



LA STENOSI VALVOLARE
AORTICA
E IL MEDICO DI FAMIGLIA

Mercoledì 5 Ottobre 2022

Dr.ssa Chiara Morlacchi

Medico di Medicina Generale

CASO CLINICO 1

V.B.

Donna

76 anni

28.08.2020: accesso in ambulatorio per dispnea da qualche giorno, soprattutto dopo sforzo.

ESAME OBIETTIVO

PA 130/70 mmHg

FC 88 bpm R

S02 97% in aa

Obiettività cardiaca: toni cardiaci validi, ritmici, SOFFIO SISTOLICO 4/6 ubiquitario

Obiettività toracica: MV presente su tutto l'ambito polmonare, non rumori patologici aggiunti.

Obiettività addominale: addome piano, trattabile, non dolente né dolorabile alla palpazione superficiale e profonda, peristalsi presente.

Non edemi declivi.

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

- Lobectomia tiroidea dx per nodulo tiroideo nel 1983
- Isterectomia totale nel 1996
- Colectomia per colelitiasi nel 2003
- Tenolisi per Malattia di De Quervain polso dx nel 2006
- Cataratta OD e OS nel 2015
- Intervento di artroprotesi anca dx (post trauma da caduta) nel 2018

COMORBILITA'

- Ipertensione arteriosa
- Dislipidemia
- Obesità (BMI 31)
- BBsn
- BPCO
- Vasculopatia carotidea subcritica
- Sdr ansiosa

Guardiamo la cartella clinica e il diario:

- Da tre anni è seguita da cardiologo di fiducia per valvulopatia aortica.

Indaghiamo meglio la sintomatologia riferita:

- Da un anno lamenta dispnea da sforzo (progressivamente ingravescente).
- Attualmente, da qualche giorno, è sintomatica per dispnea da sforzo lieve.

Ultimo ecocardio (eseguito in data 16.12.19):

ECOCARDIOGRAMMA

RADICE AORTICA:NON DILATATA

VALVOLA AORTICA:FIBROTICA CON STENOSI MODERATA, GRAD MAX 51, MEDIO 37

VENTRICOLO SX:CON NORMALI DIMENSIONI, LIEVE IPERTROFIA PARIETALE, NORMALE CINESI E PATTERN DIASTOLICO DA ALTERATO RILASCIAMENTO. FE 58%

VALVOLA MITRALE:INSUFF LIEVE

ATRIO SX:DILATATO

ATRIO DX:NON DILATATO

TRICUSPIDE:INSUFF LIEVE CON PAPS 41+5MMHG

VENTRICOLO DX:NON DILATATO, NORMOCINETICO

VALVOLA POLMONARE:NDP

STENOSI AORTICA MODERATA
CONTROLLO TRA UN ANNO

Si prescrive ecocardio URGENTE (15.09.2020):

ECOCARDIOGRAMMA COLOR DOPPLER

MISURE ALLEGATE NEL REPORT FOTOGRAFICO

Ventricolo sinistro ipertrofico e normale per dimensioni endocavitarie e normale per cinesi segmentale e regionale. Funzione sistolica globale conservata. FE>55%. Fibrodegenerazione delle cuspidi aortiche condizionante stenosi valvolare di grado severo (Grad max 98 mmHg, med 61 mmHg). Radice aortica non dilatata. Arco aortico regolare. Minima insufficienza mitralica da difetto di coaptazione dei lembi. Pattern mitralico da alterato rilasciamento diastolico del VS. Atrio sinistro dilatato. Cavità destre nella norma. TAPSE 28 mm. Lieve insufficienza tricuspидale da cui si derivano PAPs lievemente aumentate (38+5 mmHg). VCI regolare per calibro e collassabilità inspiratoria. Non versamento pericardico. Setti apparentemente integri.

VISITA CARDIOLOGICA - ELETTROCARDIOGRAMMA

ANAMNESI PERSONALE: Nota per controlli precedenti. Ipertensione arteriosa. Lieve dislipidemia, non fumo. BBS noto da anni. Scintigrafia miocardica 2013 negativa. 2017 CNG per precordialgia: coronarie indenni da lesioni. Vasculopatia carotidea (30-40% bil). Nota iniziale stenosi aortica. Bronchite cronica catarrale. Non CAD, ne' diabete. S. ansiosa. Nega angor e palpitazioni. Riferisce dispnea. Giunge asintomatica per controllo.

TERAPIA: Olpress 10 mg 1 cp, Procoralan 5 mg 1 cp x 2, Sequacor 1.25 mg 1 cp, Ipterten 20 mg 1/2 cp, Totalip 10 mg 1 cp, Igroton 25 mg 1/2 cp, Cardioaspirin 1 cp. Spiriva. Myurodela (ossibutinina). Dibase.

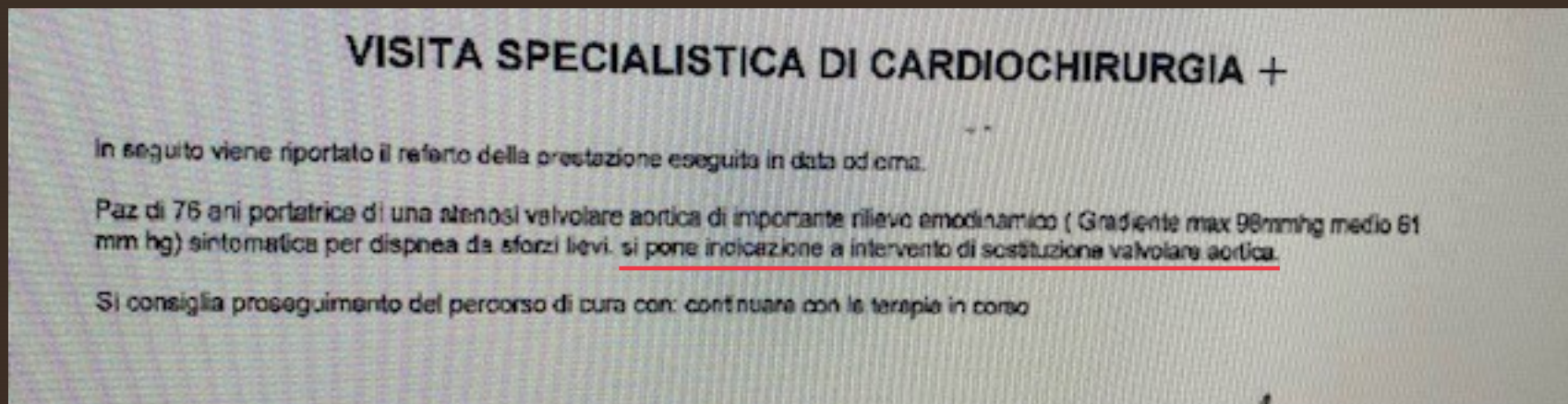
P.A. 150/90 (riferiti valori pressori nei limiti al domicilio). **ECG:** RS 82 bpm. BESV ripetitivi. BBS. E.O.: toni ritmici, validi, soffio ubiquitario 2-3/6. MV normotrasmeso su tutto l'ambito, non stasi. Non edemi declivi.

CONCLUSIONI: Attualmente discreto compenso emodinamico.

Si consiglia valutazione cardiocirurgica a breve. Nel frattempo riduce procoralan a 1/2 cp x 2 ed aumenta Sequacor a 1.25 mg 1 cp x 2.

Se si dovessero presentare sintomi consigliamo di recarsi in PS.

Eseguita visita cardiocirurgica in data 22.09.2020:



In data 28.09.2020: INTERVENTO DI SOSTITUZIONE VALVOLARE AORTICA CON PROTESI BIOLOGICA TRIFECTA N.21.

CASO CLINICO 2

N.A.

Donna

75 anni

Nuova paziente

ANAMNESI e COMORBILITA'

- Ipertensione arteriosa
- Obesità
- Intervento di bendaggio gastrico circa 20anni fa
- Psoriasi cutanea
- Malattia venosa cronica arti inferiori
- Cataratta bilaterale
- Intervento artroprotesi ginocchio dx

TERAPIA

- Amlodipina 10mg
- Esidrex 10mg
- Pantoprazolo 40mg

Primo accesso in ambulatorio a fine agosto 2021: riferisce dispnea da minimi sforzi, edemi declivi (soprattutto serali) e frequenti episodi di lipotimia.

ESAME OBIETTIVO:

Toni cardiaci validi, ritmici, normofrequenti, soffio proto-meso sistolico di elezione 3/6.

Torace: MV presente su tutto l'ambito polmonare, non rumori patologici aggiunti.

Non edemi declivi al momento della visita.

Addome piano, trattabile, non dolente né dolorabile alla palpazione superficiale e profonda.

Si prescrive VISITA CARDIOLOGICA+ECG+ ECOCARDIOGRAMMA (03/09/2021):

Ventricolo sinistro di normali dimensioni DTD 47mm, FE 65%, alterato rilasciamento, fibrocalcificazioni dei lembi valvolari aortici e ridotta apertura, gradiente max/med 83/42 mmHg, Vmax 4,54 m/sec. Cavità destre e pericardio nella norma.

Conclusioni: stenosi valvolare aortica critica.

Indicazione a eseguire TAVI (previa angio TAC torace addominale con mdc).

Chiediamo di visionare documentazione pregressa e vediamo che una visita cardiologica era stata eseguita in data 16.10.2020:

Motivo Accesso e Anamnesi Patologica Prossima

Sovrappeso (100 Kg x 165 cm). Ipertensione arteriosa in terapia con irbesartan/HCTi150/12.5. Psoriasi. Riscontro eco di stenosi aortica moderata (grad max 46, medio 30 mmHg). Riferisce tosse secca da circa un anno e mezzo. Sempre da un anno e mezzo dispnea da sforzo. TDS massimale negativo. In tp PPI.

Esame Obiettivo

Non segni di scompenso cv. Toni ritmici, soffio sistolico artico 3/6. PA 160/85

ECG: RS 67 bpm. Normale.

ECOSCOPIA: stenosi artica serrata: valvola calcifica ipomobile, Vmax 4.1 m/sec, grad max 67 - medio 40 mmHg. DVI 0.25.

Conclusioni diagnostiche e indirizzo terapeutico

Stenosi artica serrata, Utile approfondimento diagnostico con eco trans esofageo e valutazione in Heart Team per CCH vs TAVI.

Riferisce di aver sottovalutato l'indicazione cardiologica.

Si raccomanda di seguire indicazioni specialistiche.

In data 14.10.21: IMPIANTO DI TAVI

Grazie per l'attenzione