



Paziente: **PUERONI MAURIZIO**
Cod.Fiscale: **PRNMRZ54E19F205A**
Regime ric.: **ORDINARIO**

Data nascita: **19/05/1954**
Data ricovero: **18/03/2021**

Patient ID: **S6AU9T**
Nosografico: **21106926**

Verona: 25/03/2021

Gentile collega

dimettiamo in data 25/03/2021 il Suo paziente Sig. **Maurizio Pueroni** di **66 anni** presso il proprio domicilio

Motivo del ricovero: Insufficienza aortica severa

ANAMNESI:

REMOTA

FdR CV: ipertensione arteriosa, dislipidemia, familiarità per CAD (zio paterno morto per IMA a 40 aa, zio paterno con valvulopatia mitralica)

Non note allergie a farmaci.

Nega asma, BPCO.

Reflusso gastro esofageo, ernia jatale. Nega gastrite, ulcera peptica. Nega sanguinamenti GI maggiori.

Nega incidenti cerebrovascolari.

APR Cardiovascolare:

- riscontro di insufficienza aortica ad Ecocardiogramma TT (09/2018, presso altro centro) di controllo che segnalava: insufficienza aortica di grado moderato in valvola fibrotica in assenza di significativi gradienti transvalvolari; insufficienza mitralica minima da difetto di coaptazione dei lembi in valvola interessata da processi calcifico-degenerativi in assenza di significativi gradienti transvalvolari; ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro con cinesi globale e regionale conservate, normale funzione sistolica (FE >60%); disfunzione diastolica di I grado; minimo rigurgito tricuspide e polmonare, sezioni destre di norma (PAPs 30-35 mmHg); dimensioni atrio sinistro ai limiti superiori.

Esami strumentali:

- Ecocardiogramma TT (02/2021, presso altro centro): insufficienza valvolare aortica apparentemente di grado medio in valvola apparentemente tricuspide con lieve degenerazione fibro-sclerotica, non stenotica, ventricolo sinistro nei limiti dimensionali con funzione contrattile conservata (FE 53%); ipertrofia settale di grado lieve nella porzione basale; sezioni destre di norma

- Ecocardiogramma TE (03/2021, presso altro centro): valvola aortica tricuspide, cuspidi valvolari ispessite, insufficienza valvolare di grado severo da jet accentrico ad insorgenza centrale e commisurale da malcoaptazione delle cuspidi; ventricolo sinistro di normali volumi, moderata ipertrofia settale, normale frazione di eiezione e cinetica. Trascurabile insufficienza valvolare mitralica, apparato sottovalvolare mitralico ridondante; minima insufficienza valvolare tricuspide (stima PAPs 27+5 mmHg)

- In programma CGF a Peschiera per lunedì 22/03/2021

APR non Cardiovascolare:

- MRGE ed ernia jatale (2000)

- coliche renali
- appendicite

PROSSIMA

Si accoglie in reparto il Sig. PUERONI Maurizio, di anni 66, che accedeva in PS OCM per insorgenza a domicilio questa notte di dolore toracico (NRS 2-3/10) irradiato al braccio sinistro, contestuale sensazione di cardiopalmo e riscontro domiciliare di PA 195/100 mmHg. Riferisce che l'episodio è durato circa un'ora e si è autorisolto. Riferisce inoltre che da circa 1 anno accusa episodi simili, di minore intensità e durata (circa 15 minuti).

Riferisce che alla luce dell'Ecocardiogramma TE, la Dott.ssa De Feo aveva preso accordi con la CCH di BT per metterlo in lista operatoria.

In PS eseguiti:

- EE: Hb 15.3 g/dL, GB 10400, PLT 305000, creatinina 1.02 mg/dL (eGFR 76 mL/min, CKD-EPI), K 3.587 mmol/L, Na 142 mmol/L, PCR 2 mg/L, PT 0.93, TnT 9 -> 51 ng/L
- ECG: tachicardia sinusale, FC 117 bpm.
- Ecoscopia: insufficienza aortica severa con bulbo aortico e aorta ascendente nei limiti; arco aortico non valutabile; lieve versamento pericardico, lieve ipertensione polmonare (PAPs 35mmHg); non anomalie di cinetica ventricolare sx.
- Rx torace: polmoni bene espansi, non lesioni parenchimali a focolaio in atto, ili vasali, cuore lievemente globoso, aorta regolare, libero il seno costofrenico di destra, blocco aderenziale dello sfondo costofrenico di sinistra
- Tampone per Sars-Cov2: negativo

In PS somministrati: Amlodipina 10 mg 1 cp, Furosemide 20 mg 1 fl

Riferite reazioni avverse da farmaci: Non note

Riferito trattamento domiciliare con:

- Valsartan 160 mg 1 cp h 8
- Lercanidipina 20 mg 1 cp h 20
- Pantoprazolo 20 mg 1 cp h 8

ESAME OBIETTIVO - in particolare si segnala:

Paziente asintomatico, collaborante, lucido e orientato s/t.

PA 180/75 mmHg; FC 95 bpm R; satO2 99% in AA.

Toni cardiaci validi, ritmici, soffio diastolico. MV normoudibile su tutto l'ambito polmonare, ridotto in base sinistra, non rumori polmonari patologici aggiunti.

Non edemi declivi. No turgore giugulare, REG neg.

Non soffi carotidei. Polsi periferici presenti e isosfigmici bilateralmente. Non soffi femorali bilateralmente.

Addome piano trattabile, non dolente alla palpazione s/p, peristalsi valida.

Peso: 80 Kg; Altezza: 170 cm

Decorso clinico ed epicrisi:

In data 18/03/2021 si accoglieva presso il reparto di Cardiologia il Sig. Pueroni Maurizio, di anni 66, per dolore toracico (picco TnT 51 ng/L) in insufficienza aortica medio-severa. Il paziente accedeva in PS OCM per dolore toracico, della durata di un'ora e autorisoltosi, irradiato al braccio sinistro con contestuale sensazione di cardiopalmo e riscontro domiciliare di valori pressori elevati (PA 195/100 mmHg). Riferiva inoltre che da circa 1 anno accusava episodi simili, di minore intensità e durata (circa 15 minuti). Riferiva di aver recentemente eseguito presso altro centro ecocardiogramma transesofageo, che mostrava insufficienza aortica severa.

Veniva quindi ricoverato presso la nostra Divisione per gli accertamenti e le cure del caso.

In data 19/03 eseguiva ecocardiogramma transtoracico (vedi referto completo) che mostrava ventricolo sinistro mediamente

dilatato, ipertrofico; non chiare alterazioni della cinetica segmentaria con funzione sistolica globale normale. Valvola aortica tricuspide con cuspidi ispessite, mobili. Possibile deficit di coaptazione tra cuspidi dx e sx determinante insufficienza di grado almeno medio che meritava approfondimento diagnostico con ecocardiogramma transesofageo.

Visto il quadro di presentazione ed il riscontro all'ecocardiogramma di lieve versamento pericardico, veniva proposta al paziente esecuzione di Angio-TC toraco addominale. Previa firma del relativo consenso informato, in data 20/03 eseguiva Angio-TC toraco addominale (v. referto completo), che mostrava aneurisma con parete parzialmente calcifica di 10 mm al III distale dell'arteria splenica, esili e rade calcificazioni ateromasiche parietali dell'aorta addominale e delle arterie iliache.

Veniva inoltre proposto al paziente studio coronarografico. Il paziente, accuratamente edotto dei rischi e dei benefici della procedura, comprendeva, accettava e firmava il relativo consenso informato. In data 23/03 eseguiva coronarografia diagnostica e aortografia sopravvalvolare (v. referto completo) che mostravano: albero coronarico a co-dominanza sx con coronarosclerosi sub-critica di DA ostiale e CX prossimale, valvola aortica tricuspide, mobile, in diastole rigurgito + + +.

In data 24/03 eseguiva anche Eco-TSA (v. referto completo) che evidenziava: a destra stenosi max 50-55% e a sinistra stenosi max di 30%.

Alla luce del quadro clinico veniva richiesta consulenza cardiocirurgica che poneva indicazione per intervento di chirurgia valvolare aortica in tempi solleciti, ma non in urgenza.

Dopo adeguato colloquio tra il medico di stanza (Dott.ssa Ferrero), il collega cardiocirurgo (Prof. Luciani) ed il paziente si propendeva per dimissione a domicilio con successivo intervento cardiocirurgico in elezione.

Il paziente verrà contattato dai colleghi della cardiocirurgia per presa in carico.

Si dimette in data odierna, asintomatico e in buon compenso di circolo.

DIAGNOSI DI DIMISSIONE:

Insufficienza aortica di grado severo con indicazione a trattamento chirurgico in elezione.

Ventricolo sinistro mediamente dilatato, ipertrofico; non chiare alterazioni della cinetica segmentaria con funzione sistolica globale normale (frazione di eiezione 72%). Valvola aortica tricuspide con cuspidi ispessite, mobili. Insufficienza aortica emodinamicamente significativa. Alla coronarografia con aortografia: albero coronarico a co-dominanza sx con coronarosclerosi sub-critica di DA ostiale e CX prossimale, valvola aortica tricuspide, mobile, con insufficienza di grado severo.

Si affida alle cure dei colleghi della Cardiocirurgia che ricontatteranno il paziente per presa in carico.

TERAPIA e INDICAZIONI consigliate:

Acido acetilsalicilico 100 mg 1 cp h 12

Lansoprazolo 30 mg 1 cp h 8

Furosemide 25 mg 1 cp ore 8

Valsartan 80 mg 1.5 cp h 8 e 2 cp h 20

Lercanidipina 20 mg 1 cp h 20

Follow-Up proposto

Controlli post ricovero:

Si resta a disposizione per controlli successivi all'intervento od eventuali specifiche:

Recapiti telefonici:

- 0458123435 per visite prenotabili con impegnativa del medico (al momento della prenotazione potrà specificare che il paziente è stato dimesso dal nostro centro).
- 0452323713 per visite in libera professione
- 045 812 2320 (segreteria) se necessari ulteriori chiarimenti

In attesa dell'intervento cardiocirurgico evitare sforzi fisici isometrici intensi, monitoraggio regolare pressione arteriosa e frequenza cardiaca

In particolare si segnalano i seguenti esami:

Tipologia: Ematochimici

Ematochimici all'ingresso:

Esame	Valore	U.M.	Limiti
Leucociti	10.4	10 ⁹ /L	[4,0-11,0]
Eritrociti	5.09	10 ¹² /L	[4,50-5,30]
Emoglobina	15.3	g/dL	[13-18]
Ematocrito	42.8	%	[37-49]
MCV	84.1	fL	[80-100]
MCH	30.1	pg	[25,0-35,0]
Piastrine	305	10 ⁹ /L	[150-400]
Glicemia	117	mg/dL	[60-99]
Sodiemia	142	mmol/L	[135-145]
Potassiemia	3.58	mmol/L	[3,4-4,8]
Creatininemia	1.02	mg/dL	[0,59-1,29]
Acido Urico	39	mg/dL	[3,52-7,05]
Colesterolo totale	195	mg/dL	[<200]
Trigliceridi	140	mg/dL	[<150]
Colesterolo LDL	130	mg/dL	[<130]
Colesterolo HDL	36	mg/dL	[>40]
ALT	20	U/L	[5-50]
Gamma-GT	26	U/L	[5-85]

Ematochimici alla dimissione:

Esame	Valore	U.M.	Limiti
Leucociti	8.72	10 ⁹ /L	[4,0-11,0]
Eritrociti	4.88	10 ¹² /L	[4,5-5,3]
Emoglobina	14.3	g/dL	[13,0-18,0]
Ematocrito	41.8	%	[36-46]
Piastrine	289	10 ⁹ /L	[150-400]
Glicemia	95	mg/dL	[60-99]
Sodiemia	144	mmol/L	[135-145]
Potassiemia	3.81	mmol/L	[3,4-4,8]
Creatininemia	1.02	mg/dL	[0,59-1,29]

Tipologia: ECG

ECG all'ingresso: Ritmo sinusale, FC 76 bpm, alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione in sede laterale

ECG alla dimissione: Ritmo sinusale, FC 63 bpm, alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione in sede laterale

Tipologia: Referto di Cardiologia Data redazione: 19/03/2021 Descrizione: ECO(COLOR)DOPPLER CARDIACA A RIPOSO

Referto esame 2D : Ventricolo sinistro di mediamente dilatato (volume telediastolico 94ml/mq) ipertrofico (SIV 15mm); non chiare alterazioni della cinetica segmentaria con funzione sistolica globale normale (frazione di eiezione 72%).

Calcificazione dell'anulus mitralico.

Valvola aortica tricuspide, con cuspidi ispessite, mobili. Possibile deficit di coaptazione tra cuspidi dx e sx che tuttavia merita approfondimento diagnostico tramite ECO TE.

Atrio sinistro nei limiti (volume max 18ml/mq).

Sezioni destre nei limiti con funzione sistolica del ventricolo destro conservata (TAPSE 19mm).

Vena cava inferiore di normali dimensioni, normocollassante.

Minimo film di versamento pericardico.

Aorta ascendente diametro Bulbo 36mm, porzione tubulare 34mm ed arco aortico 35mm.

Referto esame M-Mode :

Esame Doppler

Referto Doppler : Insufficienza aortica eccentrica, di grado almeno medio (reverse flow in aorta toracica).

Insuff. mitralica minima.

Conclusioni : Ventricolo sinistro di mediamente dilatato, ipertrofico; non chiare alterazioni della cinetica segmentaria con funzione sistolica globale normale (frazione di eiezione 72%).

Possibile deficit di coaptazione tra cuspidi dx e sx che merita approfondimento diagnostico tramite ECO TE, determinante insuff. di grado almeno medio.

Tipologia: Referto CR Data redazione: 18/03/2021 Descrizione: RX TORACE

RX TORACE

Polmoni bene espansi. Non lesioni parenchimali a focolaio in atto. Ili vasali. Cuore lievemente globoso. Aorta regolare. Libero il seno costofrenico di destra. Blocco aderenziale dello sfondo costofrenico di sinistra.

Tipologia: Referto TC Data redazione: 20/03/2021 Descrizione: ANGIO-TC AORTA TORACO-ADDOMINALE

ANGIO-TC AORTA TORACO-ADDOMINALE

Esame eseguito prima e dopo somministrazione di mdc iodato ev (Ultravist 370, 120 ml).

Aorta toraco-addominale di calibro regolare. Regolare l'emergenza dei tronchi sovraortici, dei vasi arteriosi splancnici e delle arterie renali. Aneurisma con parete parzialmente calcifica di 10 mm al III distale dell'arteria splenica. Esili e rade calcificazioni ateromasiche parietali dell'aorta addominale e delle arterie iliache.

Torace: nodulo calcifico (esito) e bolla enfisematosa di 10 mm nel lobo superiore di sinistra. Nei settori dorsali del lobo inferiore omolaterale sono presenti strie fibro-disventilatorie frammiste a noduli calcifici a ridosso della pleura come per verosimili esiti flogistici pregressi. Non linfadenomegalie ilo-mediastiniche né ascellari. Cuore aumentato di volume. Esile falda di versamento pericardico. Non versamento pleurico. Nel lobo tiroideo di destra, nodulo ipovascolarizzato di 8 mm. Lipoma del muscolo piccolo rotondo di destra.

Addome: fegato steatosico. Compatibilmente con il protocollo di acquisizione, non lesioni focali in ambito epatico. Colecisti normo-distesa, con pareti regolari e formazione litiasica di 34 mm nel suo lume. Non dilatate le vie biliari. Pancreas e milza nei limiti morfo-volumetrici. Nel polo inferiore splenico, areola ovalare ipervascolarizzata in fase angiografica di 7 mm veosimilmente compatibile con angioma. Regolari i surreni ed i reni. Apprezzabili alcune puntiformi cisti corticali renali bilaterali. Non idro-ureteronefrosi. Non linfadenomegalie retroperitoneali o mesenteriali. Diffusa diverticolosi del colon discendente e trasverso e dolicosigma. Prostata ingrandita. Vescica ben distesa, con pareti modicamente ispessite, esente da inclusi iperdensi. Non versamento peritoneale.

Scheletro: nel collo femorale di sinistra presenza di areola di osteosclerosi di 5 mm (herniation pit?).

Tipologia: CGF + aortografia

Circolo Coronarico: Dominanza destra

Coronaria Sinistra:

- Tronco Comune: stenosi 20-30% eccentrica distale coinvolgente ostio di DA.
- Discendente Anteriore: ben sviluppata, stenosi ostiale 50-60%.
- Circonflessa: co-dominante e ben sviluppata, irregolarità ostiale; Stenosi 40-50% al tratto prossimale.

Coronaria Destra: non molto sviluppata, irregolare, indenne da stenosi significative.

Aortografia Sopravalvolare: valvola aortica tricuspide, mobile. In diastole rigurgito (+ + +) di MDC in VS. Aorta ascendente di normale calibro fino all'arco.

Diagnosi: Malattia coronarica non critica di due vasi

Conclusioni: Albero coronarico a co-dominanza SX con coronarosclerosi sub-critica di DA ostiale e CX prossimale.

Indirizzo Terapeutico: Da Valutare

Tipologia: Referto US Data redazione: 24/03/2021 Descrizione: ECO-COLOR-DOPPLER TSA

ECO-COLOR-DOPPLER TSA

Arterie carotidi comuni nei limiti per calibro e decorso, con medio-intimale lievemente ispessito (IMT di 0.9 - 1 mm). Non evidenti placche ateromasiche parietali significative.

A destra: nel tratto prossimale dell'arteria carotide interna sono apprezzabili placche ateromasiche parietali fibrocalcifiche circonferenziali a prevalentedisposizione postero-mediale, determinanti lieve accelerazione velocimetrica (ICA PSV massimo misurato di 139 cm/sec), per stenosi stimata di circa 50 - 55 %. Pervia l'arteria carotide esterna.

A sinistra: nel tratto prossimale dell'arteria carotide interna si evidenziano esili placche ateromasiche parietali fibrocalcifiche senza alterazioni di rilievo dell'indagine flussimetrica, con stenosi massima stimata di 30%. Pervia l'arteria carotide esterna.

Pervie e con flusso normorientato le arterie vertebrali.

Tipologia: Consulenza cardiocirurgica Data redazione: 23/03/2021 Descrizione: Consulenza CARDIOCHIRURGIA

Paziente con grave insufficienza valvolare aortica e con riscontro preoperatorio di coronaropatia sub-critica. Ritengo indicato intervento di chirurgia valvolare aortica in tempi solleciti, ma anche previa dimissione a domicilio. Utile colloquio con il paziente ed il cardiologo curante per stabilire il procecare.

Prof. Luciani

Restando a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti, si porgono cordiali saluti,

Medico in Formazione Specialistica: **LAURA BARISELLI MAFFIGNOLI**

Medico in Formazione Specialistica: **ELENA MARIA SANTINA JANNELLO**

Medico in Formazione Specialistica: **GIULIA URBANI**

Medico in Formazione Specialistica: **SARA PAZZI**

Prof./Dott. **VALERIA FERRERO**

Gentile signora/signora desideriamo renderLa partecipe che per il Suo percorso di cura è stato stimato un impiego di risorse economiche da parte del Servizio Sanitario Regionale pari ad euro: 5523,00

Documento sottoscritto con firma digitale conforme alla normativa vigente.
Questa rappresentazione e' conforme all'originale conservato presso Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - Verona.

UNITÀ OPERATIVA CON SISTEMA QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2015 CERTIFICATO DA BUREAU VERITAS ITALIA S.P.A.

Sede Legale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata: P.le A. Stefani, 1 - 37126 VERONA - Tel 045/812 1111
C.F. e P. Iva 03901420236 - Portale Aziendale: www.aovr.veneto.it