



Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" - Potenza

DIPARTIMENTO ALTA SPECIALITA' del CUORE

Unità Semplice Dipartimentale SCOMPENSO CARDIACO

Direttore: Prof. Eugenio Stabile

N.Accesso:2023-255

Del:06/03/2023

Direttore U.O.C.

Prof. Eugenio Stabile

**S.S.D. TERAPIA INTENSIVA
CARDIOLOGICA**

Resp. Dott. G.Paterno'

S.S.D. IMAGING

Resp. Dott.M.F.Costantino

S.S.D. SYNCOPE UNIT

Resp. Dott. M.Elgiato

DIRIGENTI MEDICI:

Dott. C.Biscione
Dott.ssa A.Bohicchio
Dott.ssa M.Chiaffitelli
Dott.ssa A.Cristiano
Dott. C.Cuda
Dott. G.D'addeo
Dott. I.De Tommaso
Dott. G.Donnici
Dott.ssa M.L.Ferrigno
Dott. R.Grippio
Dott. P.Innelli
Dott.ssa A.M.Larinto
Dott. A.Leccese
Dott. A.Lopizzo
Dott. V.Martone
Dott. D.Polosa
Dott. M.Sannazzaro
Dott.ssa M.P.Santarsiere
Dott. C.Smaldone
Dott. R.Spirito
Dott.ssa E.Tancredi
Dott. G.Tarsia

SEGRETERIA DIPARTIMENTALE:

Sig. A.Metallo 0971/613575

COORDINATRICE AMBULATORI:

Sig.D.G.Saponara 0971/612337

COORDINATRICE UTIC:

Sig.D.Loffreno 0971/613559

COORDINATRICE CARDIOLOGIA:

Sig.M.Restaino 0971/613678

COORDINATORE

CARDIOLOGIA INVASIVA:

Sig.C.Iacovino 0971/613676

Provenienza: Esterno

Signor **DI PIETRO MICHELE GIULIO MARCELLO**, nata il 02/10/1946

Residente a PIGNOLA, in CONTRADA PIAN CARDILLO SNC

C.F. DPTMHL46R02A020E

N. Referto: 2023-254

Ultimo controllo eseguito a gennaio 2023.

Cenni anamnestici:

FRCV: ipertensione arteriosa, dislipidemia, ex fumatore (stop da febbraio 2023).

IRC.

Sindrome depressiva. Iperuricemia.

Fibrillazione atriale parossistica trattata con cardioversione elettrica efficace.

Nel 2003 EPA con rilievo di cardiomiopatia dilatativa-ipocinetica con severa

disfunzione ventricolare sinistra. Inserito in lista trapianto cardiaco a Pavia.

Successivamente riferito miglioramento della FE (55%), per cui è uscito dalla lista trapianto. Nel 2011 IMA trattato con PCI.

(fin qui raccordo anamnestico, non disponibile documentazione in merito).

Ricoverato in Cardiologia il 25/09/22 con diagnosi di STEMI anteriore

(all'ingresso paziente in FV, sottoposto a MCE con successivo ripristino di RS),

sottoposto a PCI di IVA per occlusione intrastent. e posizionamento di IABP

(durante la procedura 1 episodio di TV e FV trattati con DC-Shock efficace).

Successivo trasferimento in UTI dopo intubazione e sedazione; supporto

inotropo. Eseguito controllo coronarografico il 5/10/22 con POBA dello stent

precedentemente impiantato su IVA per evidenza di sottoespansione di stent.

Residua stenosi moderata al tratto medio MO1 e stenosi critica al tratto

distale di MO1 di calibro medio-piccolo con attuale indicazione a terapia

medica. Buon esito di pregresso stenting di Cx. Ritrasferito in UTIC in data

28/10/22. Regolare il successivo decorso. Residua severa disfunzione

ventricolare sinistra globale (FE 35%), IM moderata, IT moderata. Dimesso il

14/10/2022.

In occasione di un precedente controllo cardiologico sospesi statina ed

ezetimibe, introdotto Inclisiran.

Aggiornamento clinico:

Nuovo ricovero in UTIC il 10/02/2023 per riacutizzazione di scompenso

cardiaco (dispnea e tosse catarrale) trattato con ciclo di Simdax, diuretico ad alte dosi e NIV, emodinamica sostenuta nella fase acuta da Noradrenalina ev.

Progressiva stabilizzazione del quadro clinico. All'ecocardiogramma

predimissione Vsn dilatato, FE 23%, lieve IAO, IM severa, IT moderata con

PAPs 50 mmHg, minimo scollamento pericardico. Posta indicazione ad

impianto di ICD, ma il pz ha espresso volontà di pensarci in merito. Dimesso il 23/02/2023.

Riferito miglioramento soggettivo dalla dimissione. Nega episodi di angor,

nega cardiopalmo, nega dispnea per le attività svolte (vita comunque con

N. Referto: 2023-254

del:06/03/2023

DI PIETRO MICHELE GIULIO MARCELLO, del 02/10/1946

Pagina 1 di 3

basso profilo di attività), non sincopi.

Es. laboratorio 01/03/2023: Hb 12,4 (vs 11,2 rispetto alla dimissione), proBNP 2191, Glicemia 94, Acido urico 8,5, CPK ok. Mancano creatinina ed elettroliti. Manca profilo lipidico. Manca funzionalità epatica.

Es. laboratorio 23/02/2023 (dimissione): Hb 11,2, Crea 1,03 (GFR 40 mL/min), Na 138, K 3,3.

Terapia domiciliare:

PANTORC 20 MG 1 CP ORE 7
CARDIOASPIRIN 100 MG 1 CP DOPO PRANZO
BRILIQUE 90 MG 1 CP ORE 8 ED ORE 20 (ALLEGATO PT)
TAREG 40 0,5 CP X 2
LASIX 500 MG 0,25 CP ORE 8
ALDACTONE 50 MG ORE 16
CONGESCOR 1.25 MG 1 CP ORE 8 ED ORE 20
LEQVIO
FORXIGA 10 MG 1 CP (PT redatto il 20/02/2023)

Sospeso Entresto 24/26 mg in occasione del ricovero e sostituito con Tareg.

EO: Peso 46,5 Kg. Eupnoico a riposo. Decubito indifferente. Toni cardiaci ritmici, soffio sistolico 2-3/6 in mesocardio. Polsi radiali presenti e simmetrici. Al torace MV aspro su tutto l'ambito. Addome trattabile. Non edemi. PA 95/60 mmHg

ECG: Bradicardia sinusale, FC 55 bpm. Conduzione AV ai limiti superiori (PR 0,20 sec). Bassi voltaggi della R da V1 a V3. Alterazioni della ripolarizzazione ventricolare con onde T negative in sede anterolaterale ed inferiore. (tali alterazioni erano già presenti al precedente ECG, attualmente sono lievemente migliorate).

ECOCARDIOGRAMMA:

Ectasia della radice aortica (40-41 mm ai seni di Valsalva) e dell'aorta ascendente (max 37 mm nel tratto esplorabile). Atrio sinistro ingrandito (DAP 48 mm). Ventricolo sinistro dilatato (DTD 70 mm), spessori ai limiti superiori (SIV e PP 11 mm), acinesia del SIV, della parete anteriore e dei segmenti apicali, ipocinesia dei restanti segmenti, funzione sistolica globale severamente ridotta (FE 25-30%). Valvola aortica apparentemente tricuspidale con conservata dinamica di apertura delle cuspidi valvolari. Insufficienza aortica lieve (PHT circa 506 ms). Insufficienza mitralica moderata con due jet. Insufficienza tricuspidalica moderata con gradiente Vd/Ad 31 mmHg, PAPs lievemente aumentate (36 mmHg). Alterato rilasciamento diastolico. Sezioni destre ai limiti superiori per dimensioni, funzione ventricolare ai limiti inferiori (TAPSE 17 mm). VCI ai limiti superiori (2 cm), normocompiante con gli atti del respiro. Non versamento pericardico.

Conclusioni:

Pz affetto da cardiopatia dilatativa-ipocinetica post-ischemica con severa riduzione della funzione sistolica globale del ventricolo sinistro.

Recente ricovero in Cardiologia per riacutizzazione di scompenso cardiaco, in tale occasione posta indicazione ad impianto di ICD ma il pz ha preferito pensarci in merito quindi è stato dimesso.

Riferito miglioramento soggettivo rispetto al precedente controllo.

Accettabile compenso clinico.

All'ecocardiogramma odierno persiste la severa disfunzione ventricolare globale del ventricolo sinistro (FE 25-30%), IM moderata, IAO lieve, IT moderata con PAPs 36 mmHg.

Si ribadisce al pz l'indicazione ad impianto di ICD: il pz, in presenza anche del figlio, comprende ed accetta. Si pone quindi in lista di ricovero, verrà contattato telefonicamente per conoscere la data del ricovero.

Al momento non si reintroduce Entresto in quanto non è stato eseguito un controllo della Creatinina post-dimissione dopo introduzione di nuovi farmaci, eseguire a breve controllo creatinina ed elettroliti per valutare suo reinserimento. Monitorare la pressione arteriosa a domicilio.

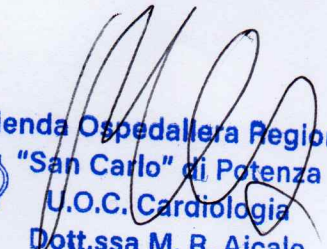
Introdurre in terapia Allopurinolo 300 mg 0,5 cp ore 18. Restante terapia invariata.

Il prossimo controllo cardiologico sarà stabilito dopo la dimissione.

Esito Visita: Esaustivo

Potenza, 06/03/2023

Medico Refertante


Azienda Ospedaliera Regionale
"San Carlo" di Potenza
U.O.C. Cardiologia
Dott.ssa M. R. Aicale