

CASO CLINICO

SINTESI ANAMNESTICA:

- donna di aa 62
- ipertensione arteriosa
- diabete mellito tipo 2

- deficit familiare di antitrombina III

- giugno 2000 riscontro ambulatoriale di TVP:
un mese prima malessere generale con dispnea
e cardiopalmo

- inizia terapia con dicumarolici fino a luglio 2001

- dicembre 2001 allo studio Doppler riscontro di TVP
femoro-poplitea parzialmente ricanalizzata

CASO CLINICO

SINTESI ANAMNESTICA 2 :

30/01/02 ricovero in ospedale periferico per episodi ripetuti di dispnea, cardiopalmo e sudorazione

-dati bioumorali di rilievo:

- iperglicemia

-ECG: lieve tachicardia sinusale con onde T negative da V1- V5 ; D3- aVF

-viene trasferita in UTIC per sospetta cardiopatia ischemica (02/02/02)

CASO CLINICO

ESAME OBIETTIVO:

- lieve dispnea a riposo con tachicardia (100/m')
- Soffio sistolico 3/6 sul centrum ed alla punta
- Pa: 120/80

DATI STRUMENTALI: (02/02/02)

-Emogasanalisi:

pH 7.55; pCO₂: 23.7 mm/Hg; pO₂ : 70.5 mm/Hg
HCO₃ st 25.6 mmol/L; BE -1.0 mmol/L
O₂ sat 96.3 %

ECG : invariato rispetto al tracciato 30/01/02

CASO CLINICO

DATI BIOUMORALI: (02/02/02)

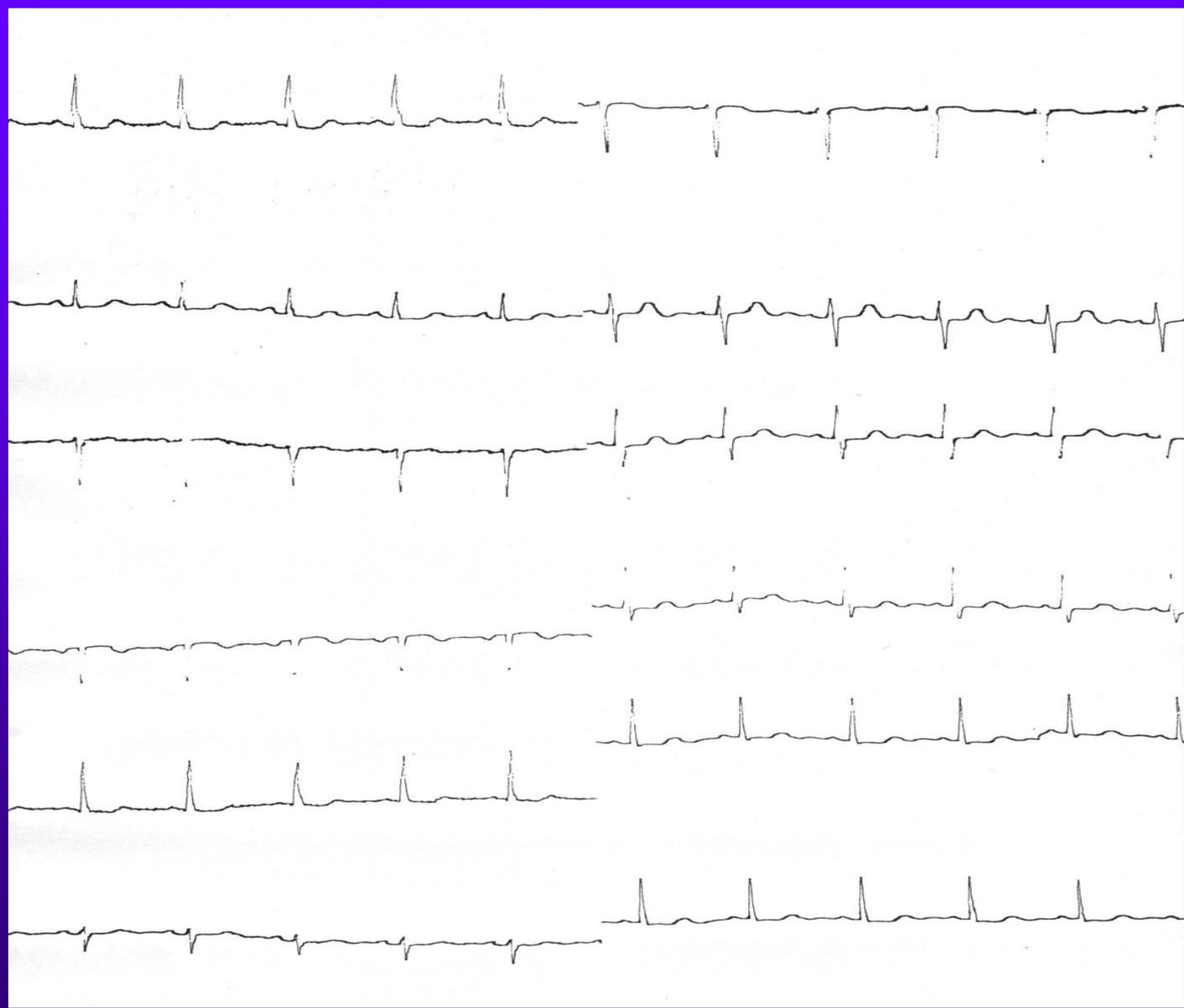
- iperglicemia;
- ipertrigliceridemia
- lieve anemia ipocromica sideropenica
- enzimi cardiospecifici nella norma;
- troponine nella norma
- D- Dimero: 451 ng/ml (v.n. < 255 ng/ml)

Rx TORACE: (a letto) (02/02/02)

assenza di alterazioni pleuro-polmonari;
sclerectasia aortica;
allungamento diametro longitudinale

ECG 15/10/01

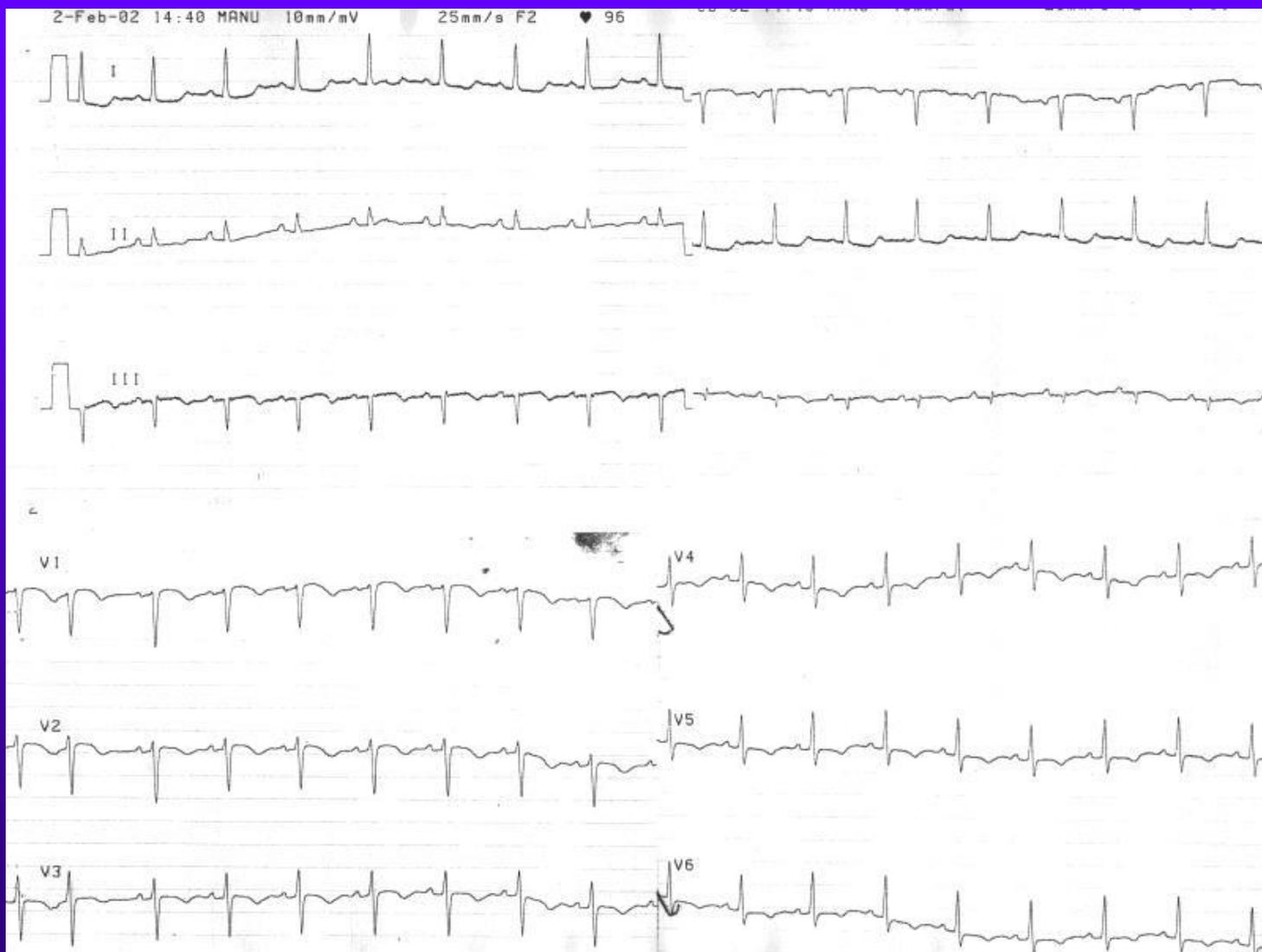
4 Mesi prima del ricovero



ECG

02/02/02

Al ricovero



Videocassetta

Che fare?

- Trombolisi ?
- Terapia anticoagulante ?



CLASSIFICAZIONE DEI TROMBI DEL CUORE DESTRO

Criteria morfologici

- Trombi di tipo A “in transito” (aspetto vermiforme)
- Trombi di tipo B “autoctoni” (marginari regolari)
- Trombi di tipo C (caratteristiche intermedie)

SEGNI ECOCARDIOGRAFICI della T.E.P.

- **Dilatazione del ventricolo e dell'atrio dx**
- **Alterazioni cinetiche della parete libera del ventricolo dx**
- **Dilatazione dell'arteria polmonare**
- **Rigurgito tricuspidalico**
- **“Fluttering” sisto-diastolico del setto interventricolare**
- **Dilatazione della vena cava inferiore**
- **Shunt dx—sn a livello del forame ovale in presenza di elevata pressione atriale dx**
- **Diminuite dimensioni del ventricolo sn**
- **Immagini in plus dovute alla presenza di trombi in transito nelle sezioni destre di forme sinuose a “stringa”**

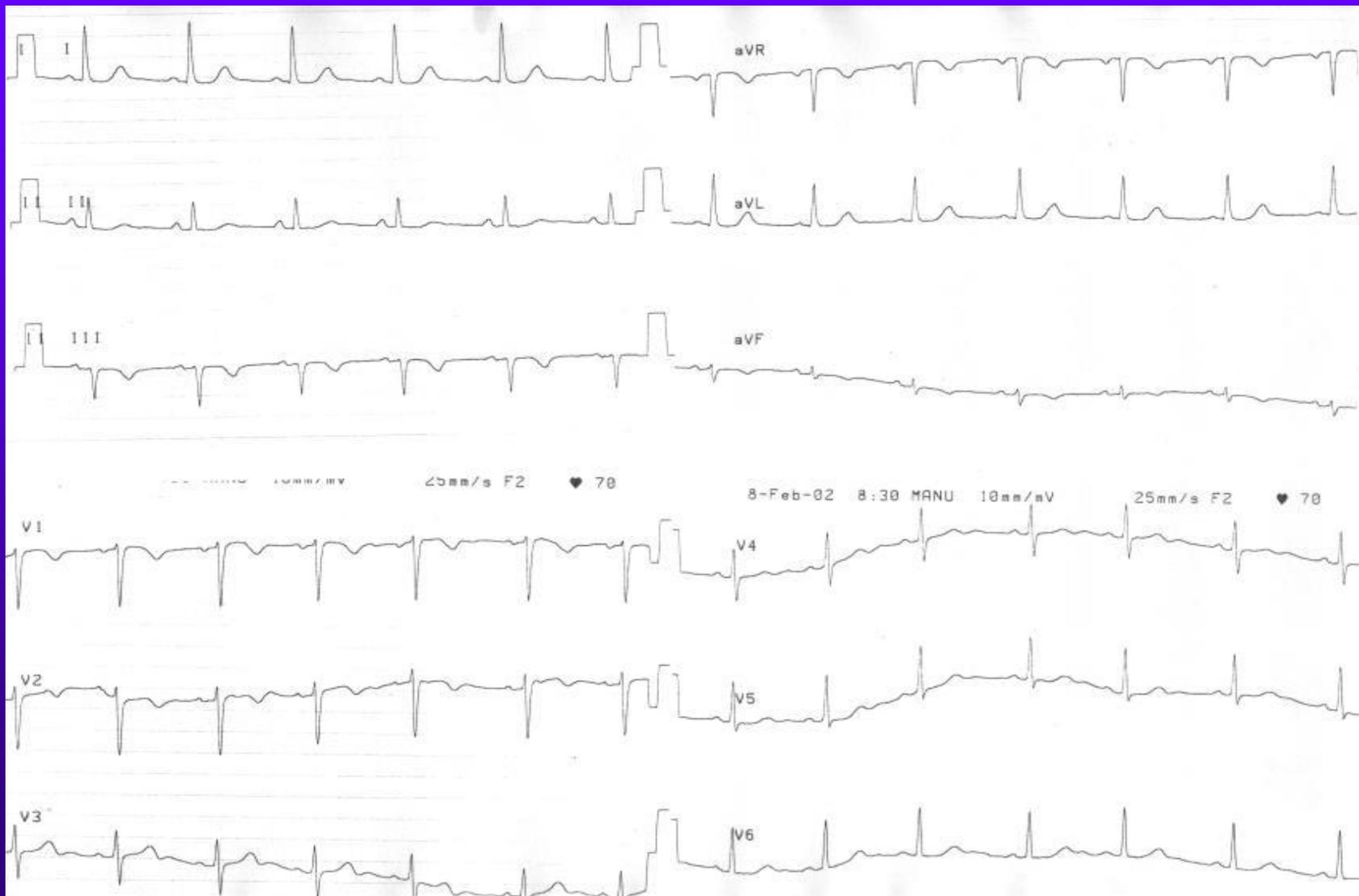
TERAPIA ESEGUITA

- O2 terapia
- Trombolisi sistemica con r-tPA alla dose di 100 mg in 2 ore
- Eparina sodica in infusione: 1000 UI/ora per 3 giorni
- Dicumarolici per la prevenzione delle recidive tromboemboliche

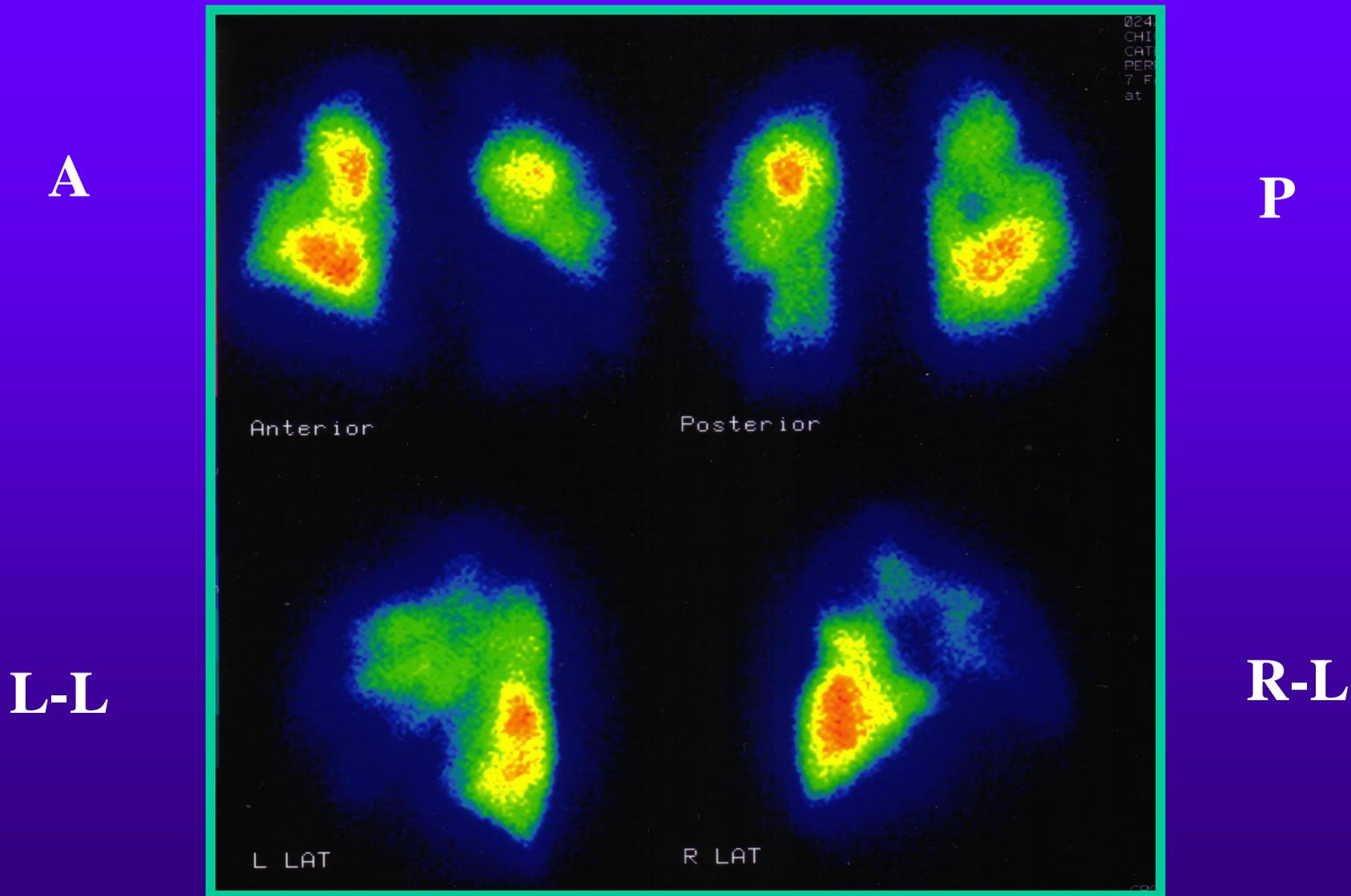
ECG

08/02/02

5 giorni dopo

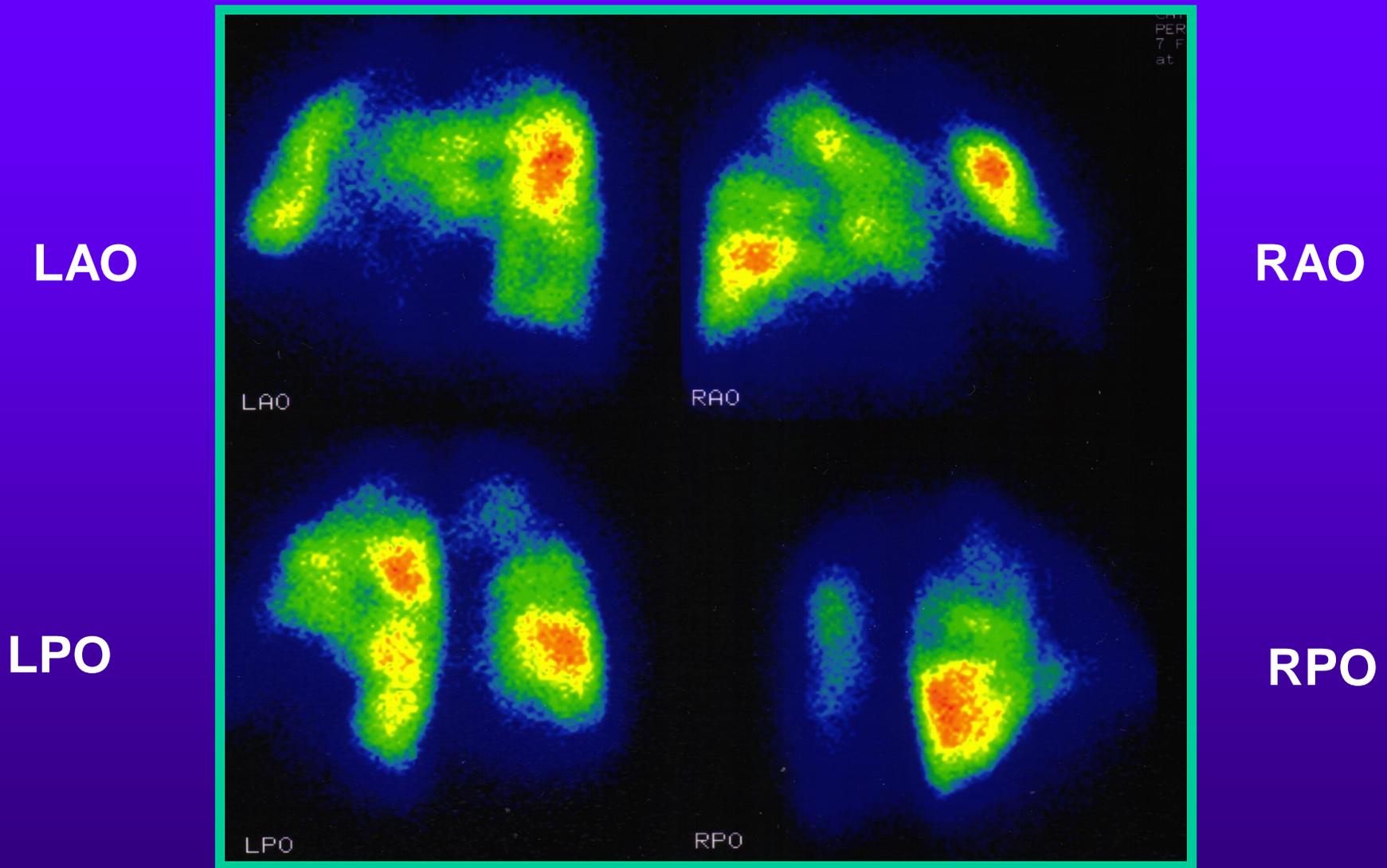


SCINTIGRAFIA POLMONARE CON MAA



DEFICIT PERFUSORI MULTIPLI BILATERALI 07/02/02

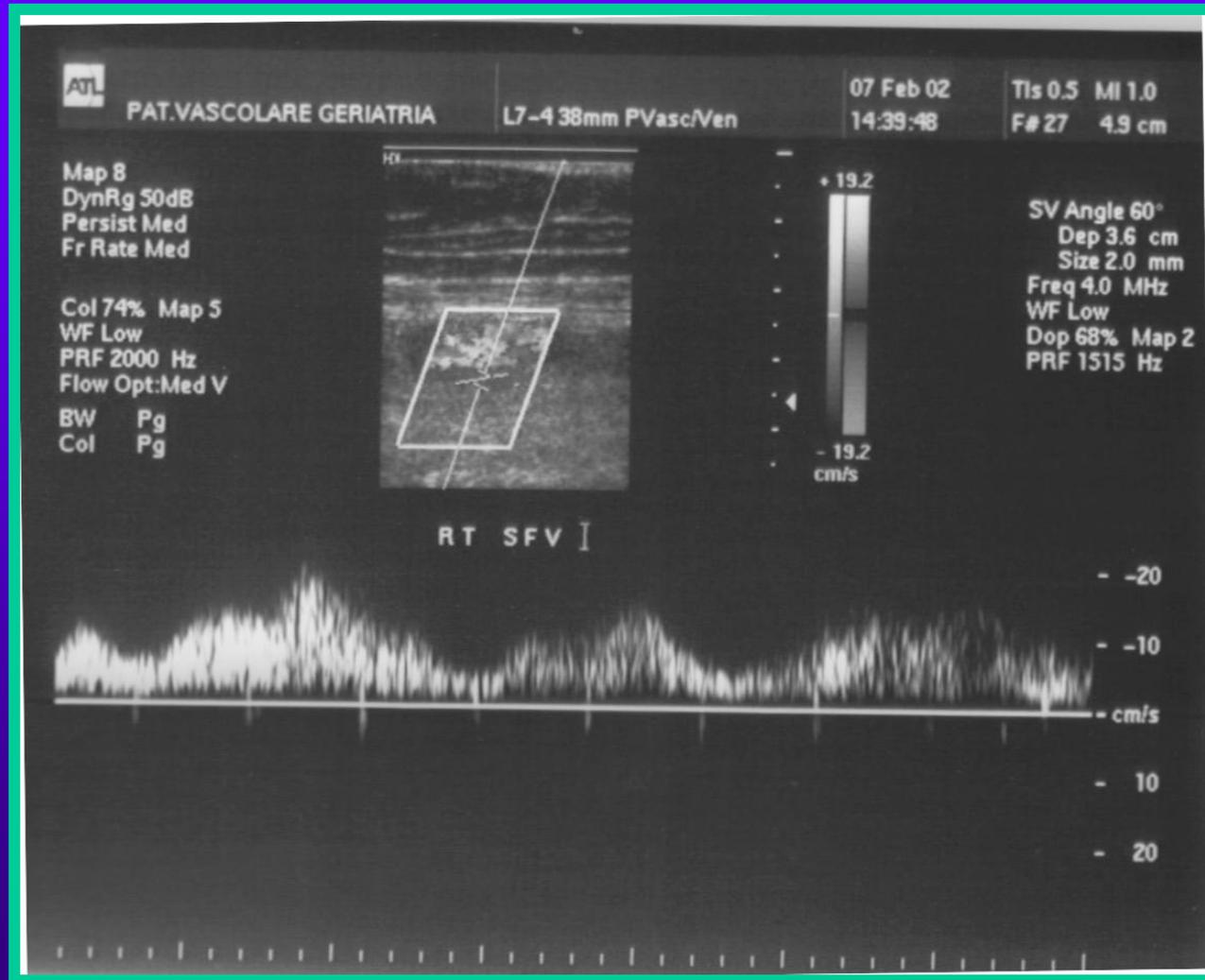
SCINTIGRAFIA POLMONARE CON MAA



DEFICIT PERFUSORI MULTIPLI BILATERALI

07/02/02

ECO COLOR DOPPLER VENOSO



TVP DELL' ASSE FEMORO POPLITEO

07/02/02

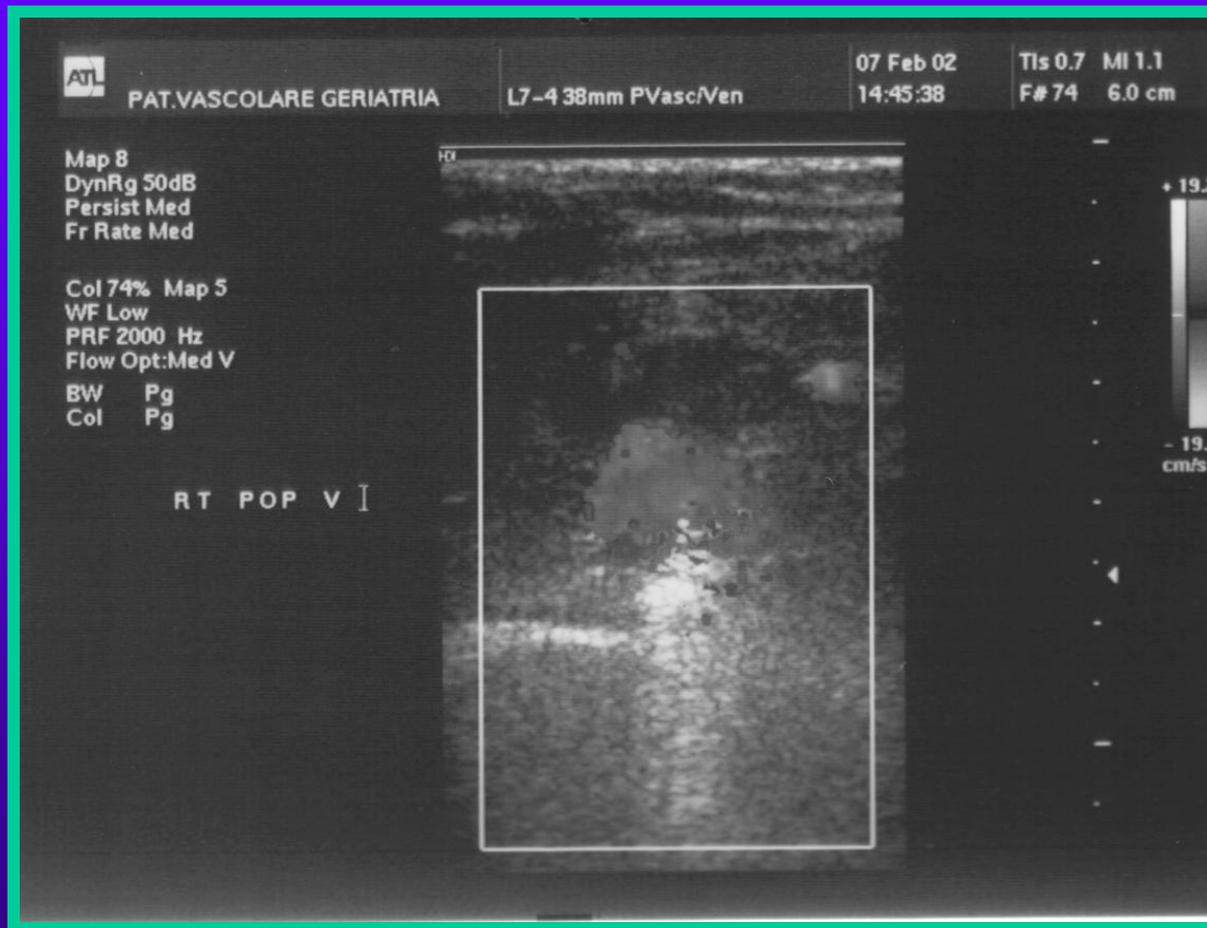
ECO COLOR DOPPLER VENOSO



TVP ASSE FEMORO POPLITEO

07/02/02

ECO COLOR DOPPLER VENOSO



TVP DELL'ASSE FEMORO POPLITEO

07/02/02

CONCLUSIONI I

Nonostante non ci siano dati conclusivi sulla migliore strategia terapeutica da adottare in situazioni come il caso da noi presentato, la terapia fibrinolitica può essere l'approccio terapeutico fondamentale nel trattamento dei trombi in transito nelle cavità destre, specie laddove non sia praticabile una terapia chirurgica in tempi ragionevolmente brevi.

CONCLUSIONI II

Le emergenze cardiologiche possono determinarsi nelle unità di terapia intensiva. Un rapido riconoscimento, un tempestivo trattamento e la monitorizzazione mediante ecocardiografia sono alla base del successo terapeutico. Da qui la necessità di disporre di tecniche rapide, non invasive ed effettuabili al letto del paziente. L'ecocardiografia risponde a tali esigenze e può evitare il ritardo legato all'esecuzione di indagini invasive.