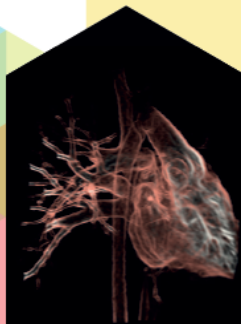


VI CORSO GUCH

## 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

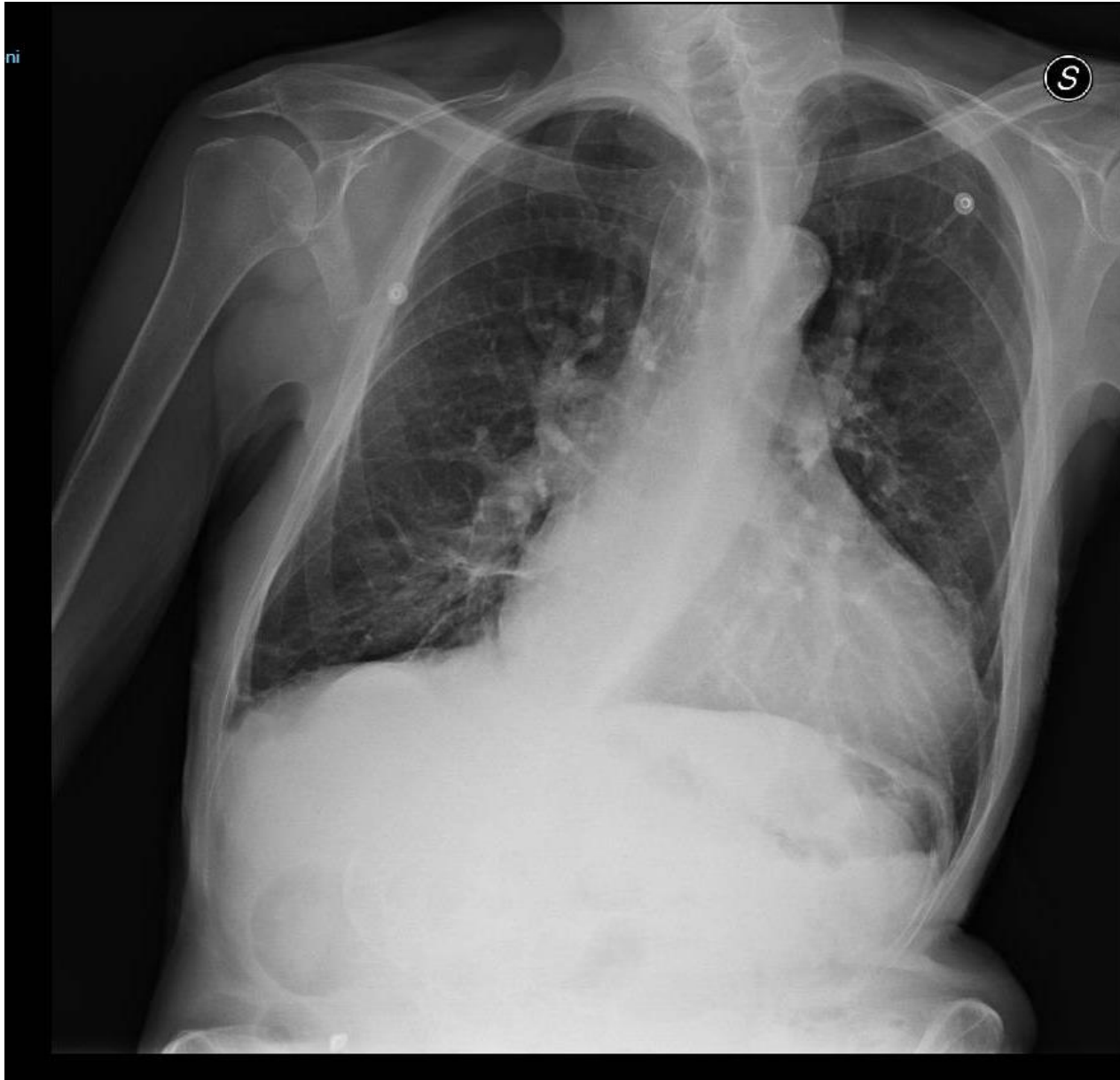
Ecocardiogramma settembre 2018: VSx con ipertrofia concentrica, FE 50%, cavità destre dilatate. PAPs 45 mmHg.

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

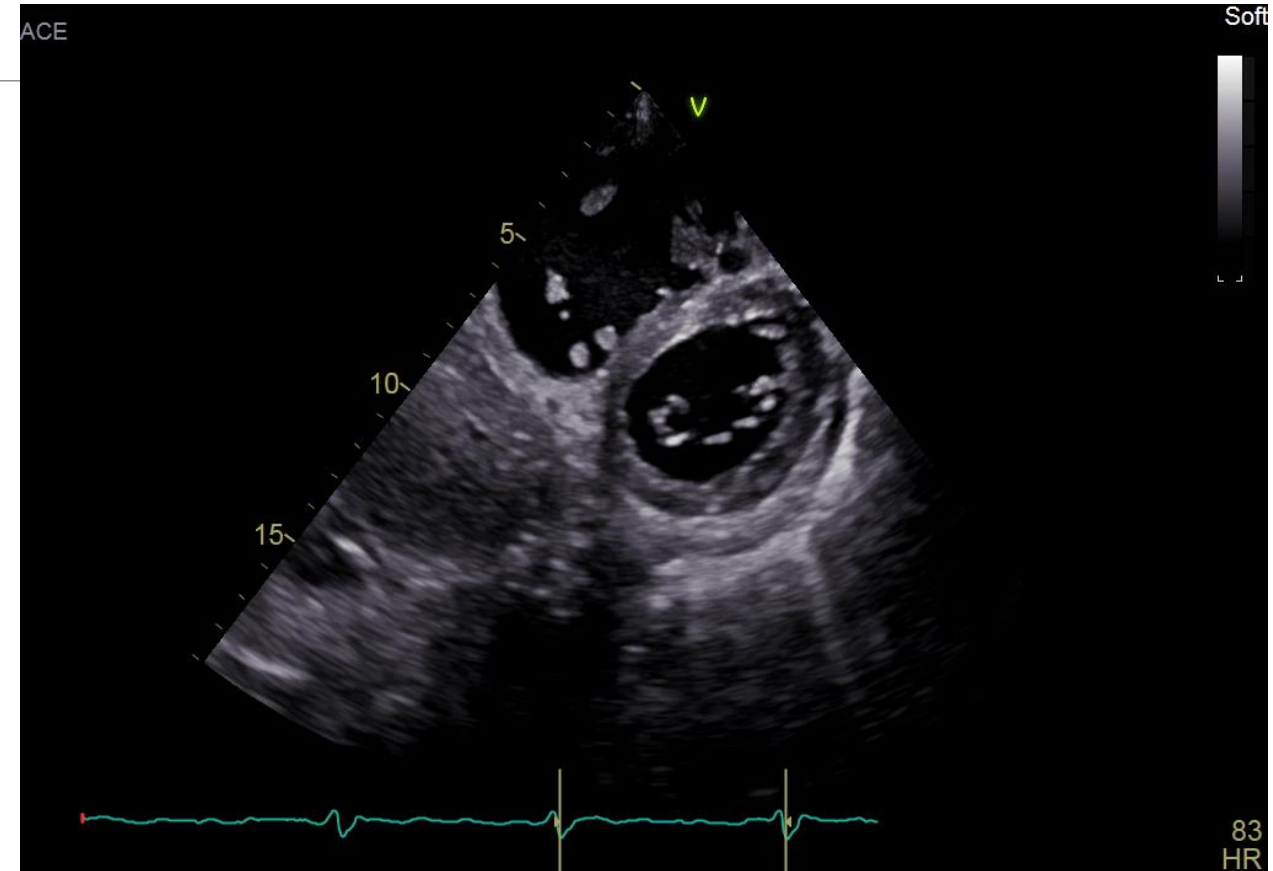
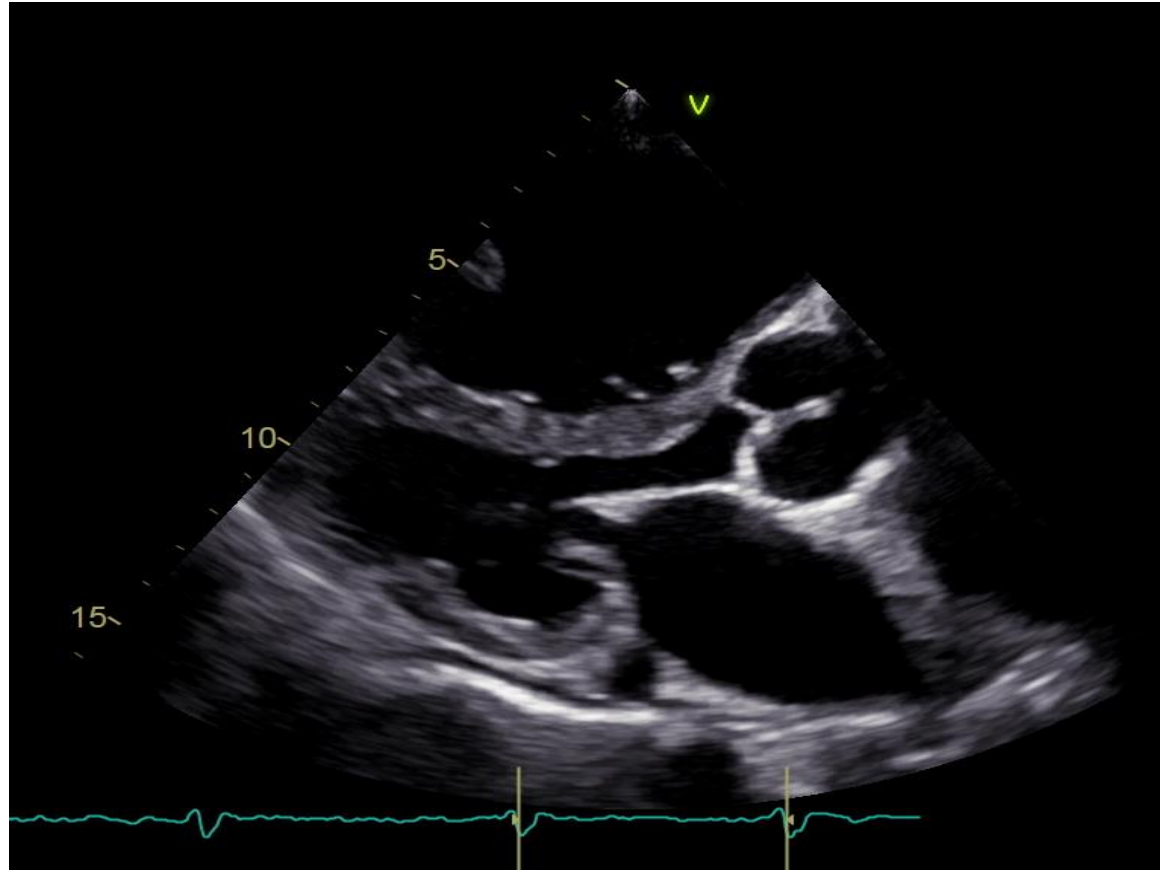
Ter. in atto: Lercanidipina 5 mg, Zofenopril/Idroclorotiazide 30/12,5 mg, Pravastatina 20 mg, Cardioaspirin 100 mg, Saxagliptin 5 mg, Gliclazide 60 mg.

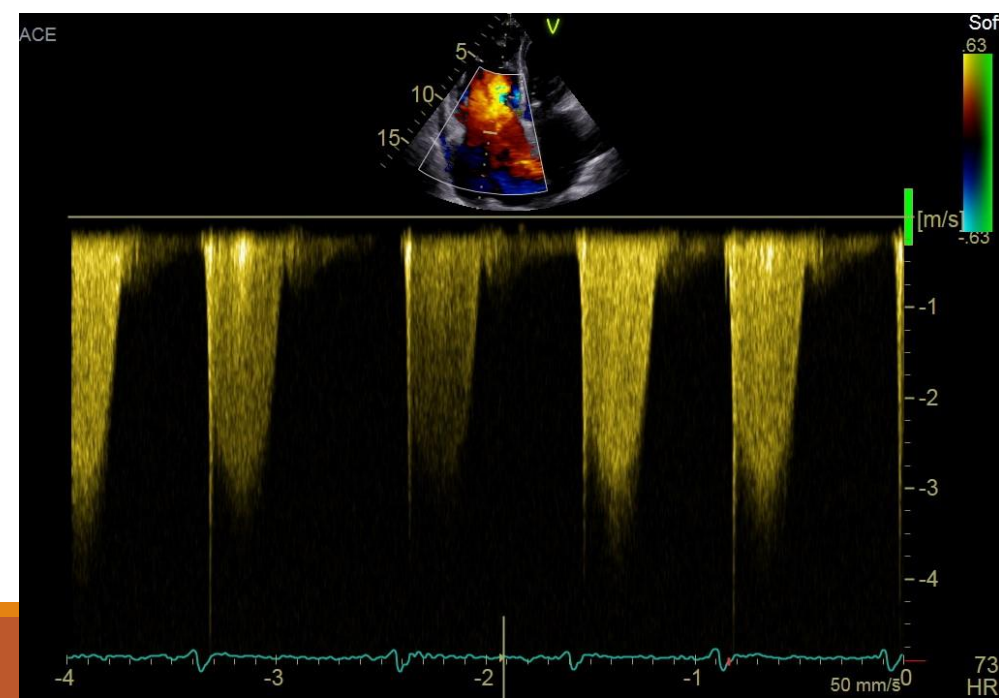
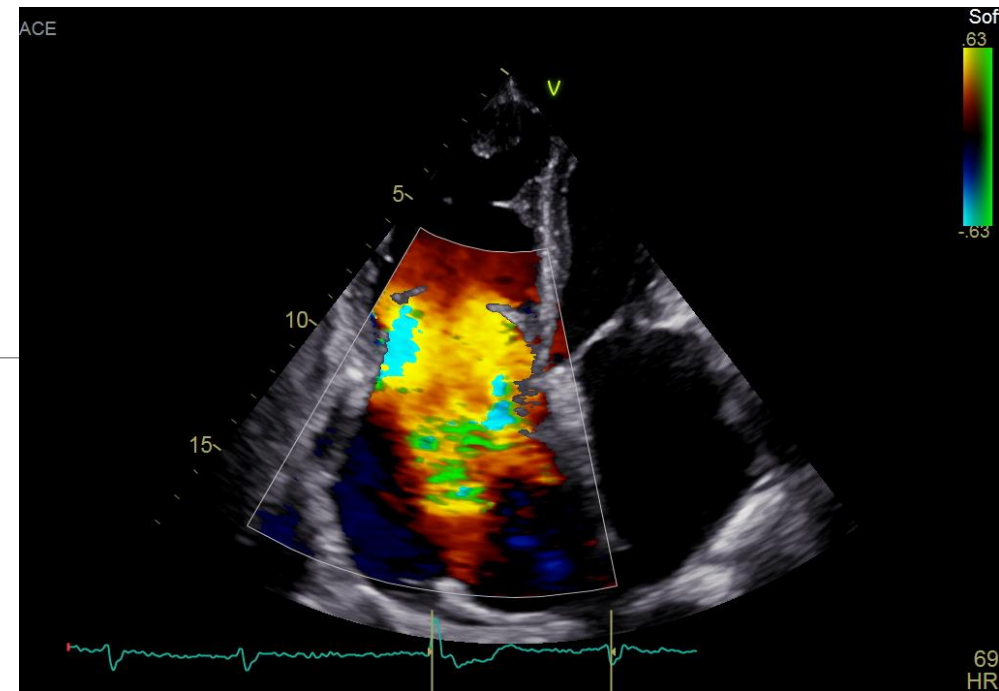
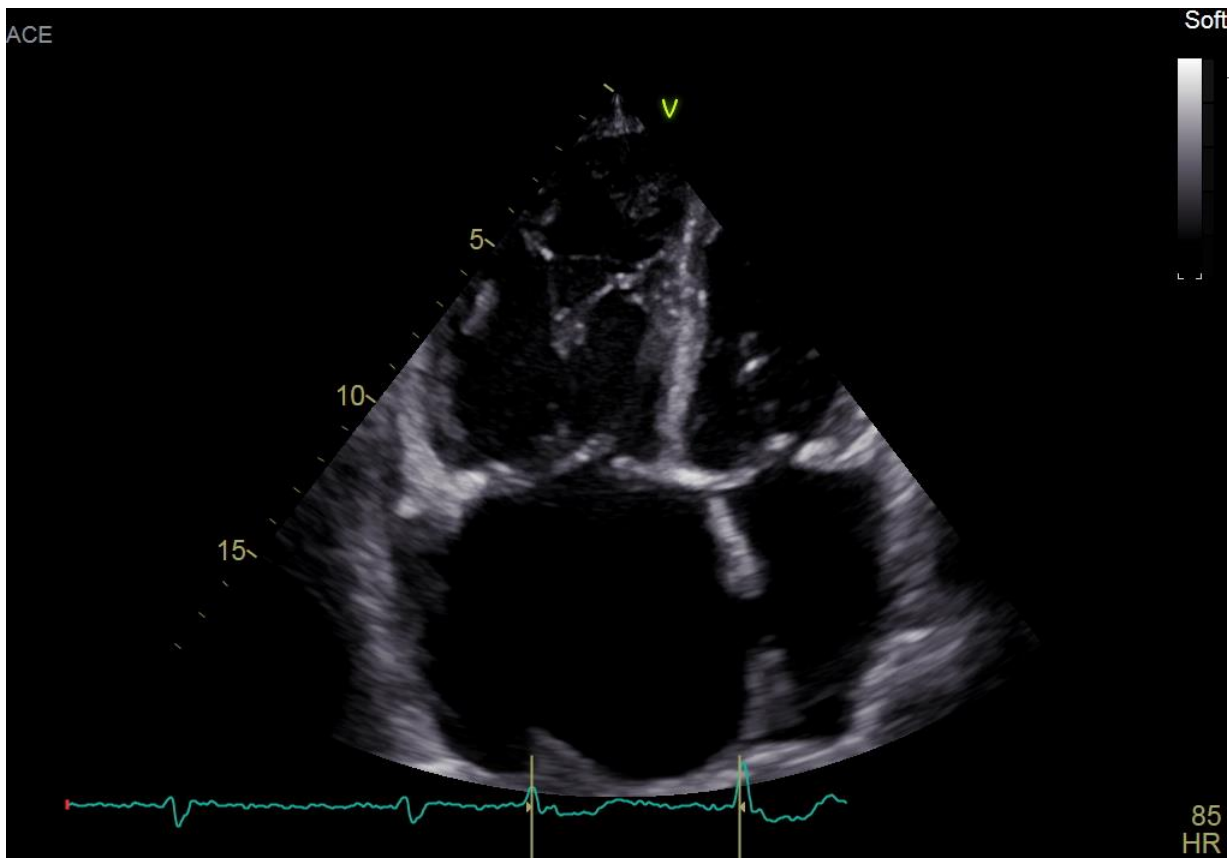
**Da settembre 2021 comparsa di dolore toracico e dispnea da sforzo. Alla visita lieve congestione. Ad ECG BBDx, T negative in laterale. Posta indicazione a ricovero per coronarografia.**

# Rx torace



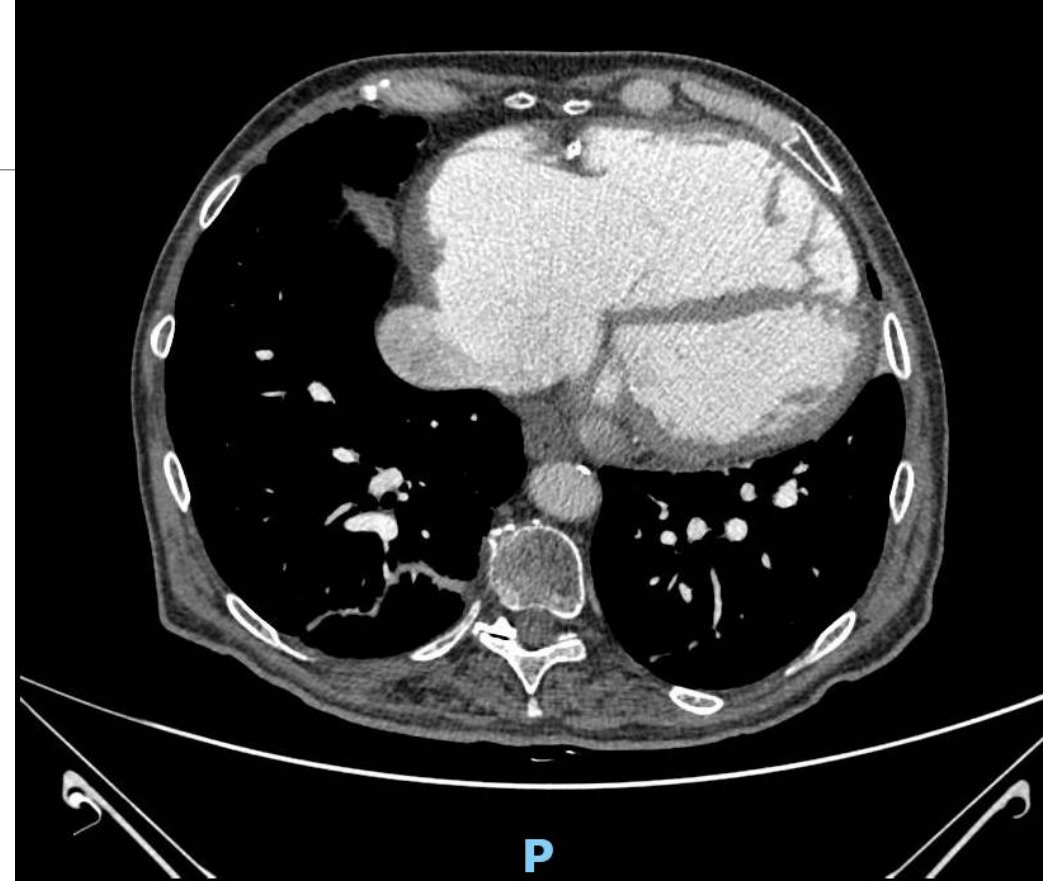
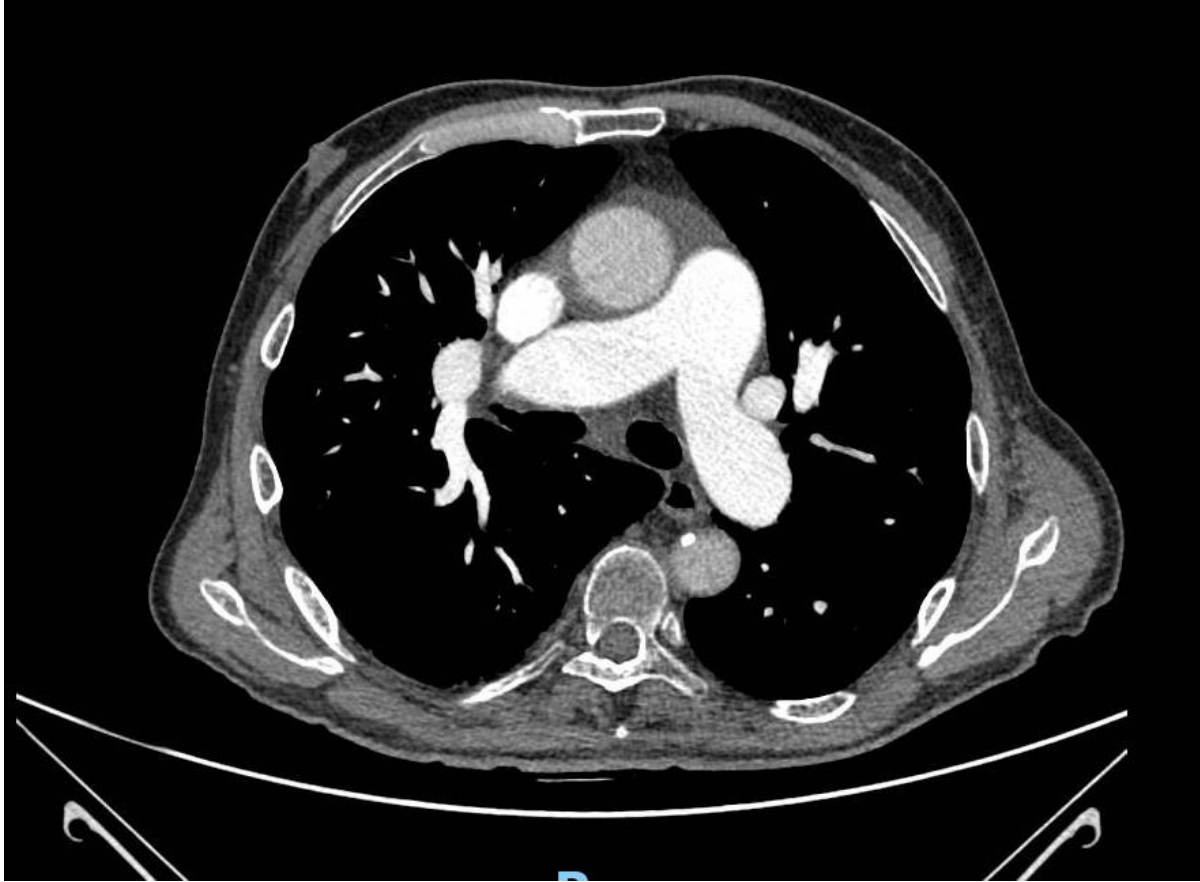
# Ecocardiogramma TT





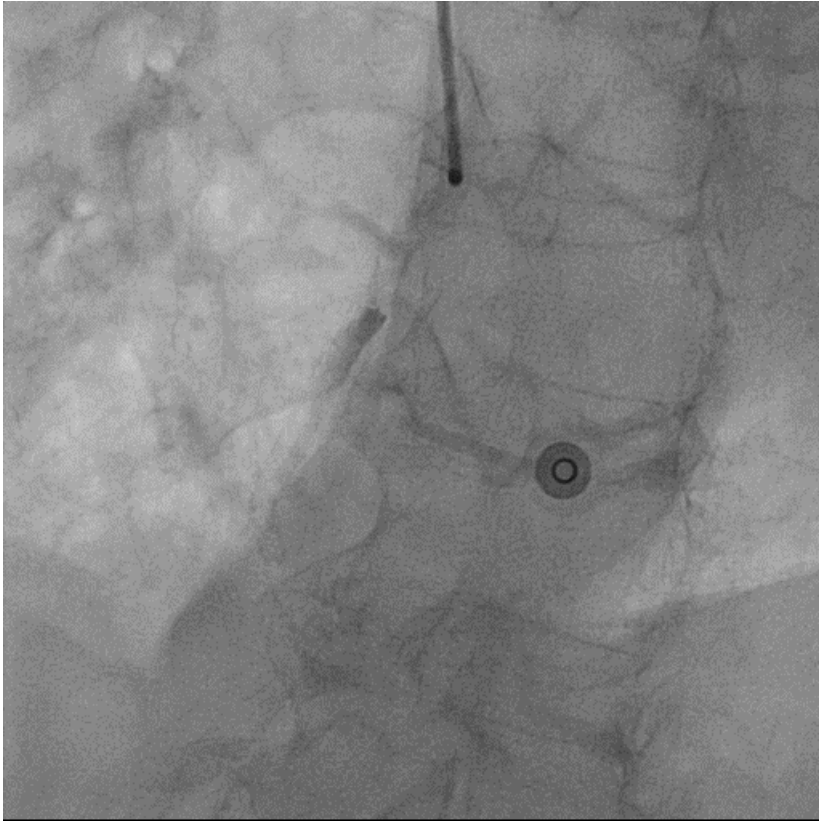


# AngioTC torace



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



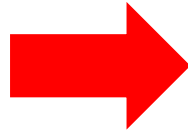
**Malattia coronarica bivasale. Effettuata PCI + DES su Cx I e MO1.**

# Ulteriori accertamenti

---

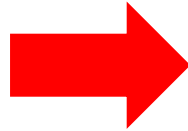
**scintigrafia  
perfusionale**

**polmonare**



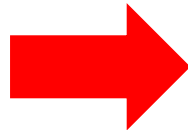
**non esiti di TEP, ma irregolare  
distribuzione del tracciante compatibile  
con BPCO**

**PFR**



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

**Valutazione pneumologica**



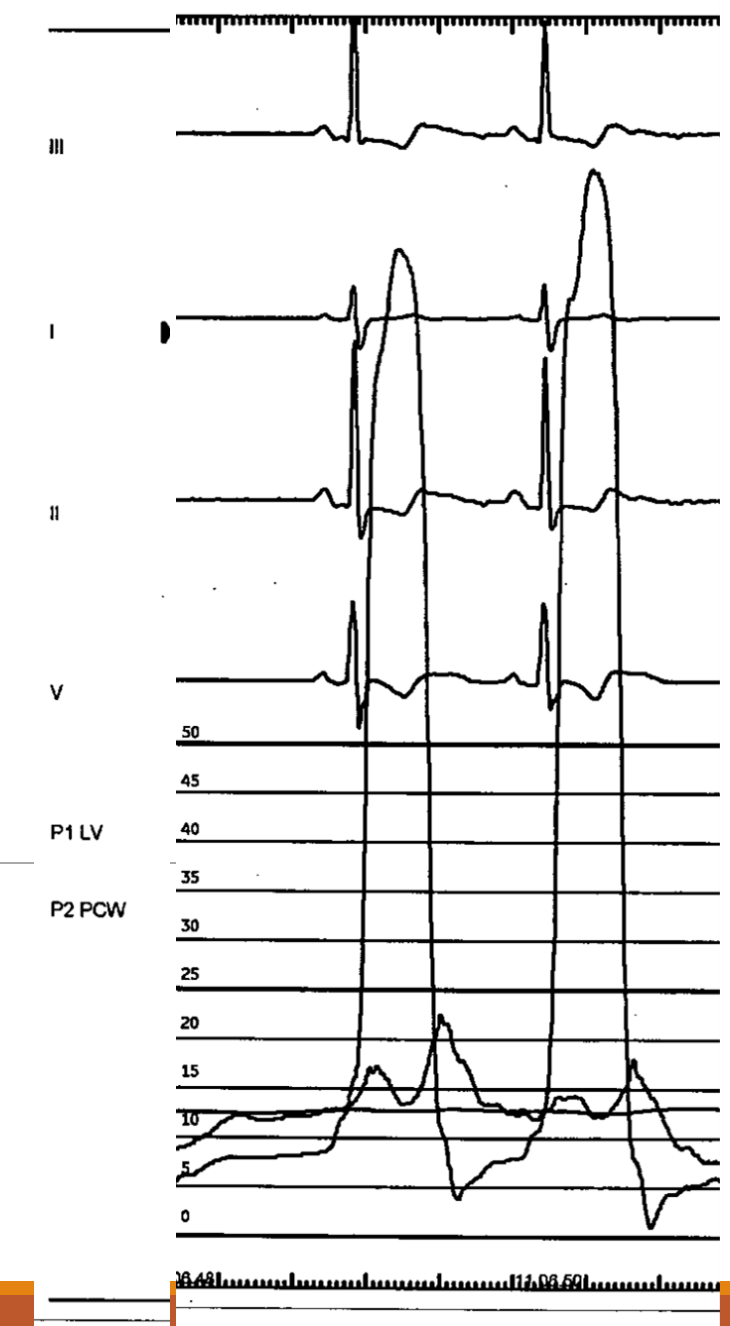
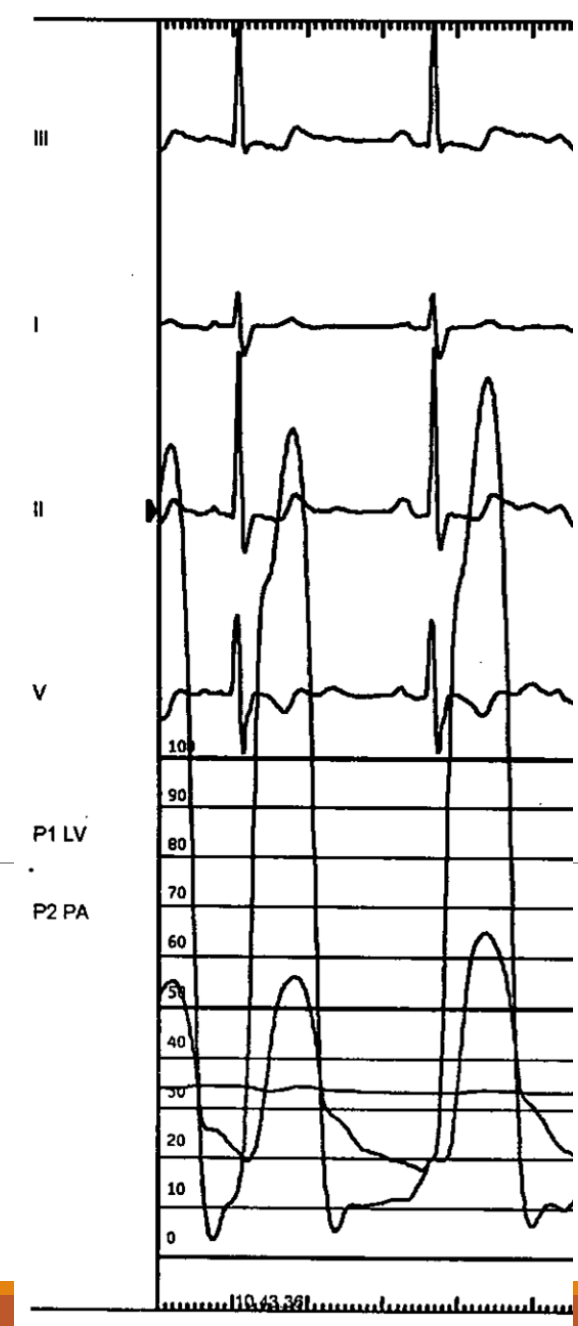
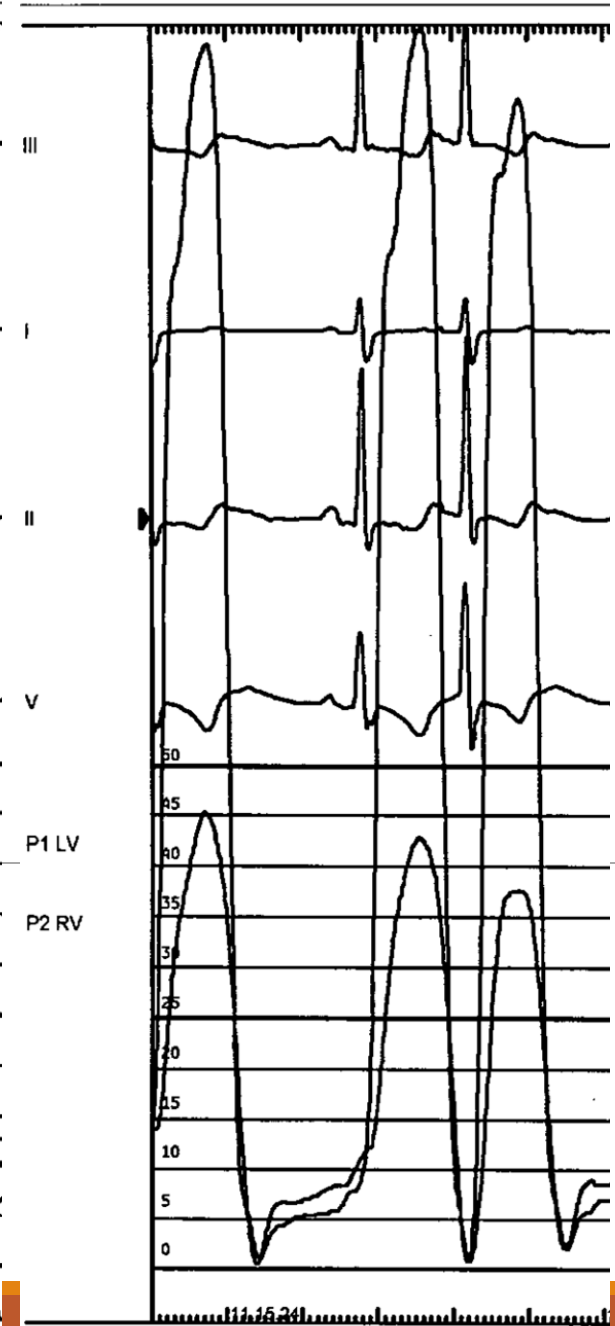
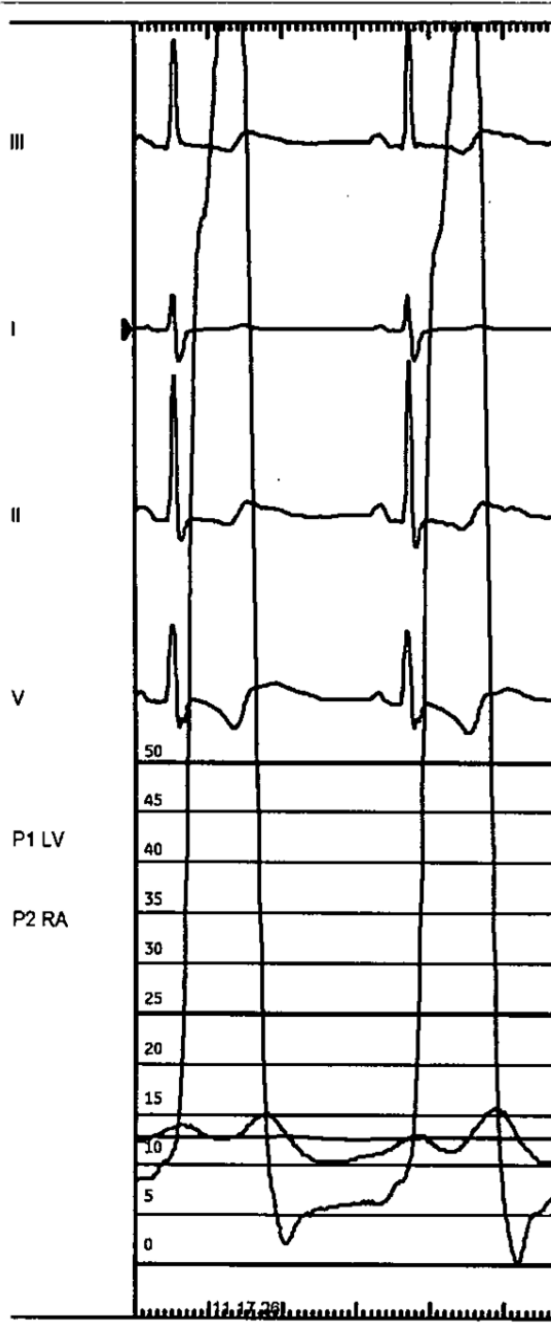
**non malattia parenchimale che giustifichi  
il quadro ecocardiografico di ipertensione  
polmonare e disfunzione ventricolare dx**

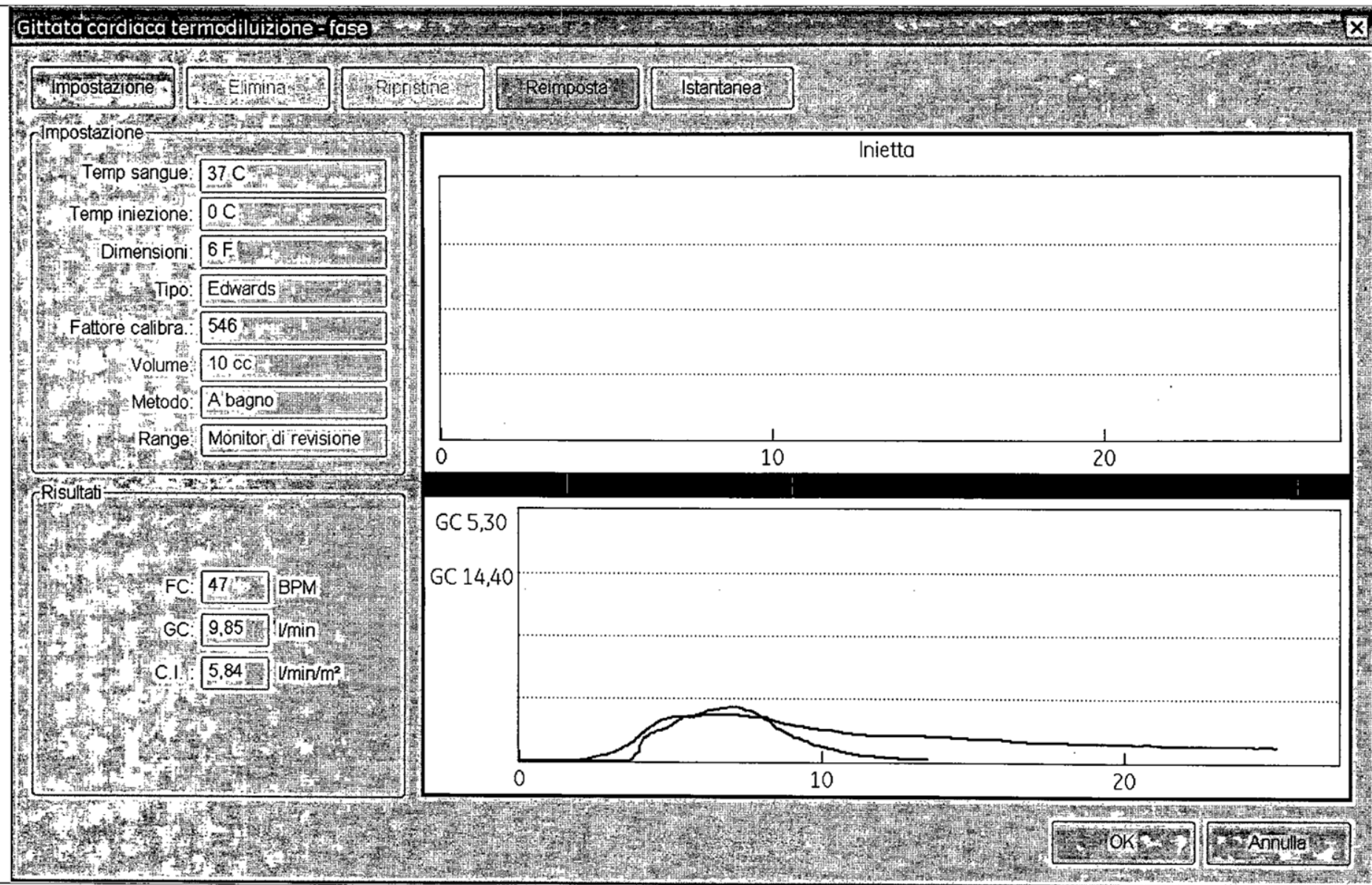


# Come procedere?

---

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

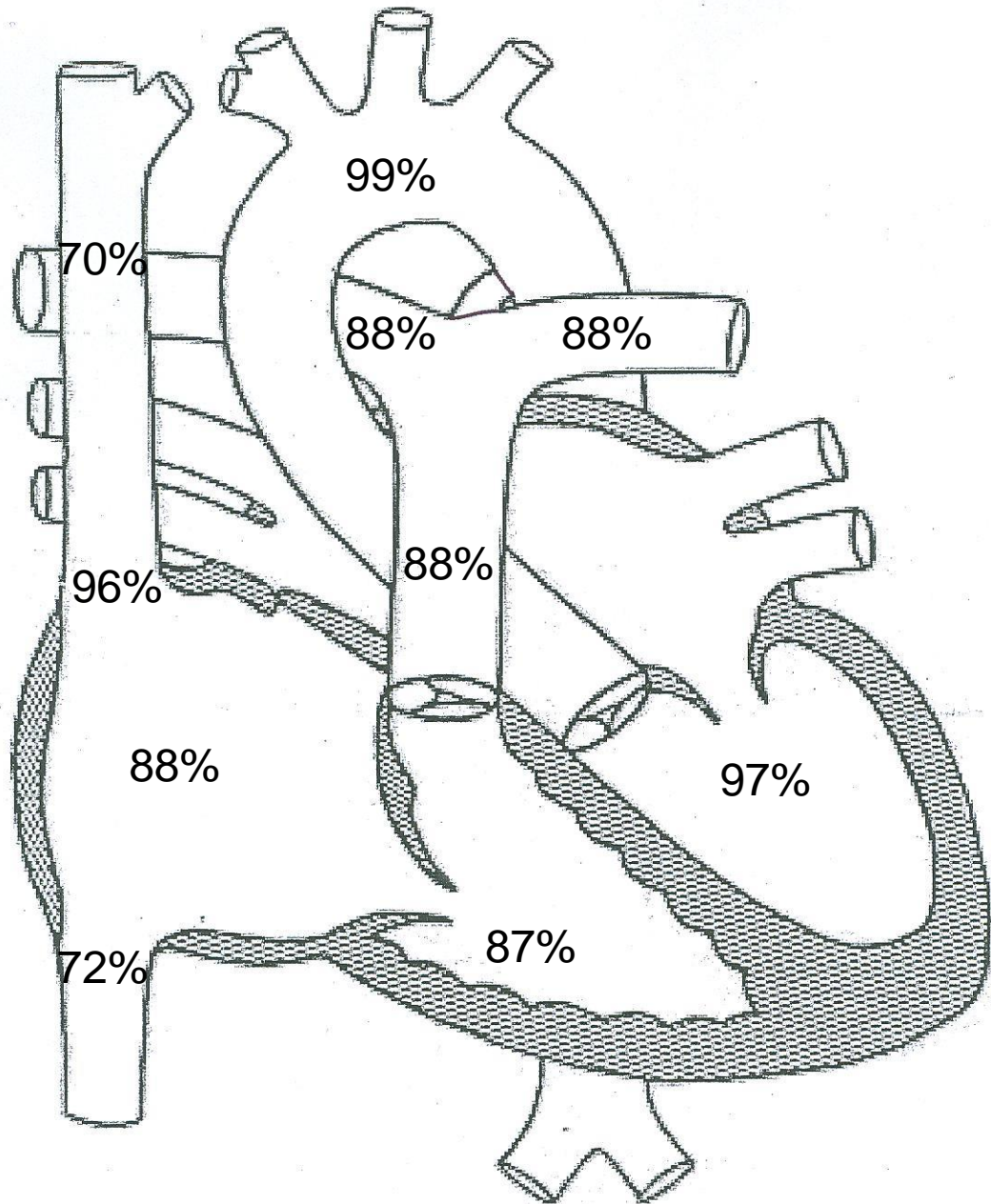




:-Lab v6.8

Portata 9,8l/min!

Discrepanza tra le 2 misurazioni, morfologia atipica!



**Shunt sinistro destro**

**$Q_p/Q_s$  2.14**

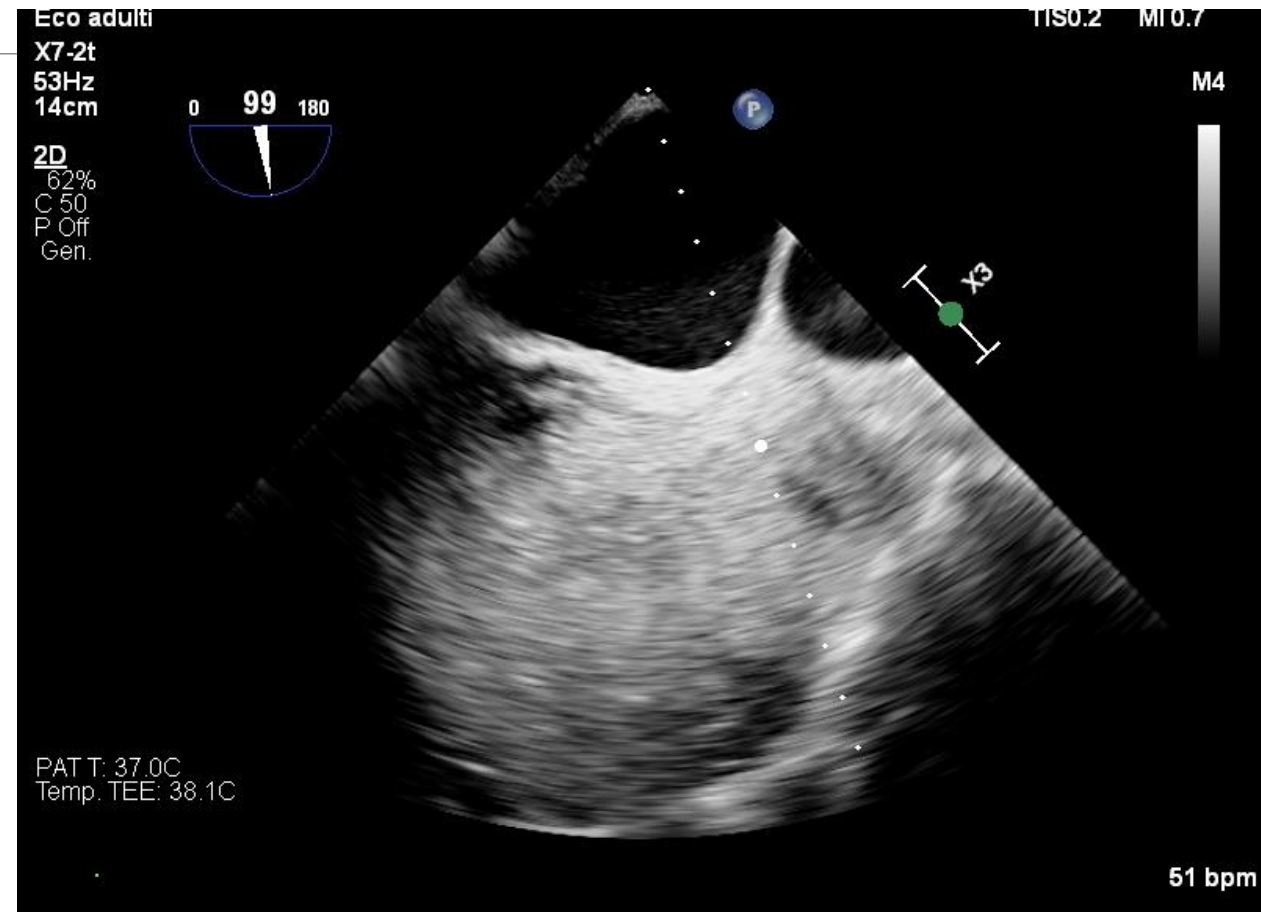
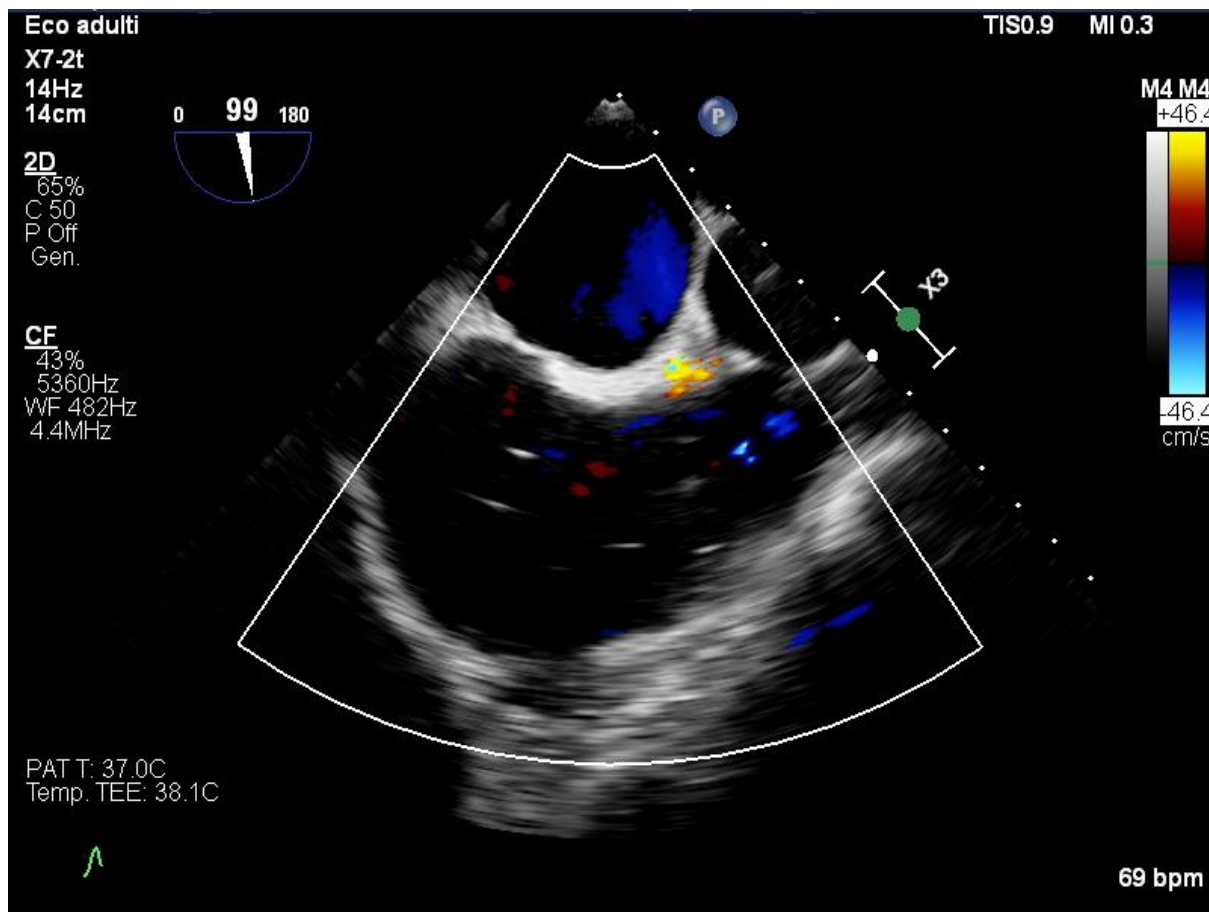
**Portata sistemica 3.88l/min**

**Portata polmonare 8.13**

**Resistenze polmonari 1.8 UW**

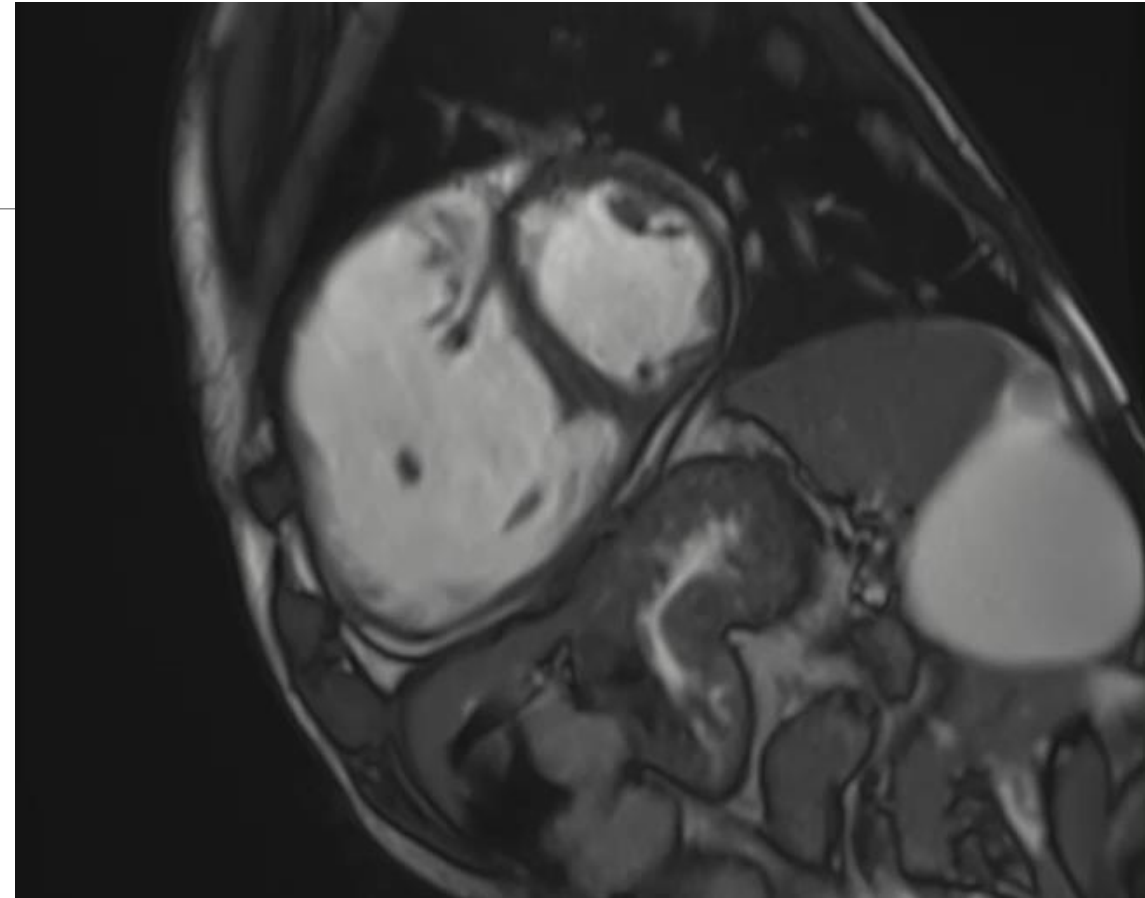
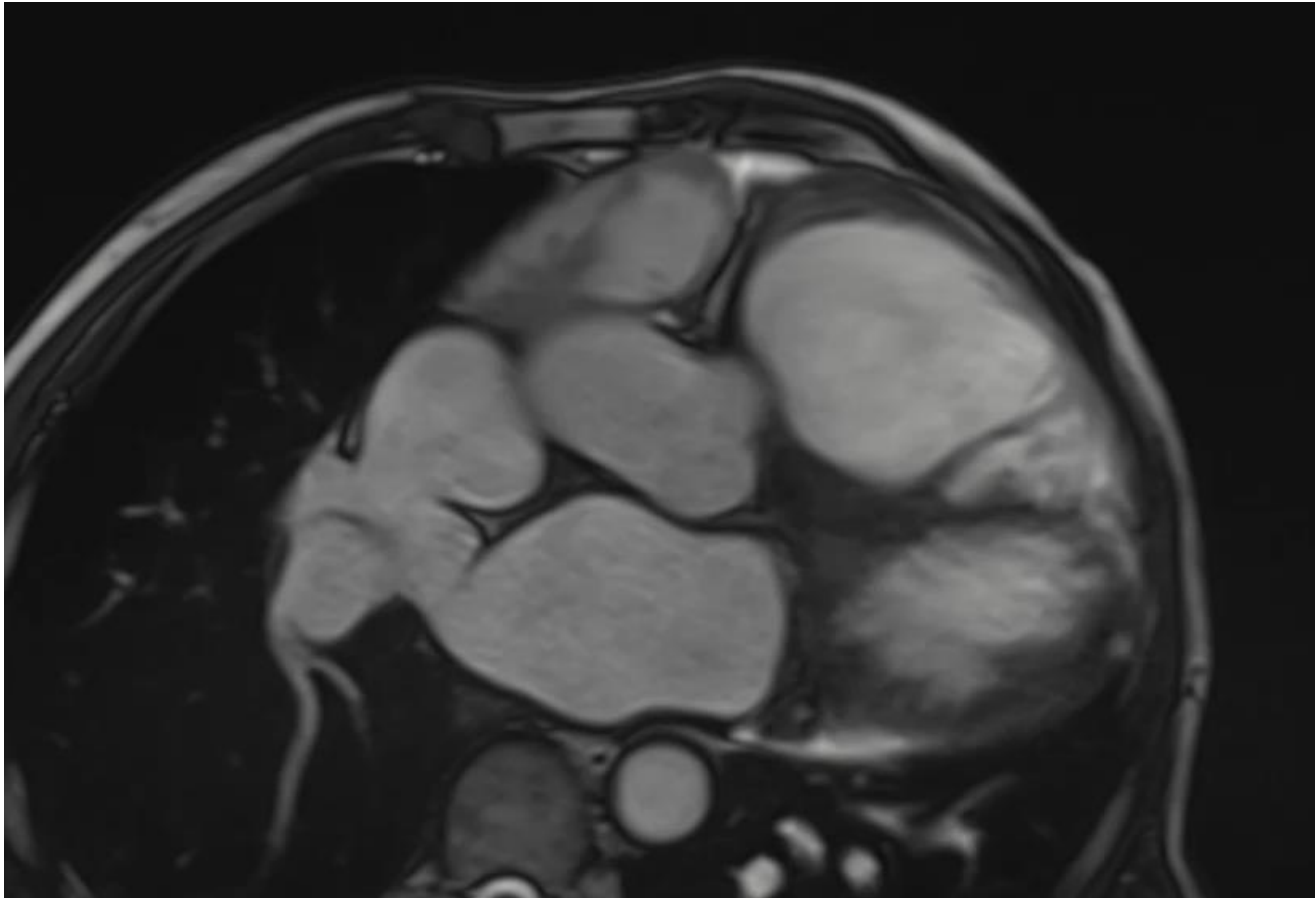


# Ecocardiogramma Transesofageo





# 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

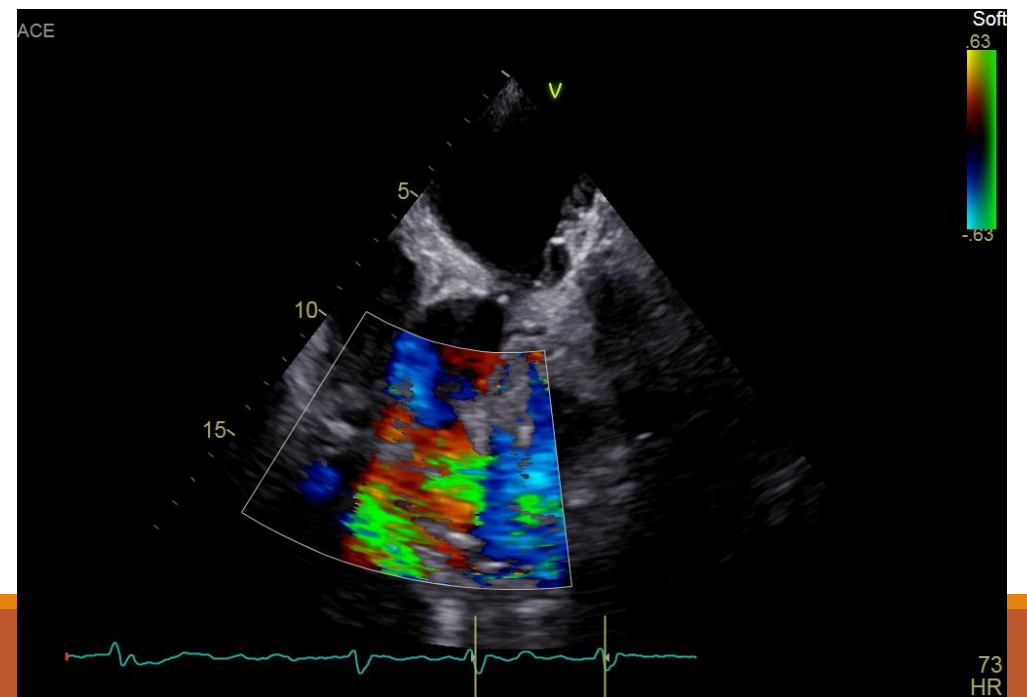
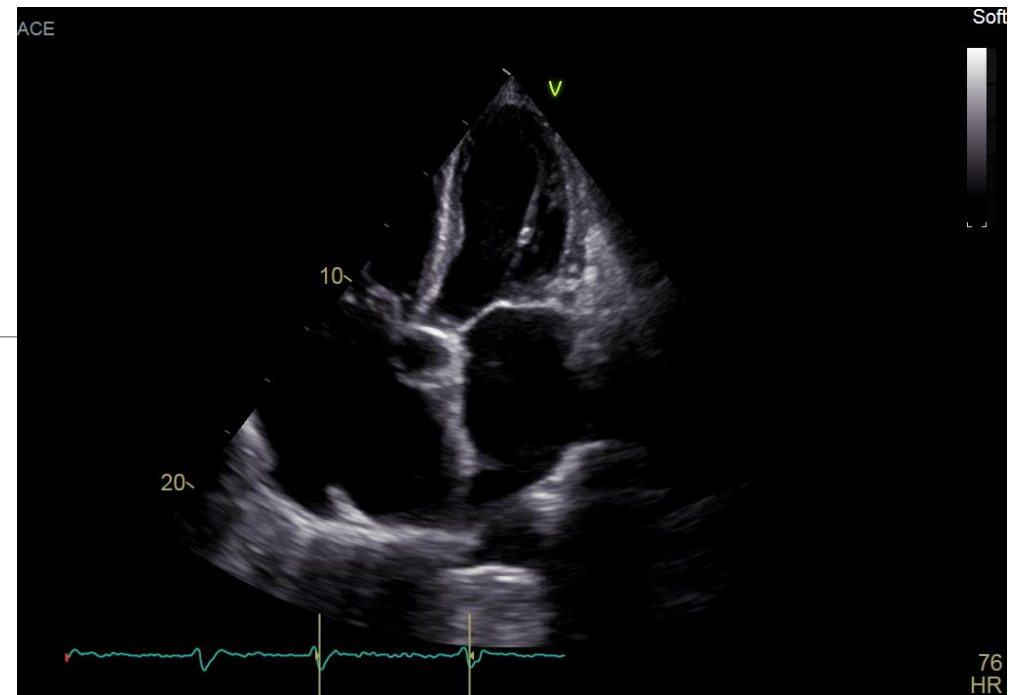
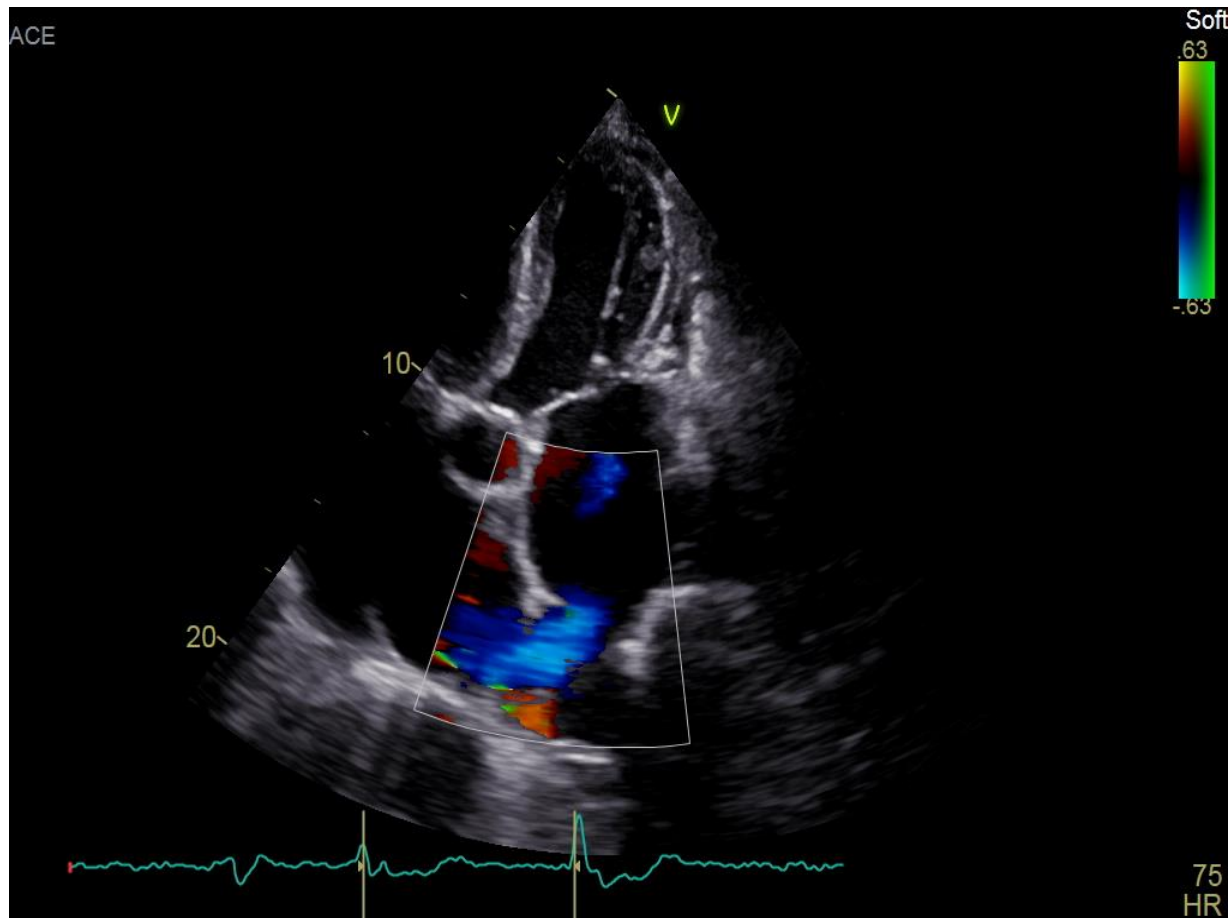
---

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.

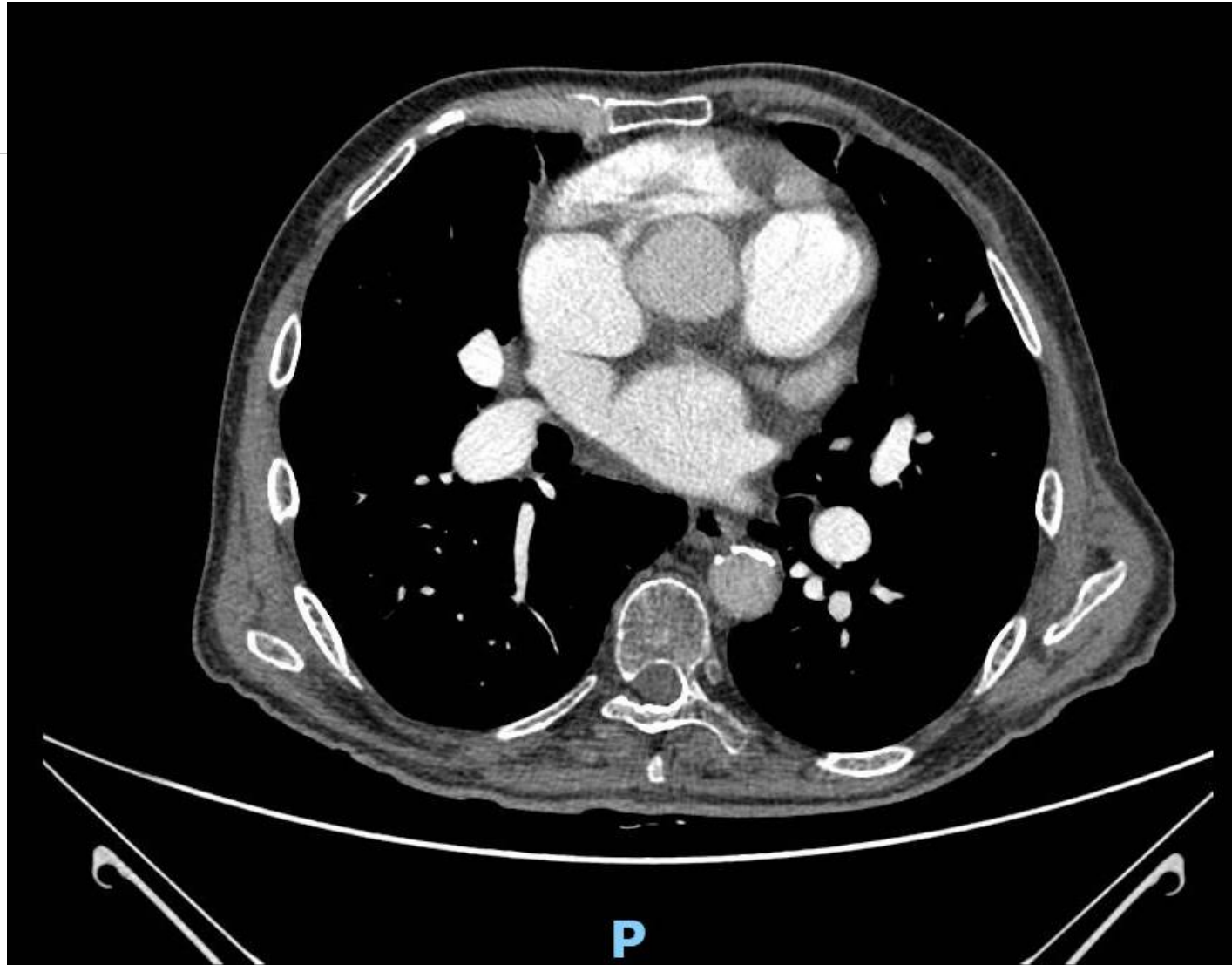




# Ecocardiogramma



# 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**