

Erika Poggiali¹, Francesco Maria Sacco², Giudy Ragonesi²

CHIAMATA DELLA CENTRALE OPERATIVA:

- Donna di 89 anni in grave distress respiratorio
 - Da domicilio
- Tempo di arrivo stimato 10 minuti

12:30 ACCESSO DIRETTO IN SALA ROSSI

GCS 15, PA 100/60 mmHg, FC 112 R, FR 25/min, sO2 90% in reservoir 15 L/min, TC 36.5 °C, NRS 0/10.

EOG: Abolizione del MV alle basi con crepitii diffusi.

Soffio mitroaortico 4/6 non irradiato.

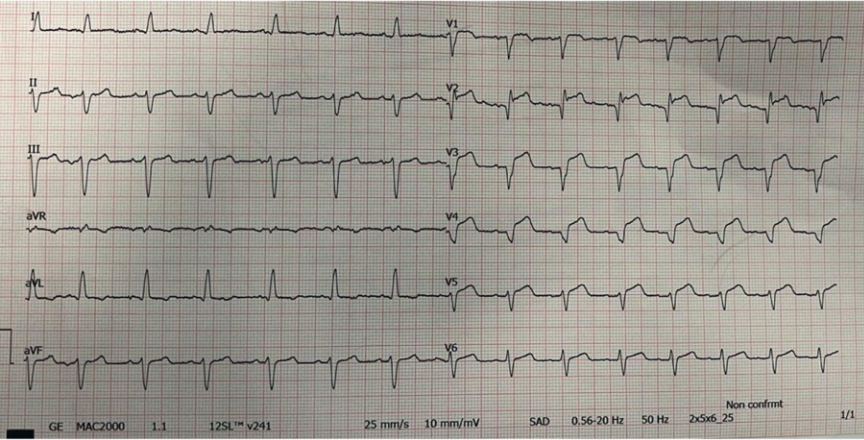
Edemi declivi ++.

Non pallida né sudata.

EGA in reservoir 15 Lt/min:

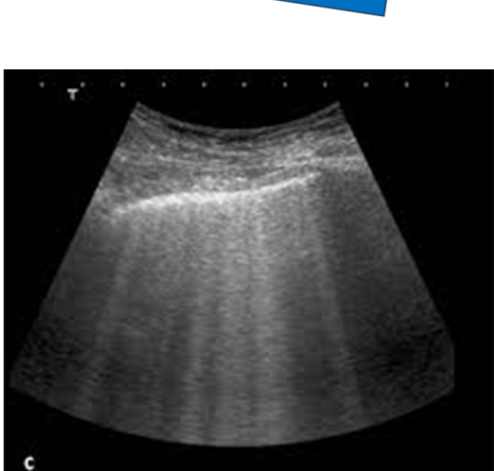
pH 7.31
pCO2 29 mmHg
pO2 49 mmHg
sO2 90%
HCO3 14.6 mEq/L
lattati 3.8 mmol/L
K 6.7 mEq/L, Na 131 mEq/L, Cl 104 mEq/L

- Insufficienza respiratoria grave (P/F = 54)
- Acidosi metabolica con anion gap aumentato (↑ lattato)
- Iperkaliemia severa



QS anteriore con ST sopra nelle derivazioni anteriori

Evoluzione di STEMI anteriore



- White lung. VCI fissa e dilatata
- EFVS 35% per acinesia apice e parete anteriore
 - DIV del setto apicale
- IM moderata con lembo posteriore calcifico
- Sezioni destre non dilatate con normale cinetica

In anamnesi ...

- Dispnea ingravescente da alcuni giorni.
- Il giorno prima episodio di dolore toracico oppressivo mentre camminava, di breve durata (5 minuti), risoltosi spontaneamente.
- Da alcuni giorni amoxicillina/clavulanato 1 cp q12h per bronchite acuta in forte fumatrice.
- Monorene destro per ca. operato circa 20 anni prima (follow-up negativo).
- Autonomia e autosufficiente. Vive da sola. Vedova con 2 figli.
- Terapia domiciliare: Cardioaspirina 100 mg 1 cp die, integratore a base di magnesio.
- Nessuna allergia.

DIAGNOSI

Shock cardiogeno da DIV
post-IMA misconosciuto

In Pronto Soccorso:

- NIV con Bi-LEVEL
- DIURETICO bolo EV poi IC + terapia ripolarizzante per iperkaliemia
- Condivisione del caso con cardiologo di guardia e trasferimento in UTIC



14:45 ricovero con parametri vitali stabili in UTIC:

- CONTROPULSATORE AORTICO (IABP 1:1)
- TERAPIA ANTICOAGULANTE CON EPARINA SODICA
- TRASFERIMENTO IN CARDIOCHIRURGIA H SAN DONATO ore 17

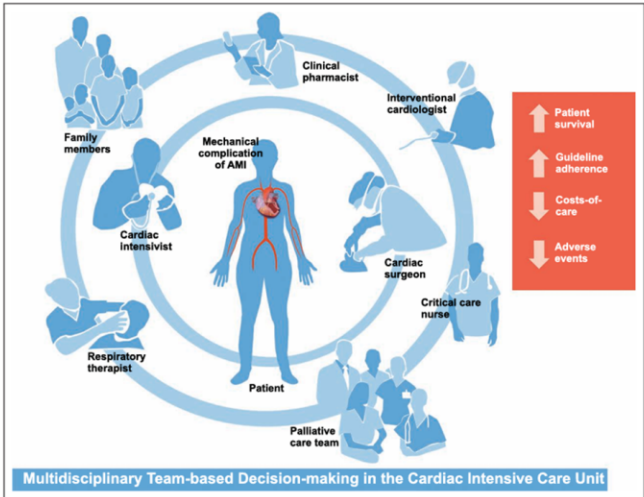
DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

- INSUFF. MITRALICA DA ROTTURA DEI MUSCOLI PAPILLARI
- DIV (0.3% STEMI, 0.04% NSTEMI)
- PSEUDOANEURISMI
- ROTTURA DI PARETE

- 3-5 giorni dopo IMA.
- Fattori di rischio: età, sesso femminile, ritardo di diagnosi (e trattamento).
- Soffio cardiaco pansistolico. Scompenso cardiaco → shock cardiogeno.
- ECG: onda Q (anteriore o posteriore) in STEMI evoluto +/- aritmie ventricolari.
- Più frequente in IMA anteriore (70%) vs posteriore (29%).
- Diagnosi ecocardiografica → ruolo del medico di medicina emergenza-urgenza!
- Trasferimento il prima possibile in Centro Cardiologico.

QUATTRO OPZIONI DI TRATTAMENTO:

- MEDICO: mortalità 94% a 30 gg e tasso di sopravvivenza media ad un anno < 3%.
- CARDIOCHIRURGICO: gold standard. Mortalità 54% entro 7 gg vs 18% dopo 10 gg. Multidisciplinary team-based approach. Recidive possibili.
- PERCUTANEO: alternativa in casi selezionati – minore invasività e fattibilità anche in centri senza cardiocirurgia. Mortalità 35-70%.
- SEDAZIONE PALLIATIVA.



COMPLICANZE MECCANICHE DELL'IMA

- Rare (<1%).
- Elevata mortalità intraospedaliera (30-40%).
- IMA esteso o non trattato tempestivamente o con presentazione tardiva in PS.
- Paucisintomatiche vs shock cardiogeno.
- Emergenze cardiocirurgiche.

E LA NOSTRA PAZIENTE?

- Stabilità emodinamica con IABP 1:1.
- Correzione cardiocirurgica del DIV dopo 10 giorni con buon risultato.
- In corso riabilitazione cardiologica.

Affiliazioni

- 1 MD, Medicina Emergenza Urgenza, Pronto Soccorso e 118, Ospedale Guglielmo da Saliceto, Piacenza.
2 MD, Cardiologia, Ospedale Fatebenefratelli, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano.

Contatti

E.Poggiali@ausl.pc.it – cell +39 347 4206649

Caso clinico
Emergenze cardiologiche