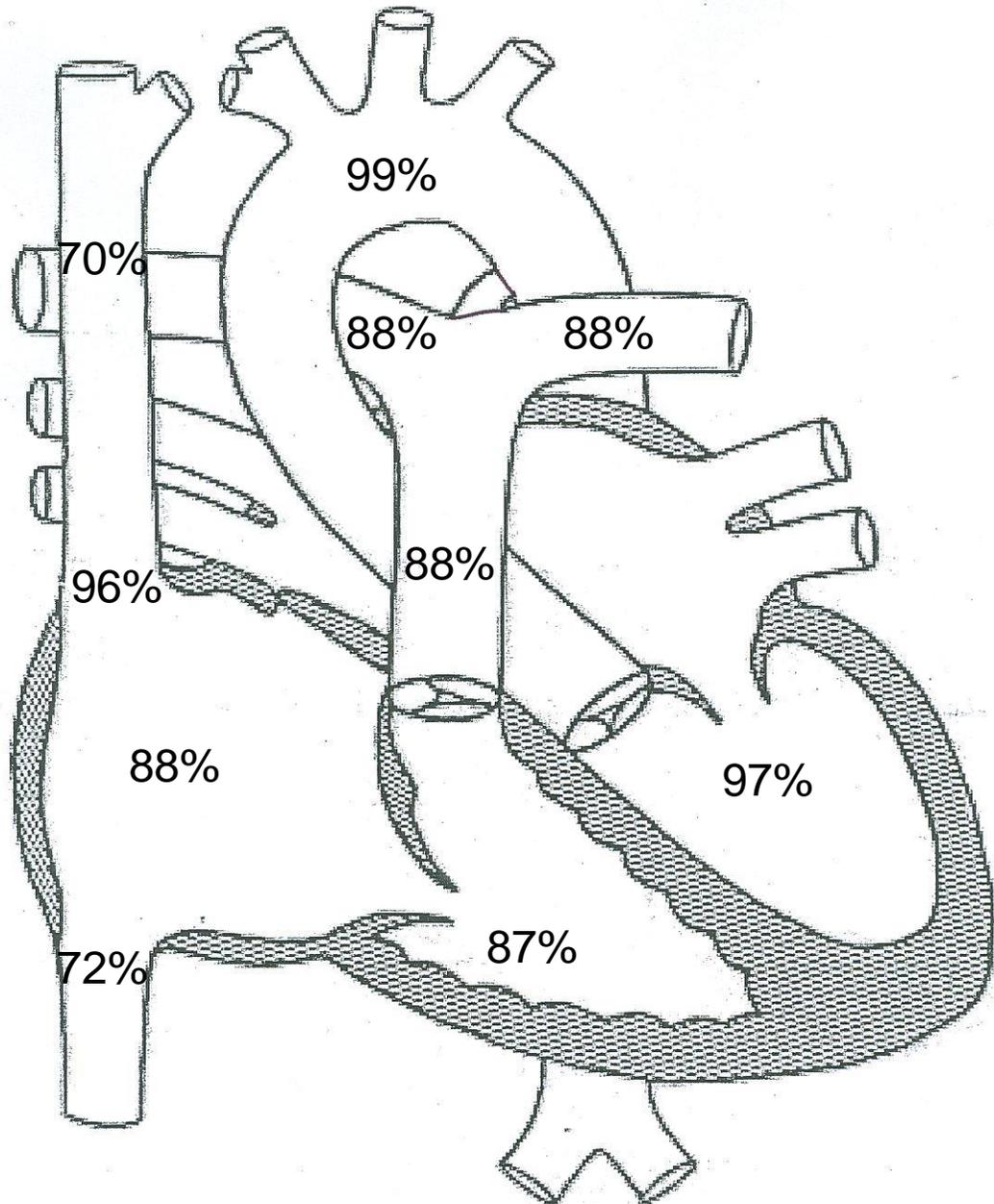




:-Lab v6.8

Portata 9,8l/min!

Discrepanza tra le 2 misurazioni, morfologia atipica!



Shunt sinistro destro

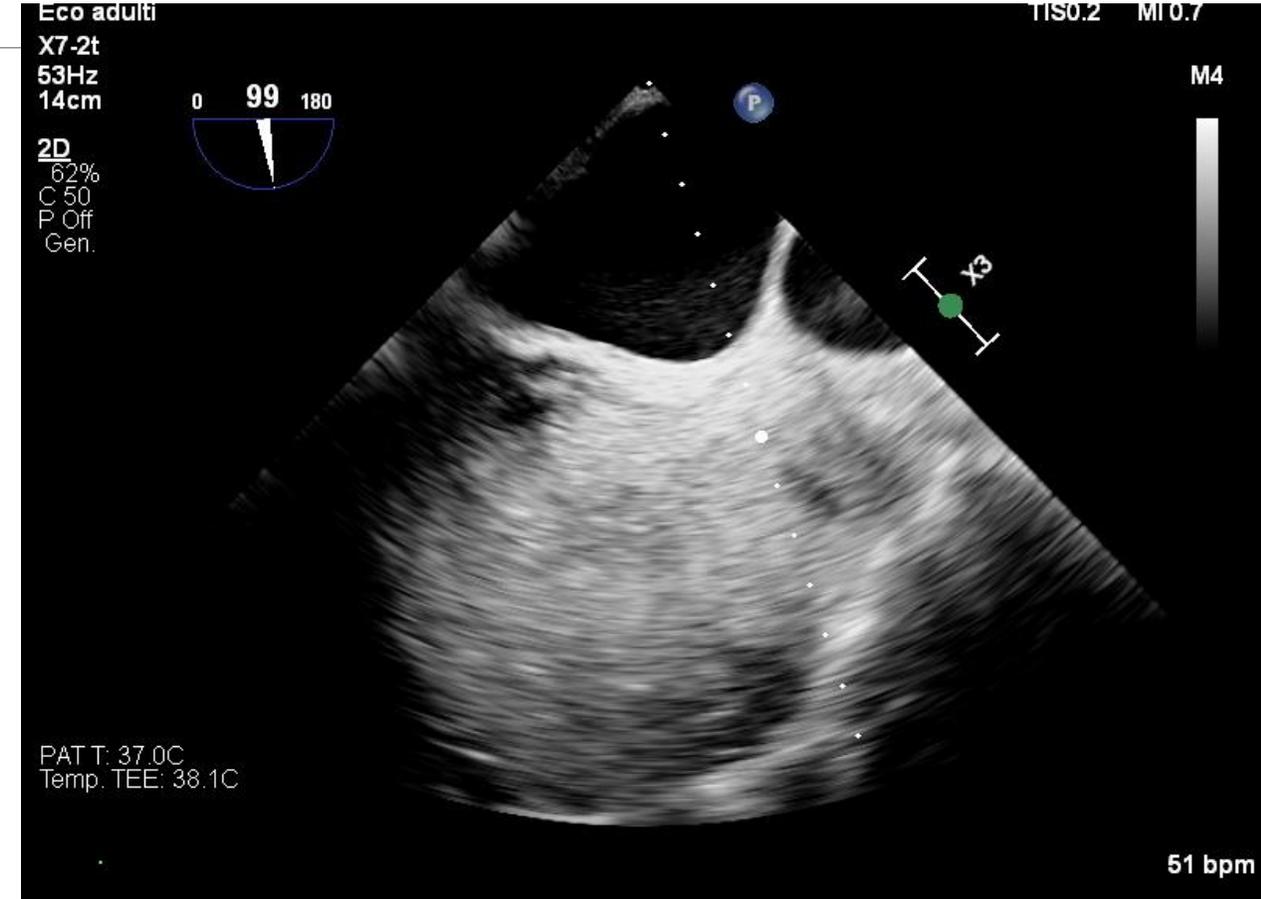
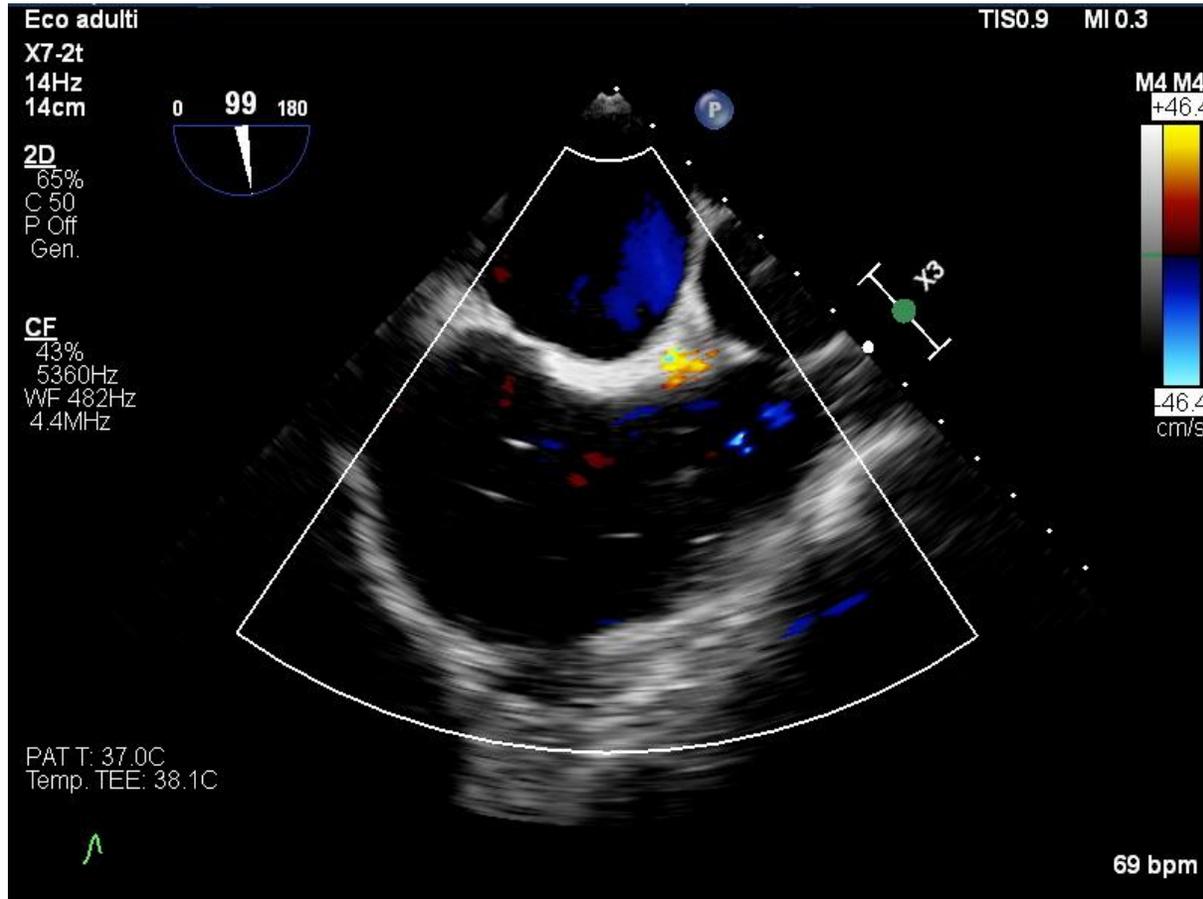
Qp/Qs 2.14

Portata sistemica 3.88l/min

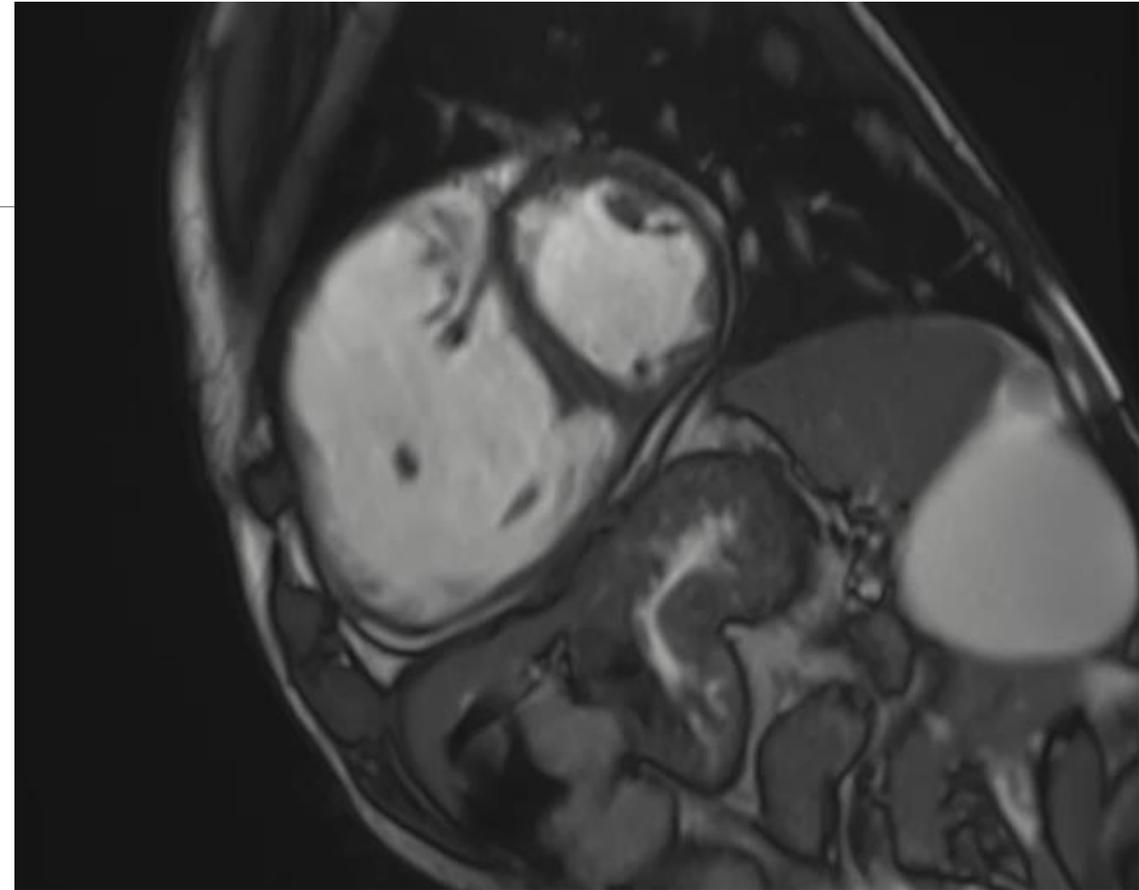
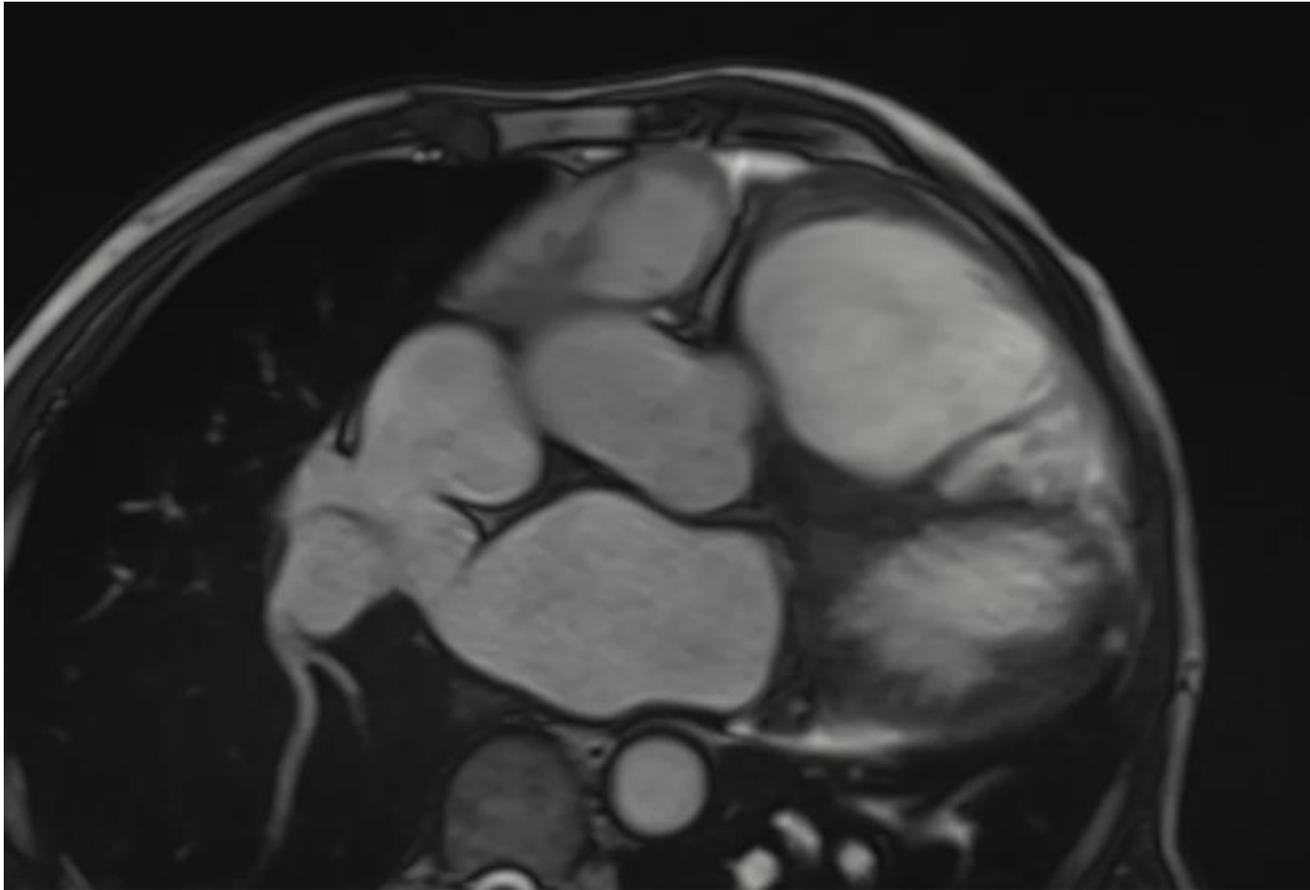
Portata polmonare 8.13

Resistenze polmonari 1.8 UW

Ecocardiogramma Transesofageo



RMN cuore



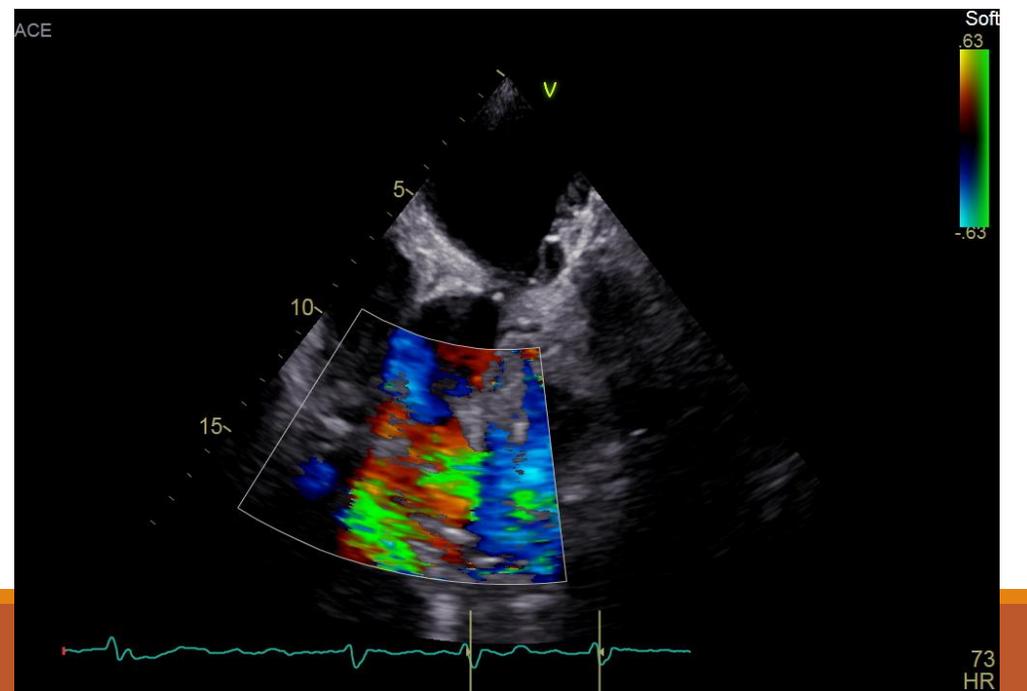
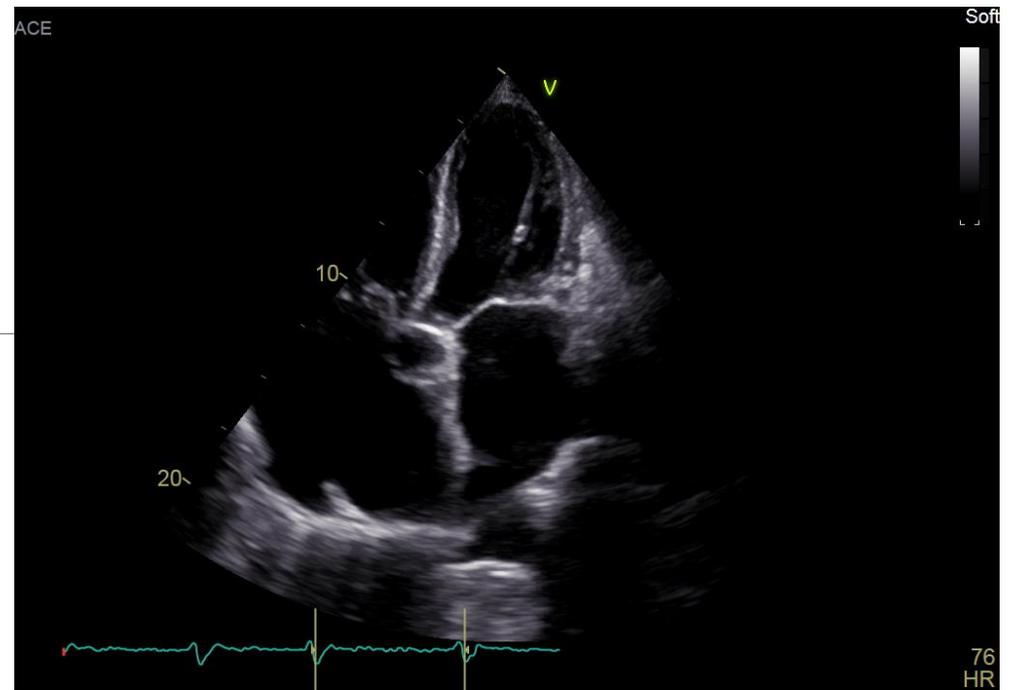
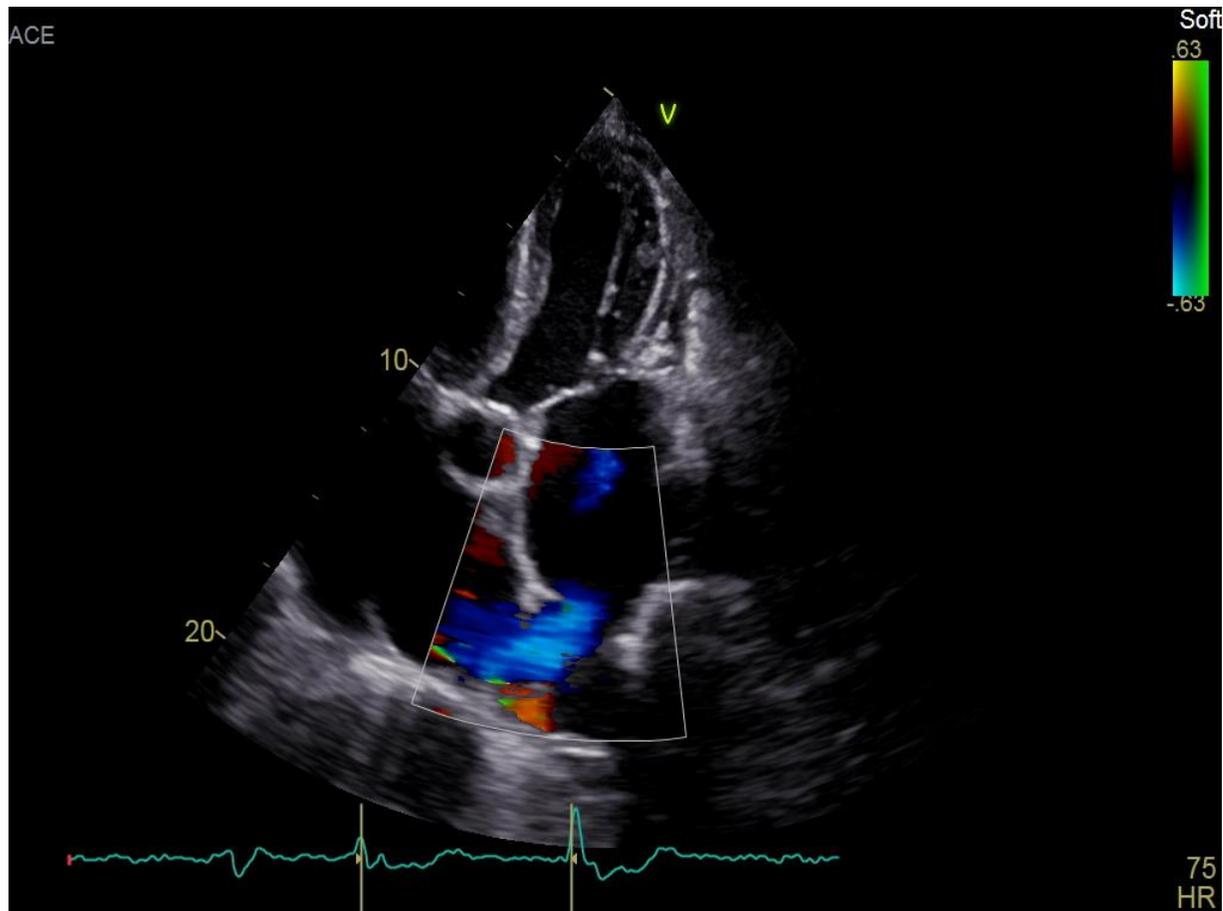
Conclusioni: Moderata compromissione della funzione globale del VS in presenza di area acinetica a sede inferiore medio-distale cui corrisponde area necrotica tendenzialmente transmurale. DIA tipo seno venoso superiore e drenaggio anomalo di vena superiore destra in Vena Cava Superiore. Ampio shunt sin>Dx. Qp/Qs: 3.2.

Valutazione cardiocirurgica

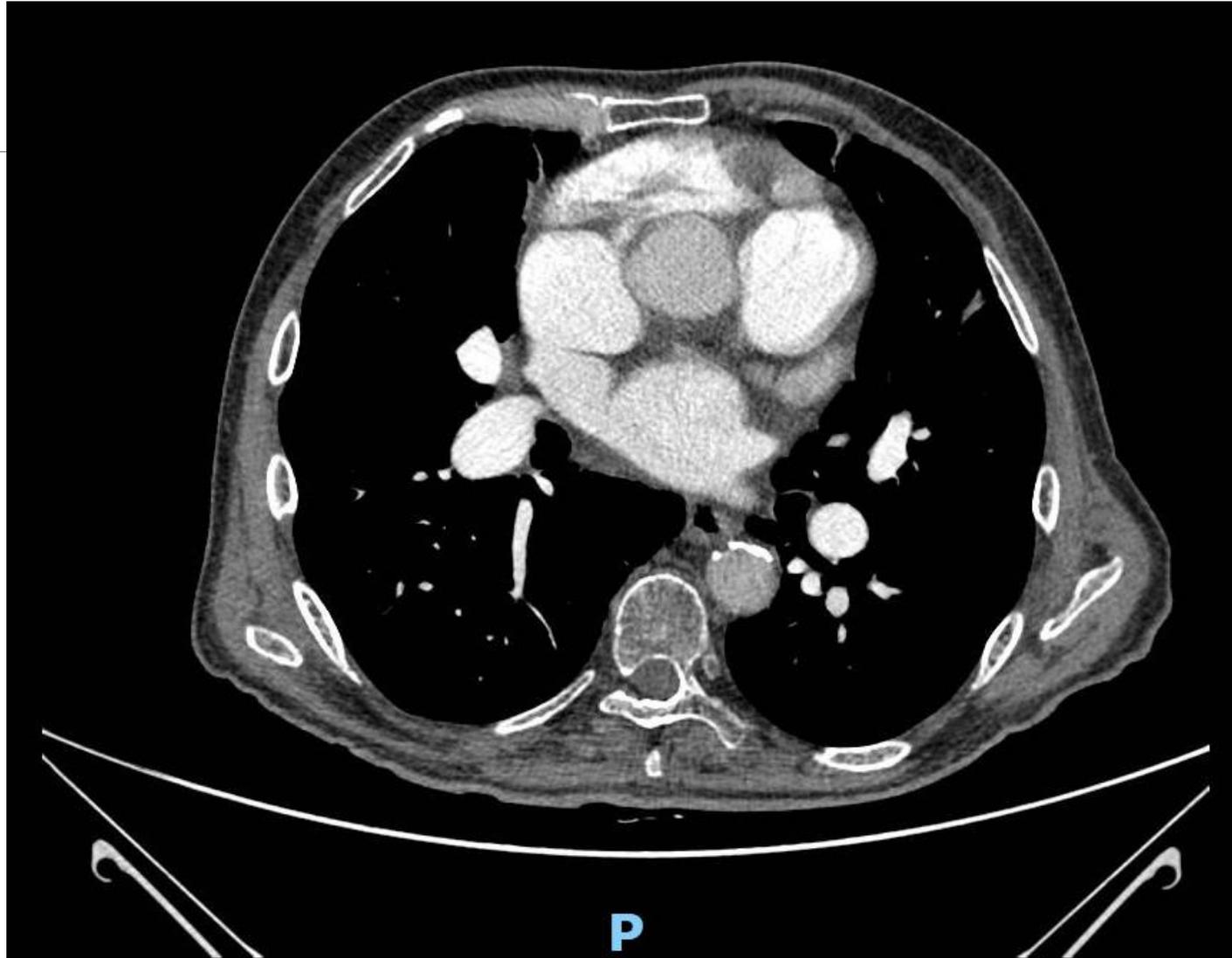
Paziente in buone condizioni generali, vita attiva, classe NYHA II. Visto il quadro clinico e valutati i rischi della situazione clinica attuale e i rischi/benefici di una eventuale strategia chirurgica, si concorda per una strategia attendistica con rivalutazione clinica tra 3 mesi o prima se cambiasse il quadro clinico.



Ecocardiogramma



TC torace



In conclusione

- Il DIA può decorrere asintomatico fino a età avanzata.
- Può essere la causa di dilatazione delle cavità destre riscontrate a qualunque età.
- Il DIA cavale superiore può essere di difficile riconoscimento all'ecocardiogramma transtoracico.
- E' sempre associato a ritorno anomalo di una o più vene polmonari dx in VCS.



A.S.L. TO4

*Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

Grazie per l'attenzione