

# AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

## U.O.C. CARDIOLOGIA

U.O.S. DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE

Telefono e fax: 0577/585377

### VISITA CARDIOLOGICA-ECG-ECOCARDIOGRAMMA

Siena, 16/04/2024

**Cognome e Nome:**

**Data di nascita:**

*Peso: 64 kg*

*Altezza: 175 cm*

*tel:*

**Motivo dell'esame:** controllo cardiologico in pz sottoposta nel 2015 a sostituzione valvolare aortica con bioprotesi Mitroflow 19 e anuloplastica mitralica con anello n 28 per insufficienza mitro-aortica. Successivamente per degenerazione della bioprotesi valvolare aortica sottoposta a TAVI VIV (gennaio 2024) con impianto di bioprotesi Edwards Sapien n 20°, complicata da subocclusione del TC da interazione del lembo protesico Mitroflow, per cui eseguita angioplastica chimney su TC.

In anamnesi IMA inferiore (2013) con stop cronico della coronaria dx e lesioni minori sulla coronaria sn

A dicembre 2023 eseguiva ETE che documentava insufficienza da malapposizione di grado severo, lieve accelerazione transvalvolare con DP medio di 4 mmHg; bioprotesi aortica Mitroflow 19 degenerata con lembi retratti e sclerotici, con lieve stenosi (DP medio 22 mmHg, Vmax 3,1 m/sec), severa insufficienza intraprotetica e periprotetica (lieve leak ore 2-6).

Successivamente accedeva in PS per dolore toracico con irradiazione al braccio sn e dispnea ingravescente per cui veniva ricoverata presso la nostra U.O. Cardiologica. In regime di ricovero veniva eseguita anche coronarografia con riscontro di malattia coronarica plurivasale e angioTC dell'aorta in previsione della successiva TAVI VIV.

A gennaio 2024 eseguiva TAVI VIV (Gmed istantaneo 21 mmHg, successivamente Gmed 33 mmHg, Gmax 57 mmHg). Successivamente alla procedura mostrava dolore toracico con alterazioni ischemiche all'ECG per cui veniva eseguita CVG con riscontro di buon flusso alla coronaria sn, ma dolore all'avvicinamento del catetere all'origine della Cx con modifiche al tracciato ECG durante la manovra, per cui non riuscita IVUS. Il giorno dopo, recidiva di dolore toracico, per cui si procedeva con angioplastica chimney su TC.

Durante il ricovero brevi run di FA per cui iniziava terapia con NAO.

A marzo 2024 accesso in PS per dolore restrosterale associato a dispnea per cui si eseguiva curva troponinica risultata negativa. Non si evidenziavano segni di acuzie in atto.

**Altre patologie:** in passato connettivite non differenziata, IRC con rene policistico dx e subocclusione dell'a.renale dx e rene omolaterale ipoplasico e funzionante al 20%, eteroplasia benigna del pancreas, ulcera gastroduodenale, pregresso carcinoide bronchiale, calcificazioni e trombosi dell'aorta toraco-addominale con dilatazione del tratto addominale, anemia ipocromica normocitica

**Fattori di rischio cardiovascolari:** Dislipidemia, ex fumatrice



Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana

# AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

## U.O.C. CARDIOLOGIA

### U.O.S. DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE

Telefono e fax: 0577/585377

**Coronarografia (17/01/2024):** Dominanza destra. Tronco comune: stenosi 30%. IVA media: stenosi 40%. ramo intermedio: stenosi 75%. Occlusione totale della coronaria destra prossimale. Si eseguiva impianto di stent chimney su TC.

**Ultimo controllo cardiologico (02/24):** Alla visita odierna segni di scompenso cardiaco. PA nei limiti. ECG sovrapponibile alla dimissione. All'ecocardiogramma cardiopatia ischemico valvolare con funzione sistolica ridotta e lieve dilatazione ventricolo sn (FE 40%). Sezioni destre nei limiti per dimensione e funzione, PAPs nella norma. Insufficienza mitralica di grado severo, lieve gradiente sulla protesi aortica per sovraccarico e mismatch. In considerazione del quadro clinico e strumentale si raccomandava LASIX 500 mg ¼ cp al mattino, KCL retard 1 cp al mattino 2 cp a pranzo e 2 cp a cena, Canreonato di potassio 25 mg 1 cp la sera, sospendere Crestor e iniziare ROSUMIBE 10/10 mg 1 cp la sera, Entresto 24/26 mg ½ cp mattino e sera se lo sopporta altrimenti se ipotensione sospendere e sostituire con LASIX 25 mg 1 cp in più il pomeriggio

**Esami ematochimici (03/24):** Hb 13 mg/dl, PLT 118 mmc, creatininemia 1,40 mg/dl (eGFR 32 ml/min), enzimi epatici nei limiti, Na 135, K 4,1; colesterolo tot 145 mg/dl, TG 72 mg/dl, HDL 54 mg/dl, LDL 74 mg/dl, Hb glicata 33,0 mmol/mol, troponina HS 46 pg/ml, uricemia 5,4 mg/dl, BNP 519 pg/ml

**Terapia domiciliare:** Nega farmaco-allergie. Pantoprazolo 40 mg, clopidogrel 75 mg, Forxiga, Lasix 500 mg ¼ cp al mattino ed 1 cp 1 cp da 25 mg il pomeriggio al bisogno, eritropoietina 1 vv a settimana, Xarelto 15 mg die, allopurinolo 300 mg ½ cp, Rosumibe 10/10 mg 1 cp la sera, Entresto 24/26 mg ½ cp mattino e sera, KCL retard 2 cp la mattina e 2 cp nel pomeriggio, Canreonato di potassio 25 mg 1 cp la sera, Niferex

**Alla visita odierna:** Asintomatico per angor tipico, nega cardiopalmo. Dispnea per sforzi moderati, riferita in miglioramento rispetto al precedente controllo. Non episodi sincopali.

**ESAME FISICO:** eupnoico a riposo. **Torace:** MVF, non rumori aggiunti **Cuore:** rivoluzioni cardiache ritmiche, toni validi, soffio sistolico 2/6 ubiquitario. **Addome:** trattabile, non dolente né dolorabile alla palpazione. **Arti inferiori:** non edemi. **P.A.:** 120/60 mmHg.

**ECG:** RS a FC 61 bpm. PR limiti. AE verticale. Onde Q nelle infero-laterali. Onde T negative nelle derivazioni infero-laterali. QTc nei limiti. (sovrapponibile al precedente)

**ECOCARDIOGRAMMA:** *Frequenti SVEB alla traccia*

**Ventricolo sinistro:** diametri endocavitari del ventricolo sinistro nei limiti (DTD: 46 mm, DTS: 26 mm) con spessori parietali lievemente aumentati (SIVd: 11 mm e PPd: 10 mm), funzione sistolica ridotta (VTD 89 ml e VTS 40mL, FE: 55%). Acinesia della parete inferiore medio-basale. SIV post CEC.

**Ventricolo destro:** dilatato (DTD: 39 mm), funzione longitudinale e sistolica globale nei limiti (TAPSE: 21 mm, s': 0,12 m/s).

**Atrio sinistro:** nei limiti per dimensioni (Area in 4C: 18 cm<sup>2</sup>; vol: 51 ml LAVi 28 ml/mq).

**Aorta:** aorta ascendente (34mm) ed arco aortico (22 mm) nei limiti, aorta toracica lievemente dilatata (23mm). Protesi valvolare in sede, minimo leak a ore 10; stenosi di grado medio (2+/3+, Gmed 33mmHg, Gmax 54 mmHg, AVA funzionale 1,0 cmq), con aumento della velocità transvalvolare (Vmax 3,65 m/sec).



# AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SENESE

## U.O.C. CARDIOLOGIA

### U.O.S. DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE

Telefono e fax: 0577/585377

**Mitrale:** pregressa anuloplastica con anello n 28°; insufficienza di grado medio (3+/4+, VC 6mm) con jet principale a livello della commissura anteriore, gradienti transvalvolari nei limiti (Gmed 2,5 mmHg, MVA by PHT 2,5 cmq). Pattern Doppler da alterato rilasciamento (E: 0.96 m/s; A 1,18 m/s E/e': 17).

**Tricuspid:** insufficienza di grado moderata (2+/4+), PAPs nei limiti (30 mmHg).

**Polmonare:** continente.

**Pericardio:** assente versamento

**VCI:** nei limiti per dimensioni, normocollassabile con gli atti del respiro (14 mm).

**ECoscopia toracica:** sporadiche linee B bilaterali

#### CONCLUSIONI:

Alla visita odierna persistono segni di scompenso emodinamico. NYHA II-III. PA nei limiti.

All'ECG sovrapponibile al precedente.

All'ecocardiogramma cardiopatia ischemico valvolare con diametri endocavitari nei limiti e funzione sistolica conservata (FE 55%). Esiti di valvuloplastica mitralica con insufficienza residua di grado medio (3+/4+). Protesi valvolare aortica in sede, minimo leak a ore 10, stenosi residua di grado medio (2+/3+, Gmed 33 mmHg, Gmax 54 mmHg) non altrimenti trattabile. Sezioni destre dilatate e PAPs nei limiti.

In considerazione del quadro clinico e strumentale si raccomanda di:

- aumentare dosaggio di Rosumibe a 20/10 mg 1 cp la sera e mantenere LDL < 55 mg/dl
- assumere Lasix 25 mg 1 cp tutti i giorni al pomeriggio
- ridurre posologia di KCl retard a 1 cp/die
- eseguire Holter ECG 24 h

Prosegue invariata la restante terapia: pantoprazolo 40 mg, clopidogrel 75 mg, forxiga, eritropoietina 1 vv/sett, xarelto 15 mg die, allopurinolo 300 mg ½ cp, lasix 500 mg ¼ cp la mattina, Canreonato di potassio 25 mg 1 cp la sera, Entresto 24/26 mg ½ cp mattino e sera, Niferex.

Si raccomanda, in considerazione della stenosi aortica residua, di evitare sforzi fisici ed eseguire controlli semestrali

Prossimo controllo cardiologico tra 6 mesi. Portare in visione esami ematochimici recenti, si consegnano impegnative.

***Si raccomanda di portare questo referto ai successivi controlli***



Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana