

52 anni, ♂

➤ Paziente di origine cinese (barriera linguistica)

FRCV: Fumatore attivo (10 sigarette\die), Dislipidemico non in terapia

Familiarità negativa per CAD

COPATOLOGIE:

insufficienza venosa arti inferiori;

gastrite cronica

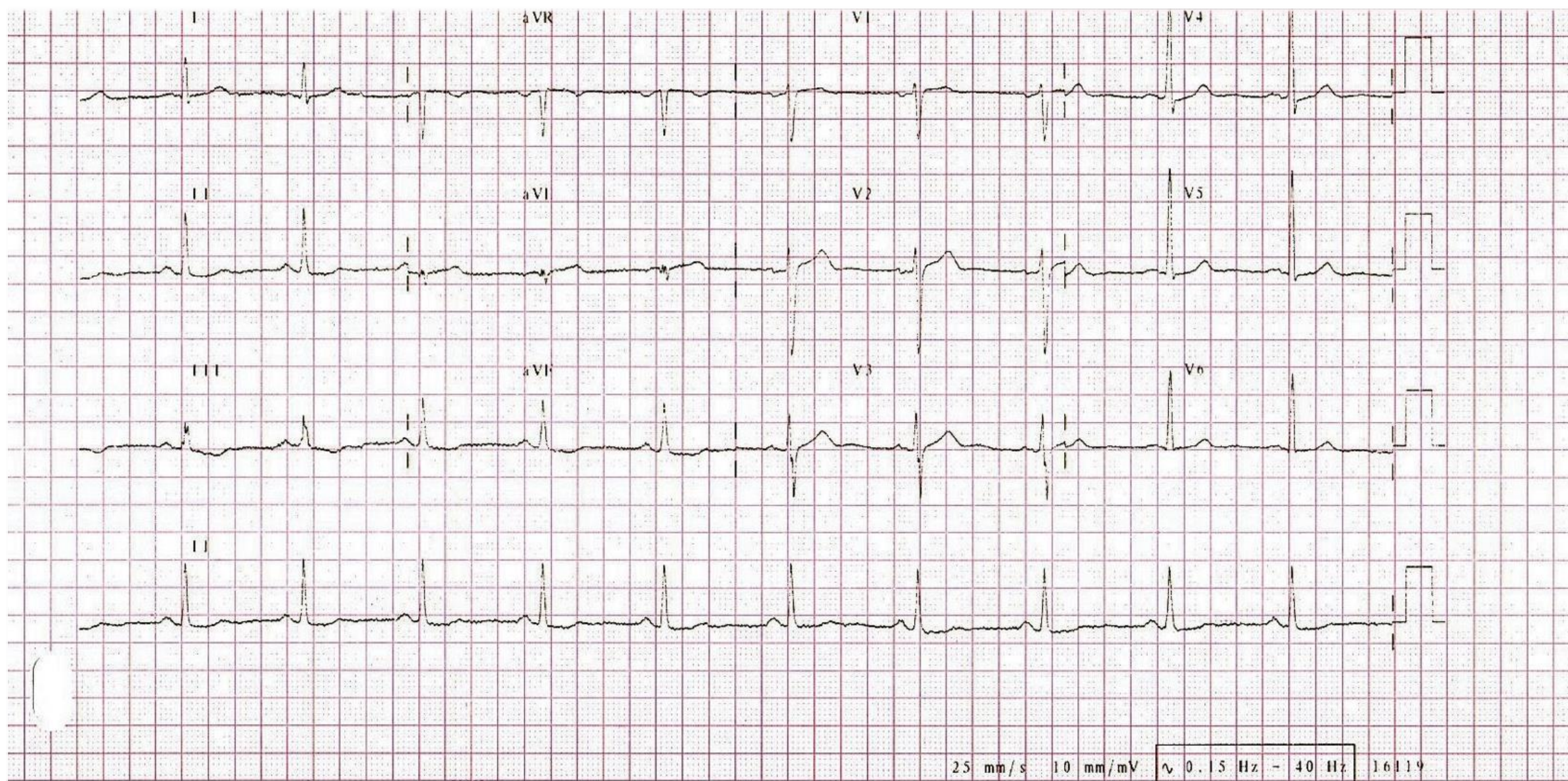


19/07/2010 Episodio di dolore toracico oppressivo, della durata di circa 10 minuti, a risoluzione spontanea. Associata sudorazione algida.



PRONTO SOCCORSO

ECG (a sintomatologia risolta)



CKMB e Troponina nella norma

Il paziente viene ricoverato in ambiente internistico per accertamenti

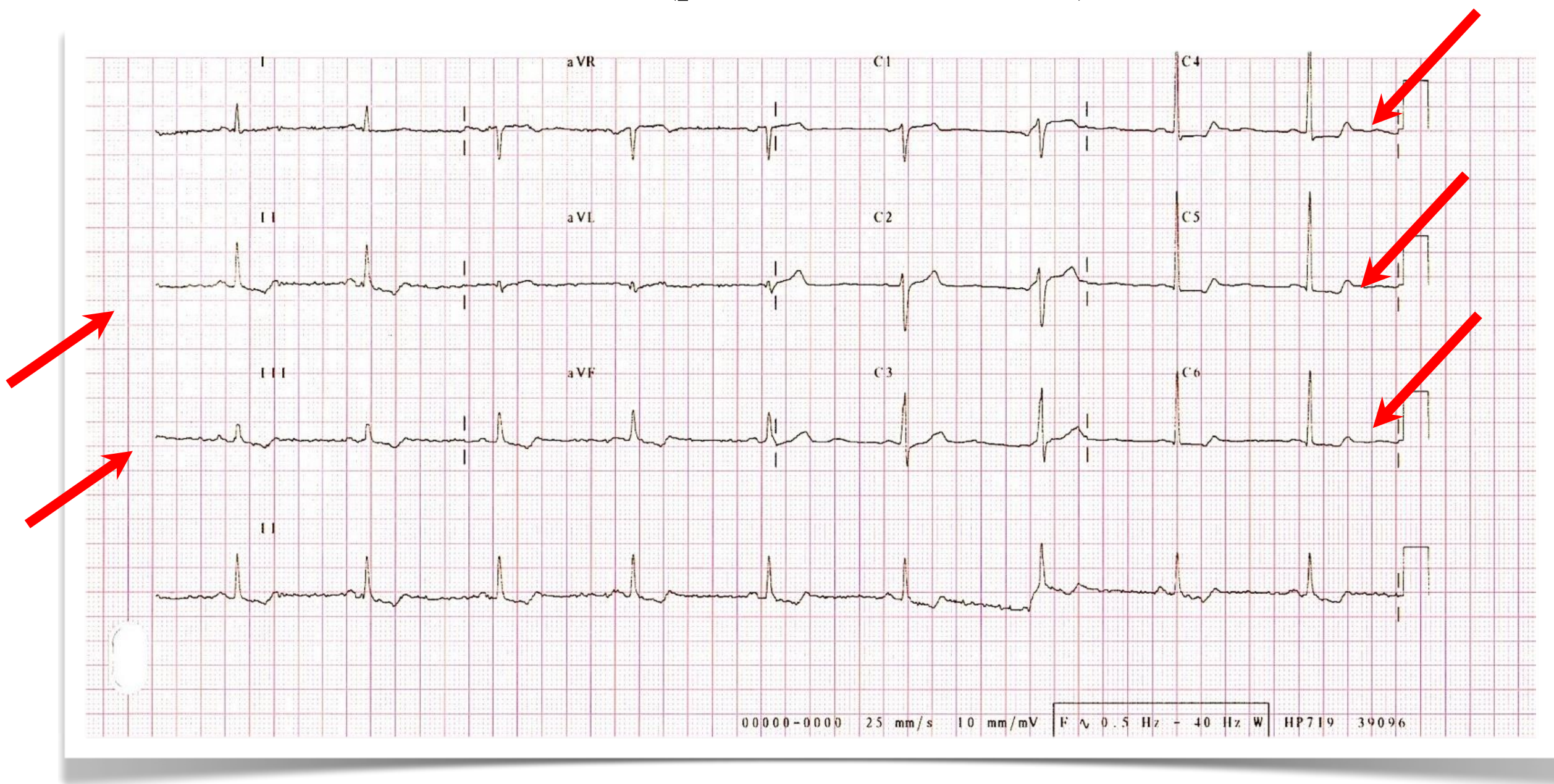
- **ECGcardio:** non alterazioni significative della cinesi, nulla da segnalare a carico del pericardio.
- **Test ergometrico:** massimale, negativo per segni ECG e sintomi.
Buona capacità funzionale
- **Ematochimici:** nulla da segnalare salvo lieve rialzo PCR (9.6 mg/dl)

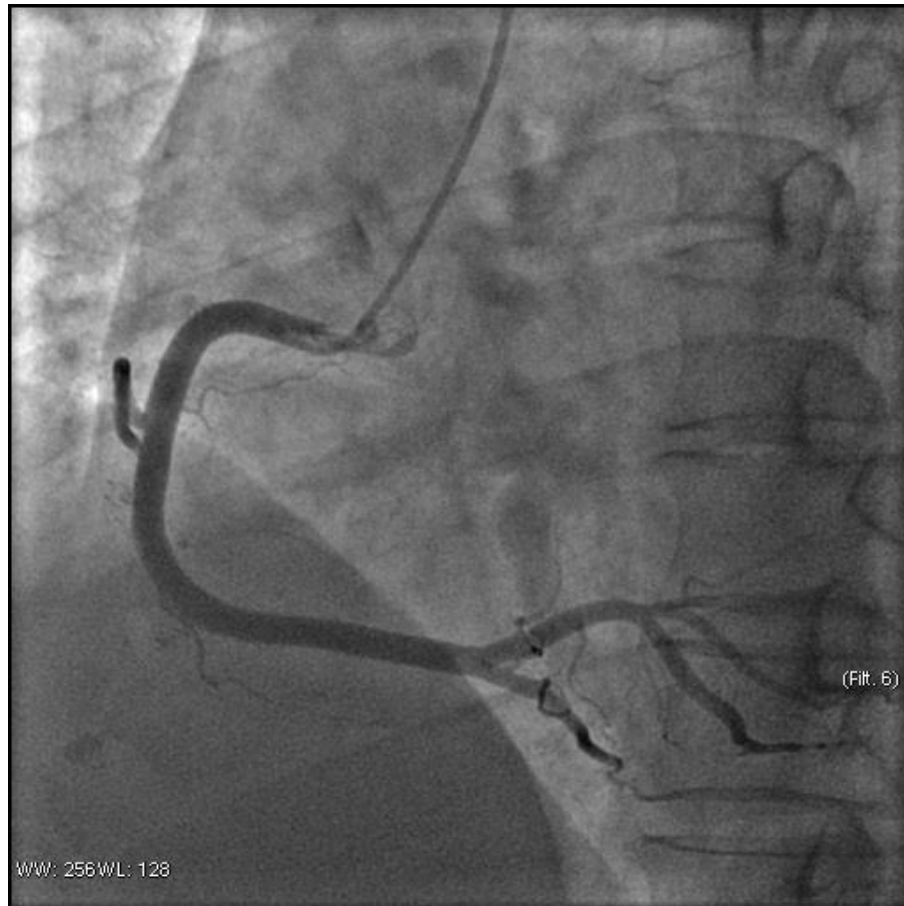
Nel sospetto di pericardite viene avviata terapia con ASA 500mg x4/die

Nei primi 10 giorni di ricovero, il paziente lamenta spesso episodi di fugace dolore toracico, ma i controlli ECG seriati rimangono invariati e gli enzimi sempre negativi

3/8/2010: Dolore toracico fugace

ECG (paziente asintomatico):





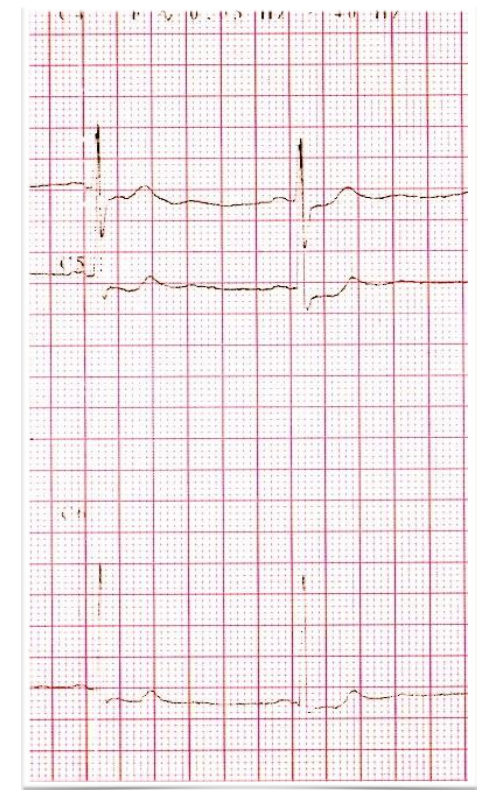
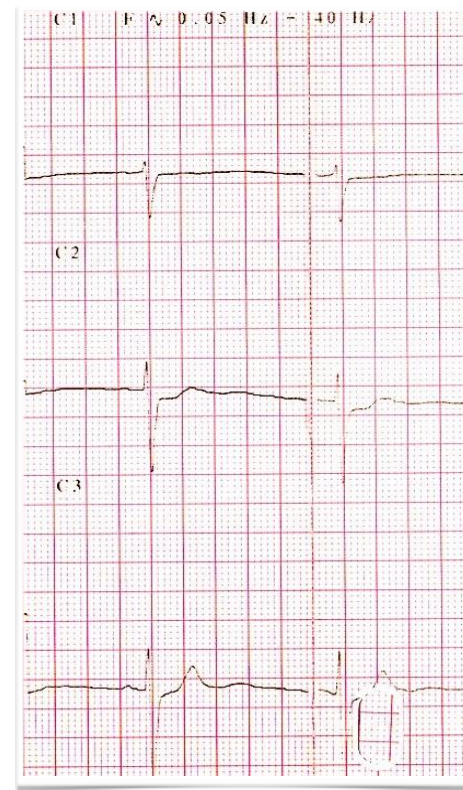
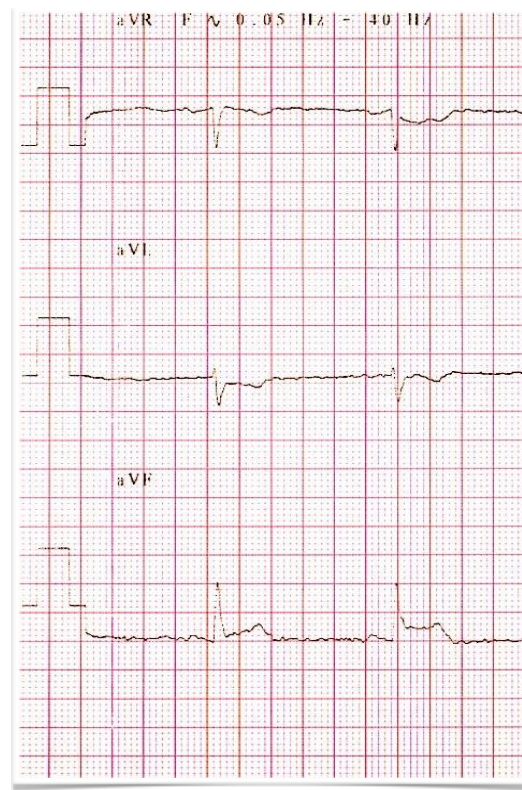
➤ CORONAROGRAFIA (6/8/2010) :
Non stenosi angiograficamente significative

Dimesso con diagnosi di pericardite

Terapia domiciliare:

- Asa 500mg x4 (da sostituire poi con cardioASA)
- Bisoprololo 1.25mg
- Omeprazolo 40mg

- 10/01/2011 Dolore toracico.
In PS: ECG invariato (onde T negative inferiori) e CKMB e Troponina negativi. Dimesso.
- 19/01/2011 Dolore toracico.
In PS: ECG invariato e CKMB e Troponina negativi. Dimesso
- 21/01/2011 Dolore toracico sia notturno, che al risveglio.
Giunge in PS alle h 10.30, sintomatico da circa 1 ora



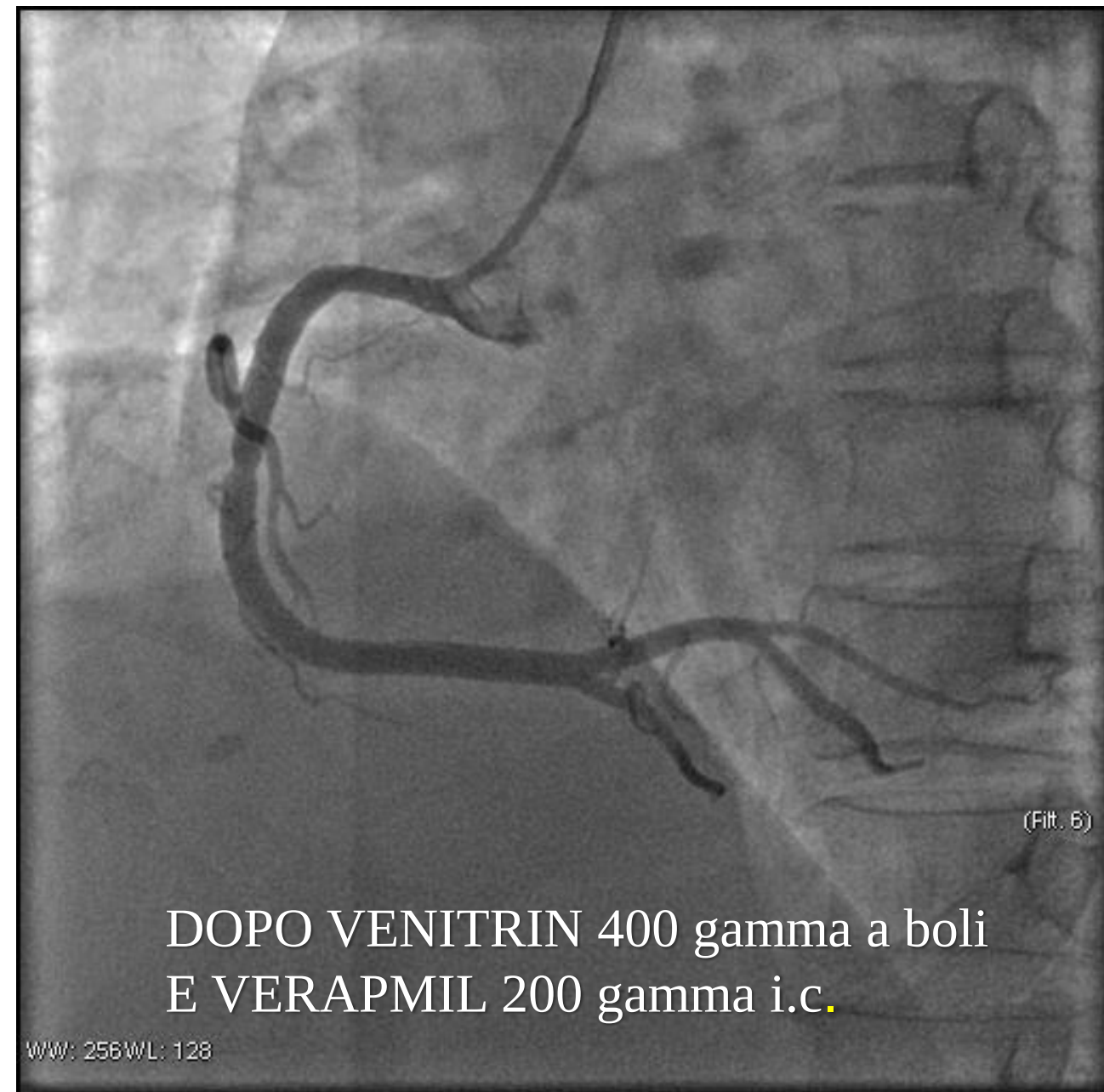
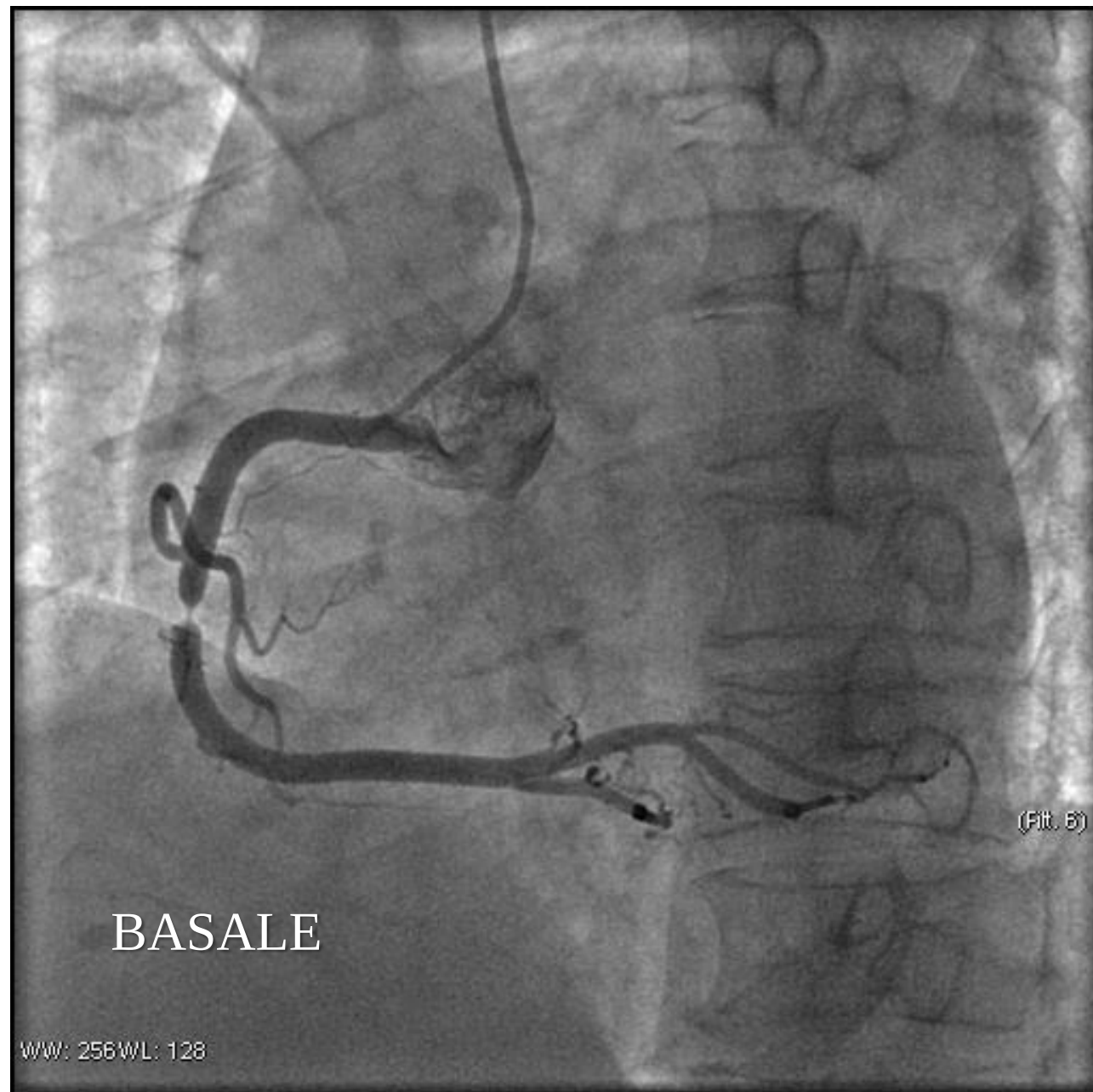
ECG (durante sintomo): sopraST inferiore con specularità laterale alta

Accesso diretto ad
emodinamica



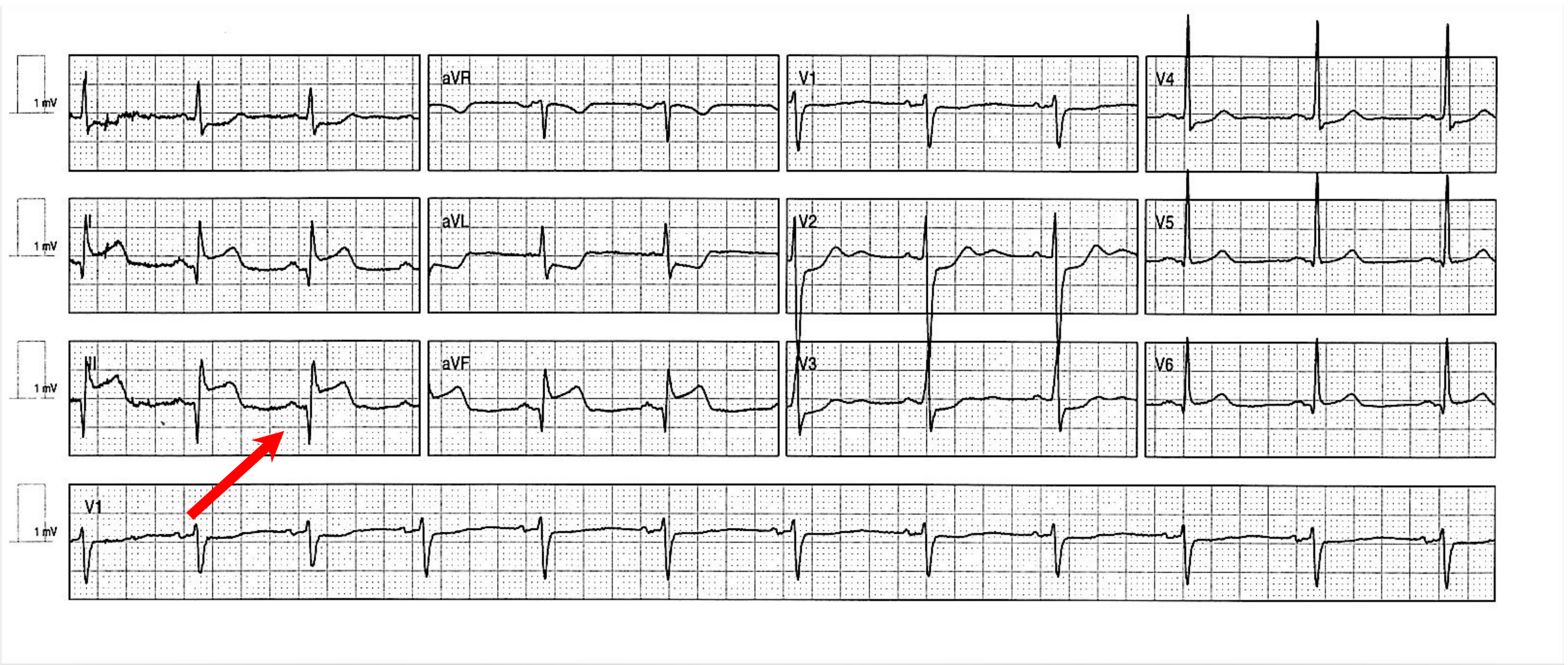
CORO + IVUS:

*vasospasmo subocclusivo di CD media
risolto con nitrati e verapamil intracoronarici
IVUS: non stenosi/placche*



- Cospicua dismissione enzimatica (CK-MB picco 208 mcg/L)
- **Ecocardio**: marcata ipocinesia infero-posteriore, Fe 55%, IM 2+ funzionale
- Durante la degenza numerose recidive di angor con sopraST al monitor, dominate solo con nitrati e verapamil a dosi crescenti

-





Difficile titolazione della terapia medica per tendenza all'ipotensione e alla bradicardia. Sostituito verapamil con amlodipina, con miglior controllo dei sintomi

Dimesso in data 9/2/2011

Terapia domiciliare:

- Isosorbide-5 mononitrato 60mg
- Amlodipina 10mg
- Cardioasa
- Clopidogrel 75 mg

- 04/10/2011 Dolore toracico. In PS: ECG invariato e 4 punti enzimatici negativi. Dimesso.
- 18/10/2011 Durante visita ambulatoriale sostituita amlodipina con verapamil (per edemi declivi)
- 19/10/2011 Dolore toracico. In PS: ECG invariato e enzimi negativi. Dimesso.

29/10/2011 Nuovo accesso in PS per dolore toracico
ECG: sopraST inferiore
Modesta dismissione enzimatica (CK-MB picco 77 mcg/l)
ECGcardio invariato

A questo punto, in considerazione della storia clinica del paziente, quale opzione vi sembra la più appropriata?:

- 1) Ripetere la coronarografia
- 2) Non ripetere la coronarografia e modificare la terapia medica
- 3) Se si alla precedente domanda come avreste modificato la terapia medica?

