

Dopo rivascolarizzazione miocardica: caso clinico

Gian Battista Danzi

Cardiologia Invasiva, Casa di Cura Poliambulanza, Brescia

(Ital Heart J 2005; 6 (Suppl 2): 43S-45S)

© 2005 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Gian Battista Danzi

U.O. di Cardiologia

Padiglione Sacco

Ospedale Maggiore

Policlinico

Via F. Sforza, 35

20122 Milano

E-mail: gbdanzi@tin.it

S.M., donna di 45 anni. Fattori di rischio coronarico: fumo, ipertensione arteriosa, dislipidemia. Non malattie significative in passato, da circa 2 mesi lamenta angina da sforzo (classe funzionale NYHA II). L'obiettivo cardiovascolare è negativa; l'elettrocardiogramma è nei limiti. L'ecocardiogramma dimostra cavità cardiache nella norma, spessori e cinetica parietale del ventricolo sinistro conservati. La frazione di eiezione è del 68%. Gli apparati valvolari sono normali. Il test da sforzo eseguito al cicloergometro risulta positivo per criteri clinici (angor) ed elettrocardiografici (ST sottoslivellato di 2 mm) ad un doppio prodotto di 21 000 mmHg $\times$ b/min. La paziente giunge alla nostra osservazione per eseguire la coronarografia in terapia con aspirina (100 mg), atenololo (50 mg), losartan (50 mg) e simvastatina (20 mg). Lo studio coronarografico esegui-

to per via femorale documenta alterazioni parietali diffuse a carico della coronaria sinistra senza evidenza di lesioni significative. La coronarografia destra evidenzia una stenosi 90% (lesione tipo B1) al terzo medio del vaso con una periferia ben rappresentata (Fig. 1A). Durante la stessa procedura si esegue angioplastica coronarica con stenting diretto della lesione. Si applica uno stent convenzionale di 3.0 mm dilatato a 16 bar. La procedura risulta angiograficamente efficace (Fig. 1B). La paziente viene trattata con doppia antiaggregazione (clopidogrel ed aspirina) e viene dimessa a 24 ore dalla procedura in buone condizioni. Il decorso successivo è regolare e la paziente viene seguita dal cardiologo curante che a distanza di 3 mesi dalla procedura di angioplastica esegue un test da sforzo. La prova eseguita previa sospensione della terapia betabloc-

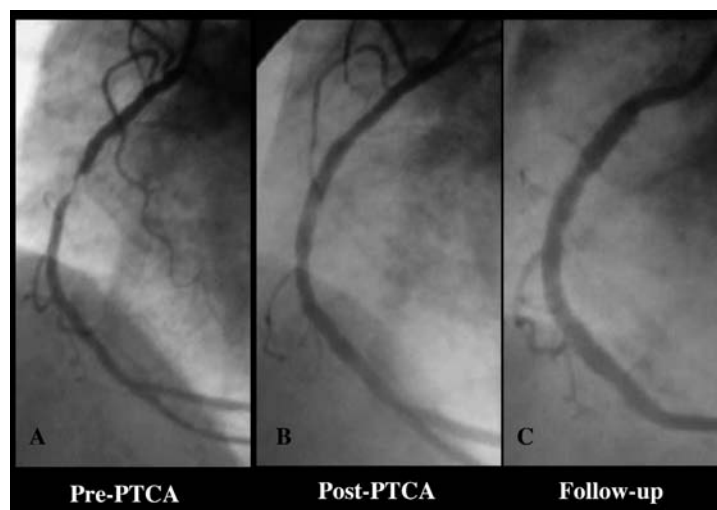


Figura 1. A: stenosi 90% (lesione di tipo B1) al terzo medio della coronaria destra; B: risultato immediato dopo stenting diretto; C: persistenza di buon risultato in sede di stenting (stenosi residua 36% all'angiografia quantitativa) al follow-up a 4 mesi. PTCA = angioplastica coronarica.

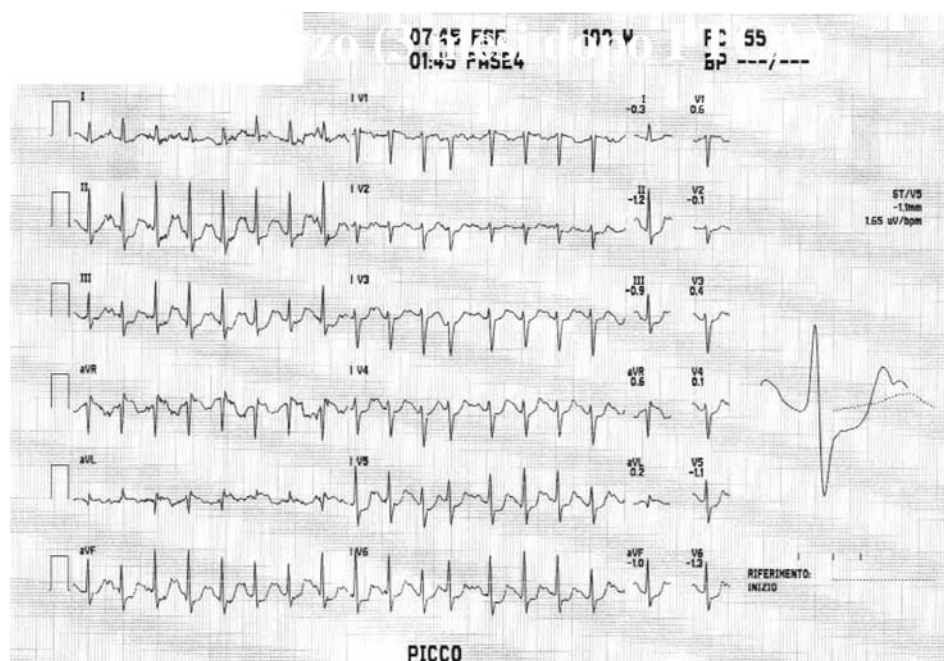


Figura 2. Test da sforzo (3 mesi dopo angioplastica coronarica).

cante risulta positiva per criteri elettrocardiografici (ST sottoslivellato di 2 mm) senza angina ad un doppio prodotto di 23 000 mmHg $\times$ b/min (Fig. 2). In considerazione del risultato del test da sforzo la signora viene sottoposta a scintigrafia miocardica con tallio da sforzo (tomografia computerizzata ad emissione di fotone singolo) (Fig. 3). Durante il test si ripropongono le modifi-

cazioni elettrocardiografiche da lavoro e viene descritto un difetto di perfusione non transmurale reversibile a carico del segmento basale del setto inferiore, dell'apice e del segmento basale della parete inferiore. La paziente, alla quale viene proposto un ristudio coronarografico, preferisce soprassedere per cui il cardiologo curante le consiglia l'esecuzione di un test eco-dipirida-

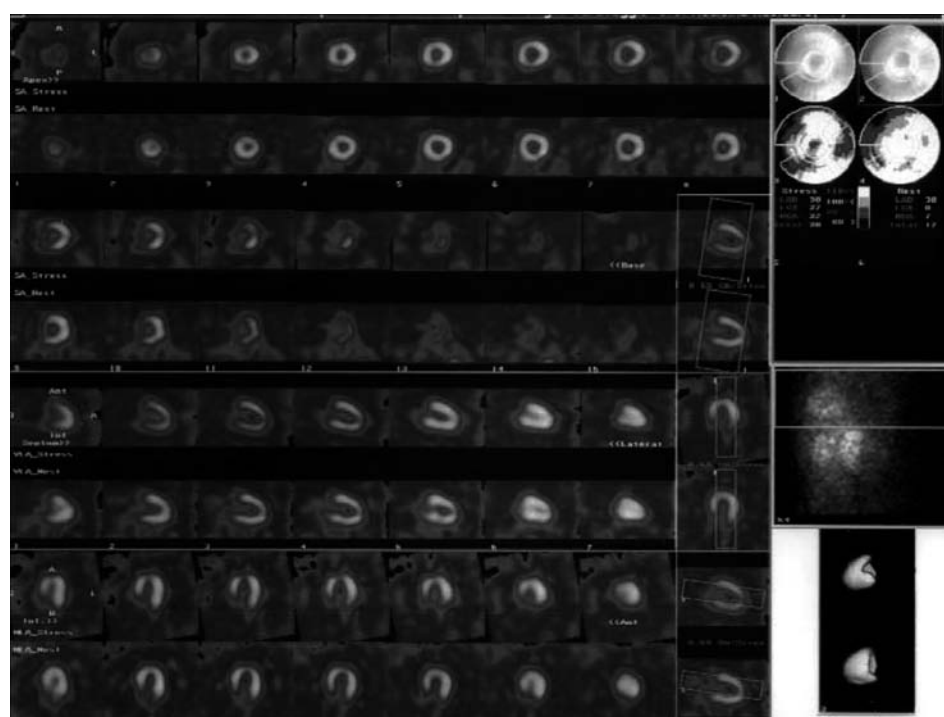


Figura 3. Tomografia computerizzata ad emissione di fotone singolo con tallio da sforzo.

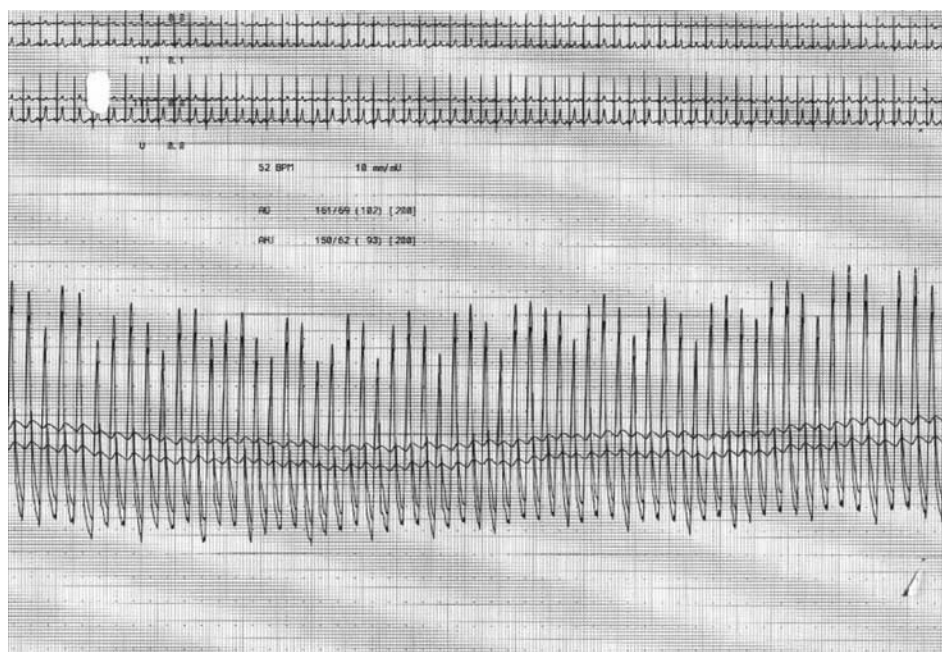


Figura 4. Riserva coronarica.

molo. Il test eseguito in regime ambulatoriale risulta positivo per comparsa di alterazioni di cinetica parietale a carico del segmento basale del setto e della parete inferiore a seguito della somministrazione di doppia dose del farmaco. A 4 mesi di distanza dalla procedura la paziente viene risottoposta a studio coronarografico che documenta una situazione invariata a carico della coronaria sinistra. La coronarografia destra documenta persistenza di buon risultato in sede di stenting con ste-

nosi residua del 36% all'angiografia quantitativa e con un diametro luminale di 2.1 mm (Fig. 1C). Durante la stessa seduta si esegue una valutazione invasiva del significato funzionale della lesione residua con una guida di pressione che documenta una riserva coronarica normale (0.91) (Fig. 4). La paziente viene dimessa in terapia medica ed è asintomatica al follow-up clinico ad 1 anno dall'angioplastica.