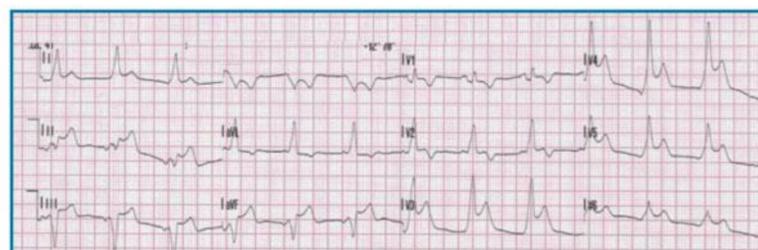
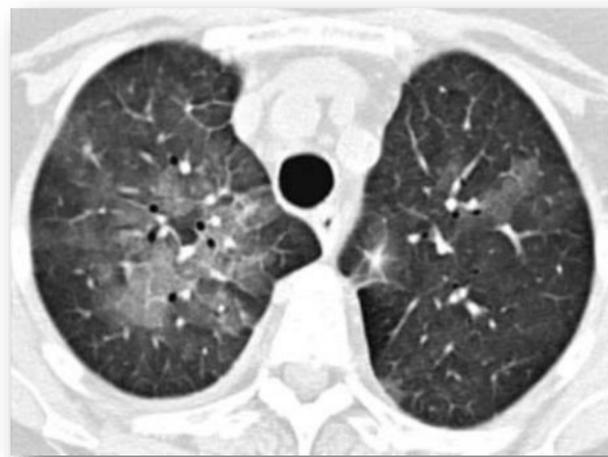


Elenco autori

Dr Vincenzo Marcone/Dr.ssa Laura Perazzolo

- **Premesse e scopo dello studio** : Un caso clinico sulla cardiotossicità da fluorouracile.
- **Metodi** : Donna di 51 anni giungeva a 3/25 in PS per dolore localizzato al centro del torace a carattere oppressivo subcontinuo, insorto alcune ore prima, non responsivo a somministrazione di FANS, peggiorato dallo sforzo.
- Affetta da colangiocarcinoma intraepatico esteso ad entrambi i lobi epatici noto da 7/ 2023, trattato in I^a linea con cisplatino e gemcitabina fino a 11/ 23 e poi, dopo evidenza di progressione epatica e peritoneale, in II^a linea con darabafenib e trametinib con riduzione numerica e dimensionale delle lesioni e regressione completa del versamento ascitico. Alla luce della progressione di malattia all'ultima stadiazione di 2/25 si decideva di avviare CT di III^a linea sec schema FOLFOX (acido folico, fluorouracile e oxaliplatino)
- Alla visita in DEA, una settimana dopo la prima somministrazione di CT(sec schema FOLFOX), la paziente si presentava in discrete condizioni, eupnoica, con emodinamica stabile ed esame obiettivo nella norma L'ECG di ingresso mostrava RS con normale conduzione AV, QRS nei limiti di norma, assenza di alterazioni di tipo ischemico. I primi esami ematici, eseguiti a circa 6 ore dall'insorgenza del dolore e comprensivi di enzimi cardiaci, risultavano nella norma. In particolare si osservavano indici di flogosi nei limiti di norma, lieve elevazione del D-Dimero. La troponina, ricontrollata a 3 ore, non mostrava variazioni significative.
- Nel corso dell'osservazione, a circa 10 ore dall'inizio dei sintomi, la paziente ha accusato dispnea e ripresa del dolore con caratteristiche anginose, con ipotensione, sudorazione e diaforesi. Si osservava modifica dell'ECG con comparsa di onde T negative nelle derivazioni inferiori e laterali. All'EGA eseguito in AA evidenza di alcalosi respiratoria con minima ipossiemia. Dopo stabilizzazione clinica con ossigeno in cannula nasale e bolo di cristalloidi la paziente è stata sottoposta ad angioTC del torace, che ha evidenziato aree estese "a vetro smeriglio" bilaterali prevalenti nei lobi polmonari inferiori, come da edema polmonare cardiogeno. Al rientro in Ps dopo l'esecuzione dell'esame si assisteva ad ulteriore peggioramento delle condizioni, con ripresa di dolore toracico tipico e ipotensione e modificazione dell'ECG con sovraslivellamento del tratto ST nelle derivazioni inferiori e laterali. La paziente veniva quindi sottoposta a coronarografia urgente e, previo trattamento con bolo di eparina ev e ASA, con evidenza di coronarie indenni
- Ai controlli ematici successivi la troponina si è mantenuta di poco sopra al limite di norma; all'ecocardiogramma FE 55%, assenti valvulopatie, non alterazioni della cinesi segmentaria. Si è assistito a una progressiva normalizzazione dell'ECG, con sola persistenza di onde T isodifasiche in infero- laterale da memoria. Dopo breve degenza in reparto, durante la quale non si sono verificati ulteriori eventi anginosi.
- La paziente è stata dimessa con indicazione a terapia con ASA 100 mg/die, diltiazem 120 mg/die e valsartan 160 mg/die, e a controllo cardiologico a metà e termine del ciclo di CT.



fattori di rischio

Storia di cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco

- a) Ridotta funzione renale
- b) Regimi di infusione più prolungati
- c) Radioterapia concomitante
- d) Sintomi precedenti durante somministrazione di FP
- e) Pregressa cardiotossicità con altri agenti chemioterapici
- f) La presenza di coronaropatia aumenta il rischio di cardiotossicità (4,5-15%)

Valutazione pre-trattamento

- 1) ECG di base (da conservare in cartella per confronto con ECG successivi) e anamnesi cardiologica a tutti.
- 2) Se storia o sospetto di malattia coronarica aggiungere ecocardiografia (per documentare la cinetica globale e regionale) ed eventualmente test da sforzo.
- 3) In caso di test da sforzo positivo, ottimizzare la terapia prima di cominciare la CT e/o valutare indicazione a coronarografia

Conclusioni :

La cardiotossicità da fluoropirimidine è poco nota e generalmente sottostimata e sottodiagnosticata, sia dai cardiologi che dagli oncologi. Si tratta di un fenomeno potenzialmente mortale anche in assenza di sintomi premonitori L'incidenza è verosimilmente dell' 8%

Affiliazioni

Dipartimento Emergenza e Accettazione aslto5

Direttore Dr. Vincenzo Marcone

Contatti

pino_marcone@libero.it

CASO CLINICO /Cardiologia