



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 6 "VICENZA"
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050 – COD. U.L.SS. 006 – COD.FISC. E P.IVA 02441500242

Dipartimento Cardiovascolare
Unità Operativa Complessa di Cardiologia
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
Direttore: Dott. Alessandro Fontanelli

Identificativo documento: **SIGLDO20190003000**

Dati del paziente

Ospedale: 01 - P.O. DI PORTOGRUARO
Reparto: 00055 - ORTOPEDIA
Numero Ricovero: 20190003000
Data ricovero : 27/06/2019 Data dimissione : 18/04/2023
Cognome Nome: **PROVA DA ELIMINARE**
Data di nascita: **11/05/1980**
Codice fiscale PRVDMN80E11L736J



P R V D M N 8 0 E 1 1 L 7 3 6 J

Motivo del ricovero

Accesso in PS per dispnea ed oppressione toracica associate a cardiopalmo da sforzo presenti da alcuni giorni; in PS veniva riscontrata dilatazione e disfunzione del ventricolo sinistro e alterazioni della ripolarizzazione ventricolare all' ECG. all' Rx torace quadro di stasi polmonare, ombra cardiaca ingrandita e globosa. Tnl negativa.

Valutazione e decorso clinico

Dall' ingresso la paziente si e' mantenuta asintomatica e obiettivamente in soddisfacente compenso. Ben tollerata la terapia introdotta. L' ecocardiogramma all' ingresso mostrava FEVS severamente depressa, disfunzione diastolica di III grado, ipertensione polmonare moderata.
E' stata eseguita una coronarografia che mostra assenza di stenosi significative a carico dei principali rami coronarici.
E' stata eseguita una risonanza magnetica cardiaca che mostra VS dilatato con marcata depressione della funzione sistolica ventricolare sinistra, trabecolatura aumentata in corrispondenza della parete posterolaterale medioapicale, lieve disfunzione sistolica del VD., tenue sottile GLE al SIV mediobasale; versamento pericardico in sede inferoposterolaterale e al tetto dell' AD; segnalata la presenza di linfonodi ingranditi max 17 mm al cavo ascellare sn.
E' stata eseguita una valutazione ematologica in cui dato che non e' escludibile un possibile ruolo della chemioterapia a della immunoterapia di mantenimento nella cardiomiopatia, di sospendere la terapia di mantenimento e proseguire con i controlli ambulatoriali come programmato.
Al monitoraggio elettrocardiografico telemetrico una tripletta di BEV e due brevi tachicardie a complessi larghi non rapide.
L' ecocardiogramma pre-dimissione mostra VS dilatato con aumentata trabecolatura apicale, FE 34%, disfunzione diastolica di II grado, non valvulopatie di rilievo, VD con funzione sistolica longitudinale lievemente ridotta, non segni di ipertensione polmonare. lieve versamento pericardico non emodinamicamente significativo.
L' ECG alla dimissione mostra: bradicardia sinusale, 49 bpm; alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione.

Condizioni del paziente e diagnosi alla dimissione

Iniziale scompenso cardiaco in cardiomiopatia dilatativa con moderato-severa depressione della funzione sistolica del ventricolo sinistro; in corso indagine genetica per cardiomiopatie. Linfoma non Hodgkin chemiotrattato. Ipertensione arteriosa; esiti di isterectomia.

A domicilio graduale ripresa dell'attività fisica non intensa.

Si raccomanda il frequente monitoraggio del peso corporeo e, nel caso di repentino aumento, di rivolgersi al proprio medico curante.

Data la terapia con antiaggreganti e statina si consiglia di eseguire controlli regolari di emocromo, transaminasi e CPK. tra tre mesi controllare l' assetto lipidico, quindi eventuale adeguamento della terapia ipolipemizzante.

Controllare la PA e la FC; se tollerato aumentare il bisoprololo a 1,25 mg x2/die.

Si raccomanda cautela nella somministrazione di farmaci antiinfiammatori non steroidei in particolare i Coxib e diclofenac che comunque sono controindicati nei pazienti dimessi con insufficienza cardiaca con classe funzionale NYHA > I, cardiopatia ischemica, arteriopatia obliterante degli arti inferiori, ischemia cerebrale.

Esami consigliati:

- Ecocardiogramma e visita cardiologica tra circa due-tre mesi presso ambulatorio scompenso cardiaco.
- Emocromo con formula, ionemia, creatininemia tra circa una settimana. Ricontrollare gli esami ematochimici risultati alterati.
- visita ematologica a trenta giorni.
- Pronta rivalutazione, anche in Pronto Soccorso, in caso di sintomi

INFORMAZIONE: *Gentile Signore, desideriamo renderLa partecipe che per il Suo percorso di cura è stato stimato, in termini di media, un impiego di risorse economiche da parte del Servizio Sanitario Regionale pari ad euro 60.000.*

Cordiali Saluti

Dott. IVAN SIMONINI