



L'ECG NELLA CARDIOPATIA NON ISCHEMICA



Tra le nuove iniziative della Fondazione Angelo De Gasperis troviamo un appuntamento mensile in cui saranno presentati e discussi, con i medici del Dipartimento Cardiotoracovascolare, casi clinici di particolare interesse.

Per iniziare vi proponiamo due casi clinici in cui a partire dall' ECG, esame base nella quotidiana pratica clinica ma non sempre di facile ed univoca interpretazione, cercheremo di ricostruire insieme il percorso dei nostri pazienti per arrivare alla corretta diagnosi finale.

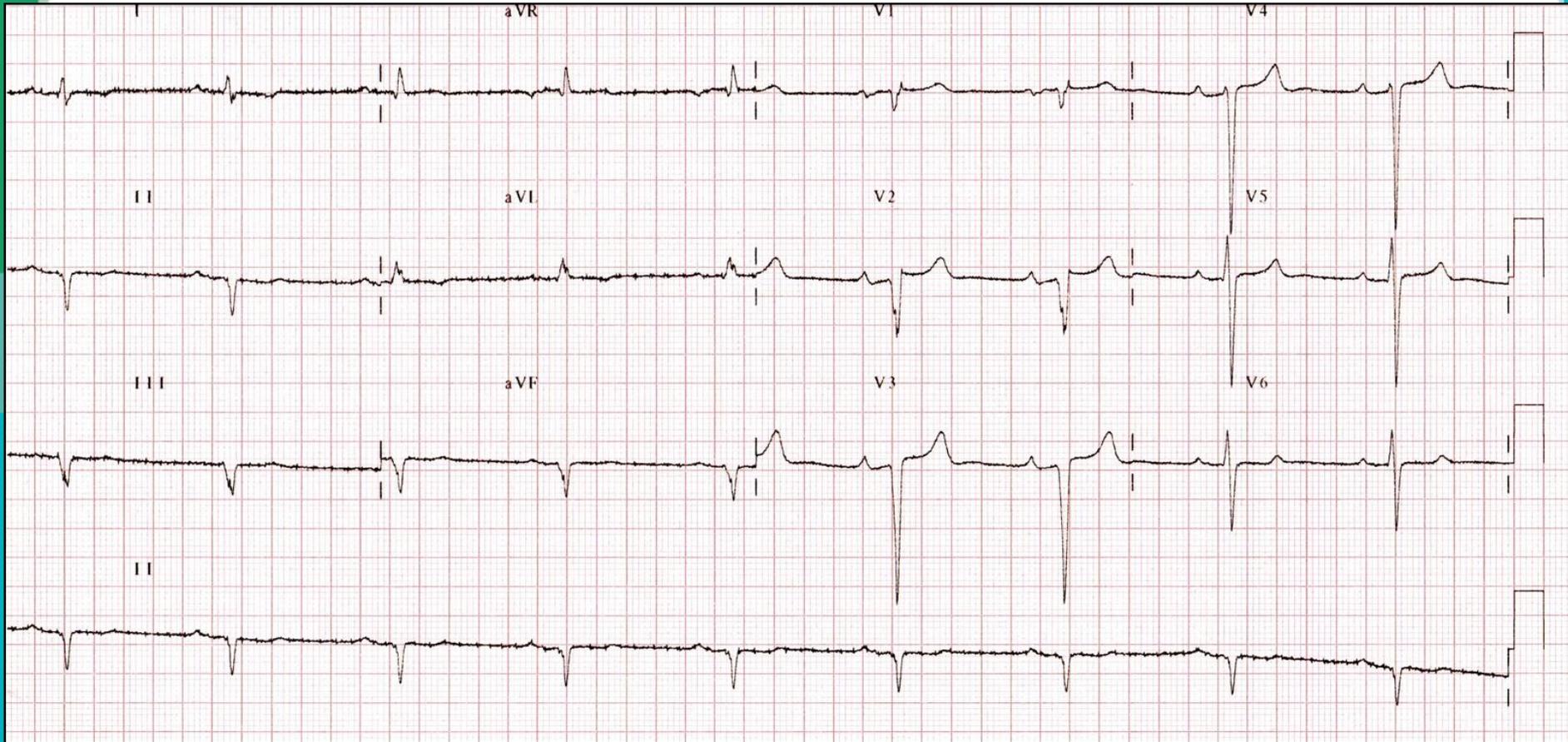
Caso 1 (prima parte)

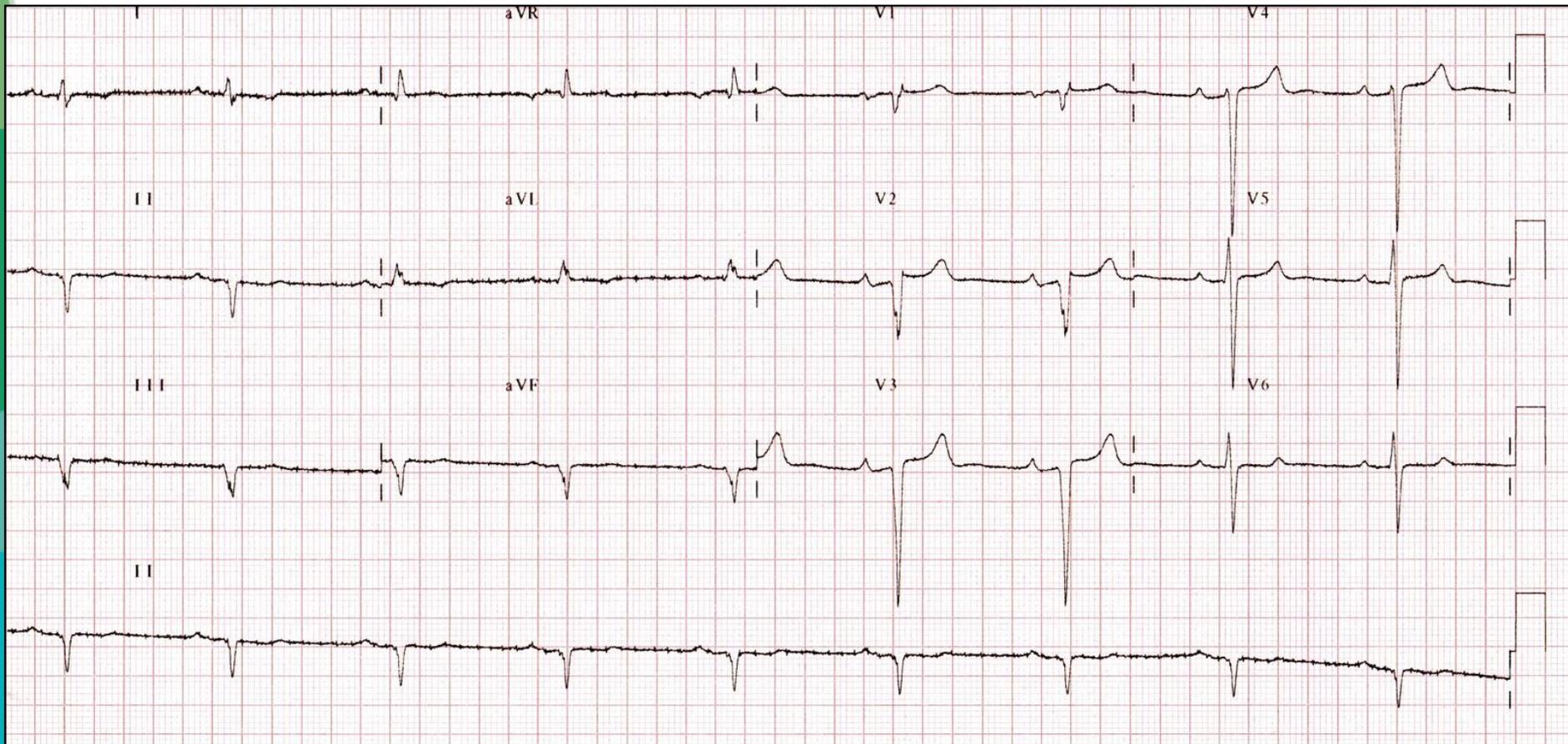
Il primo caso clinico riguarda un uomo di 64 anni, ricoverato nel nostro centro per scompenso cardiaco acuto.

In anamnesi: Diabete Mellito di tipo II noto da circa 15 anni, non altri fattori di rischio cardiovascolare.

Riferisce un precedente ricovero per scompenso cardiaco due anni prima, presso altro centro, con diagnosi alla dimissione di Cardiomiopatia ipertrofica non ostruttiva.

ECG di presentazione in PS

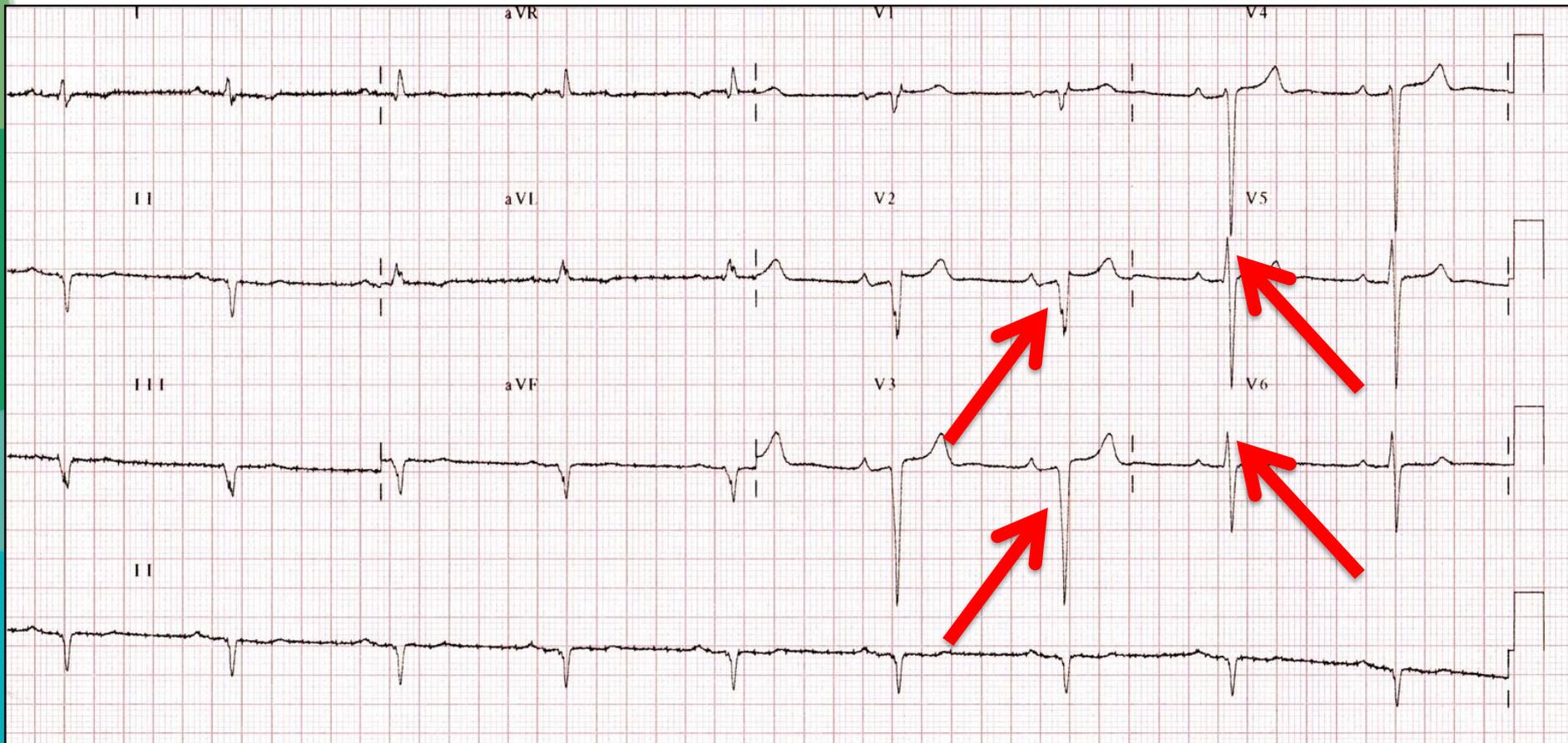




Ritmo sinusale condotto con BAV di primo grado
Deviazione assiale sinistra \ EAS (asse QRS < -30)

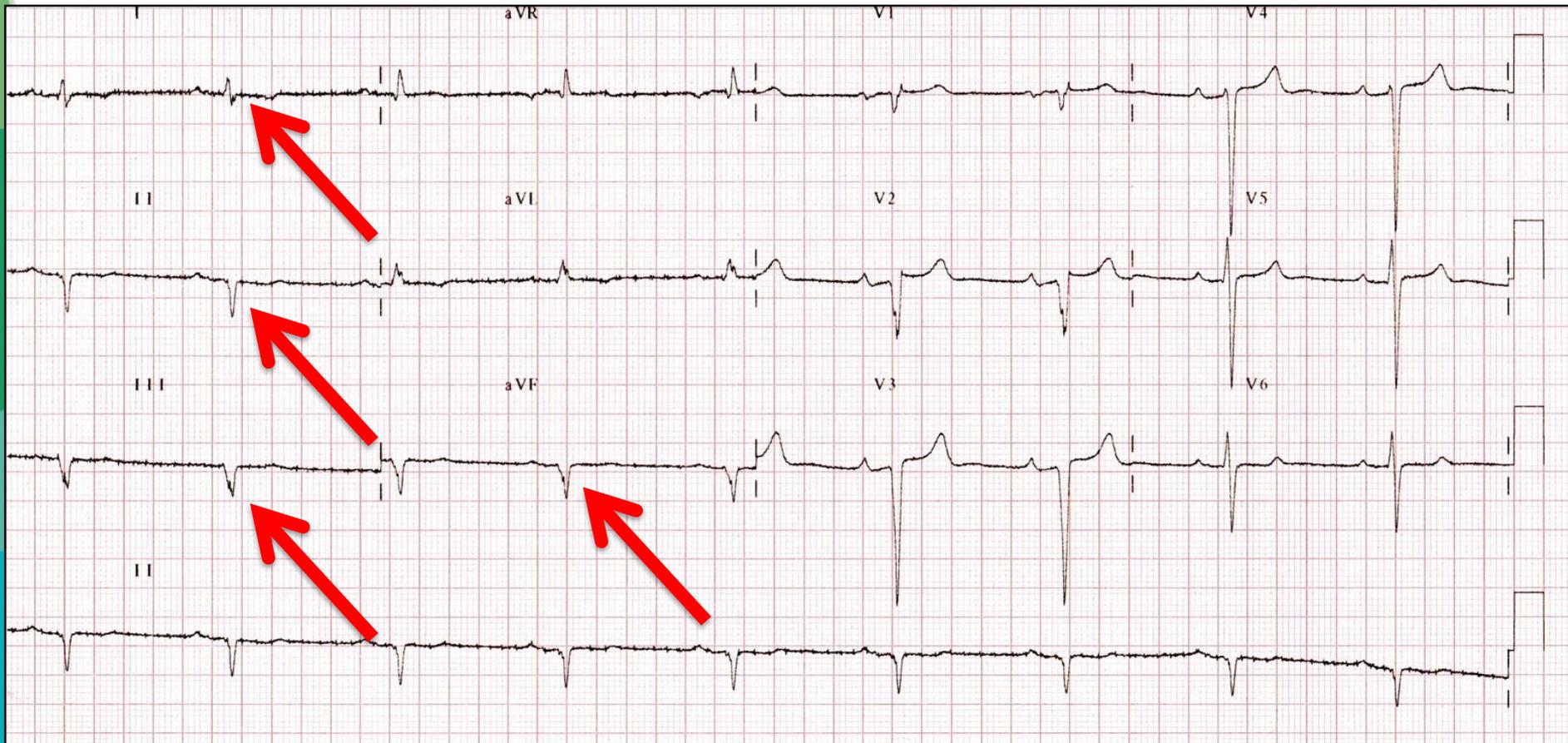
Ma siamo sicuri di essere di fronte ad una CMIO Ipertrofica?

Guardiamo meglio il nostro ECG



Voltaggi "alti" nelle derivazioni precordiali, ma complesso QS fino a V3

Onda R di basso voltaggio, anche in V5-V6

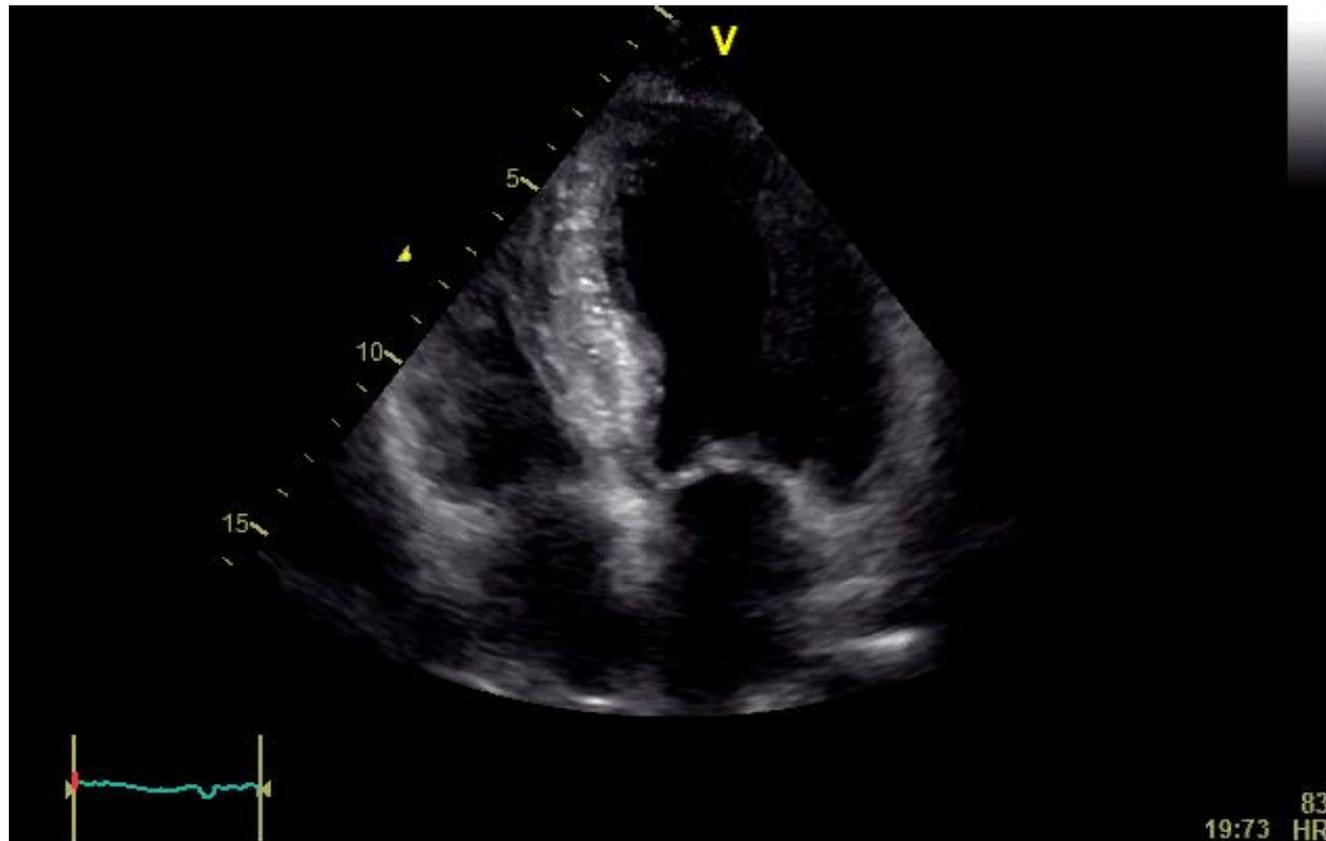


Voltaggi ridotti su tutte le derivazioni periferiche (<7mm)

Onde Q "pseudonecrosi" infero-settale, ma accenno di R inferiore

QRS frammentati

All'ecocardiogramma: evidenza di aumento diffuso degli spessori parietali a carico di entrambi i ventricoli con maggiore interessamento del setto. Aumentata ecoriflettenza miocardica.



A questo punto vi chiediamo quali ulteriori accertamenti diagnostici avreste eseguito in questo paziente?

- A) Coronarografia
- B) Biopsia Endomiocardica
- C) Risonanza Magnetica cardiaca
- D) Coronarografia + Risonanza Magnetica cardiaca
- E) Coronarografia + BEM + Risonanza Magnetica cardiaca

Rispondete direttamente sul sito, tra 15 giorni saranno disponibili i risultati e la soluzione del caso.

Caso 2 (prima parte)

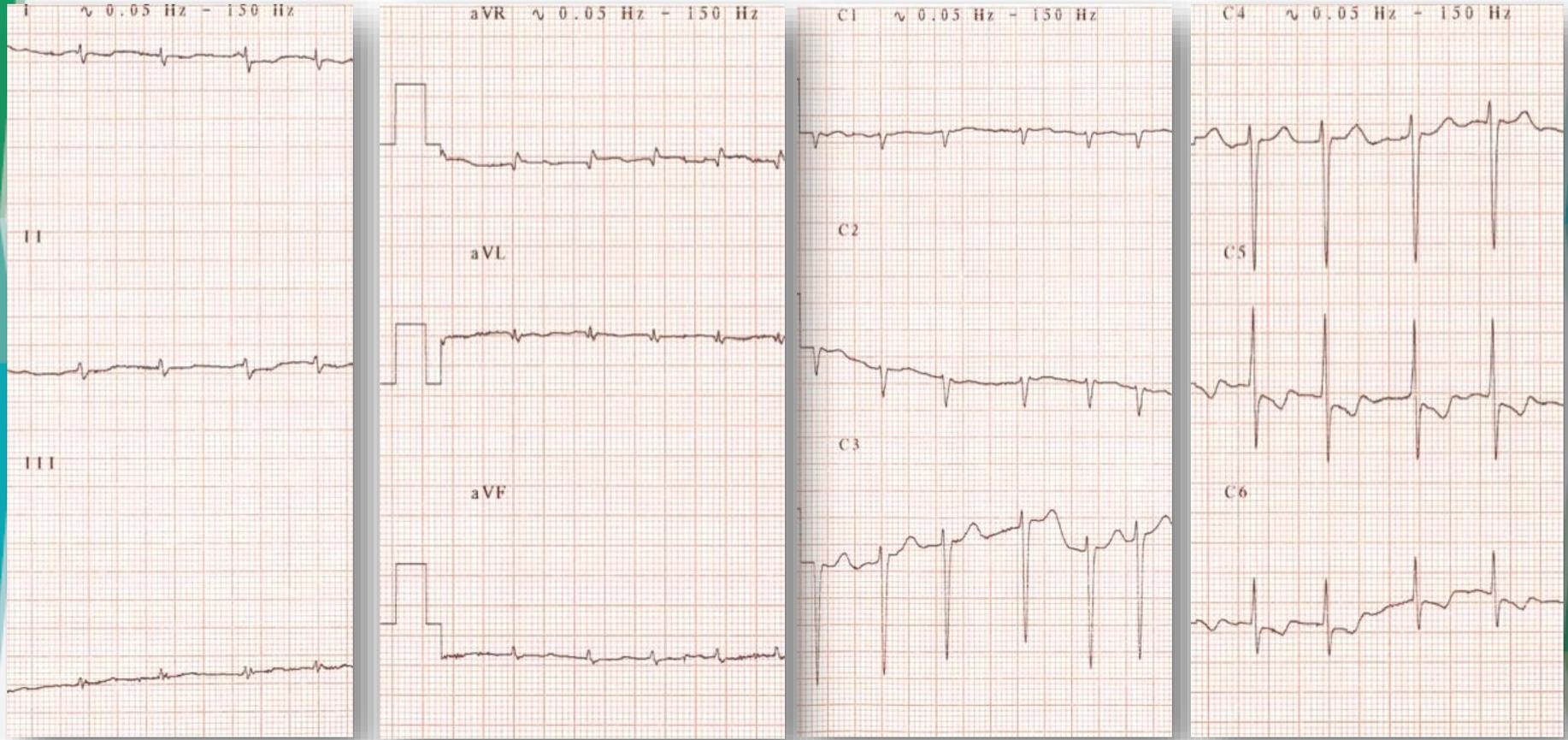
Il secondo caso clinico che vi proponiamo riguarda un uomo di 75 anni. Il paziente viene ricoverato nel nostro centro in seguito ad un episodio di scompenso cardiaco acuto.

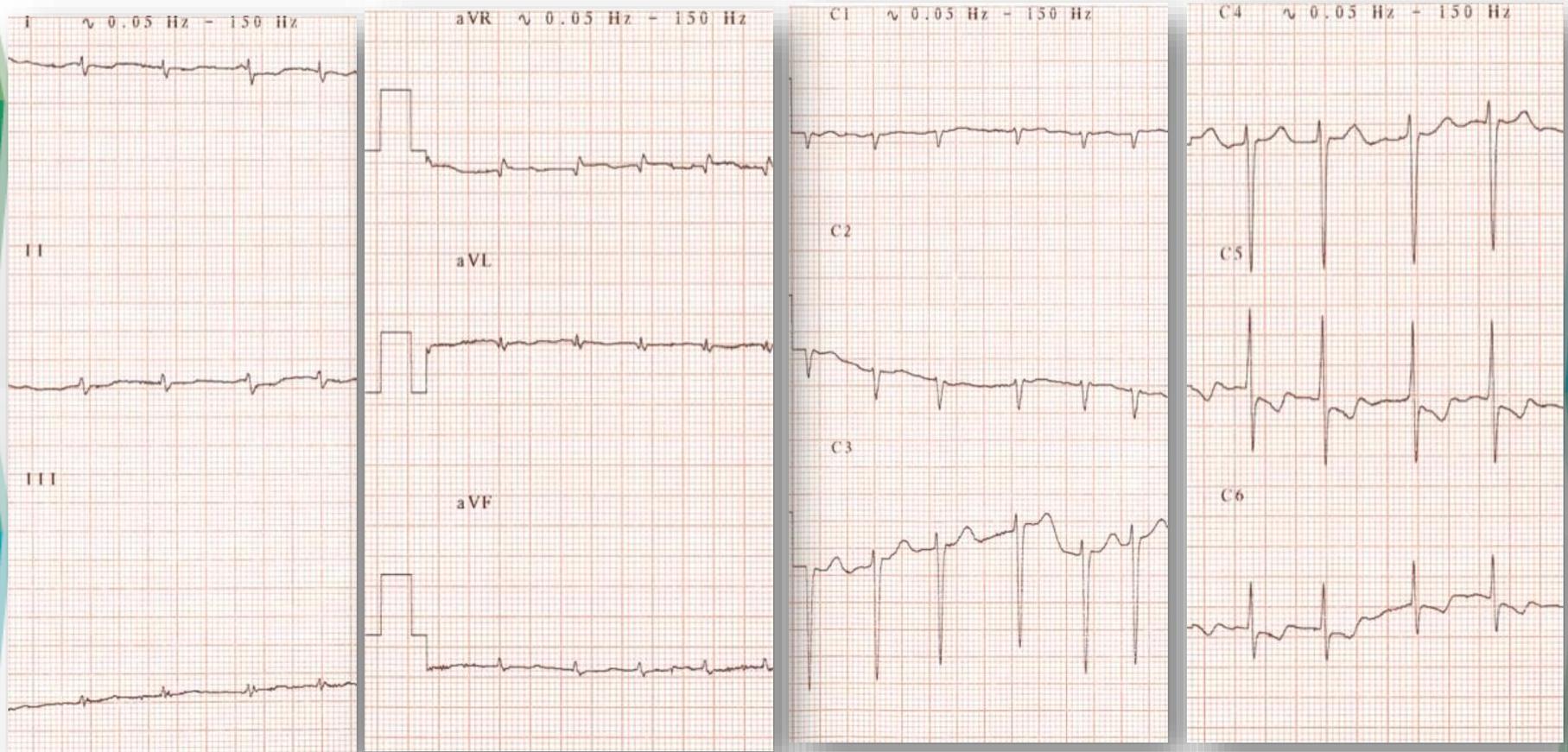
In anamnesi: Ipertensione arteriosa, ex fumatore, nega familiarità per cardiopatia strutturale.

Nel 2011 ricovero (in altro centro) per scompenso cardiaco: durante tale ricovero riscontro ecocardiografico di ipertrofia ventricolare sinistra (SIV 16mm, PP 15mm) con lieve riduzione della funzione sistolica globale (FE 45%).

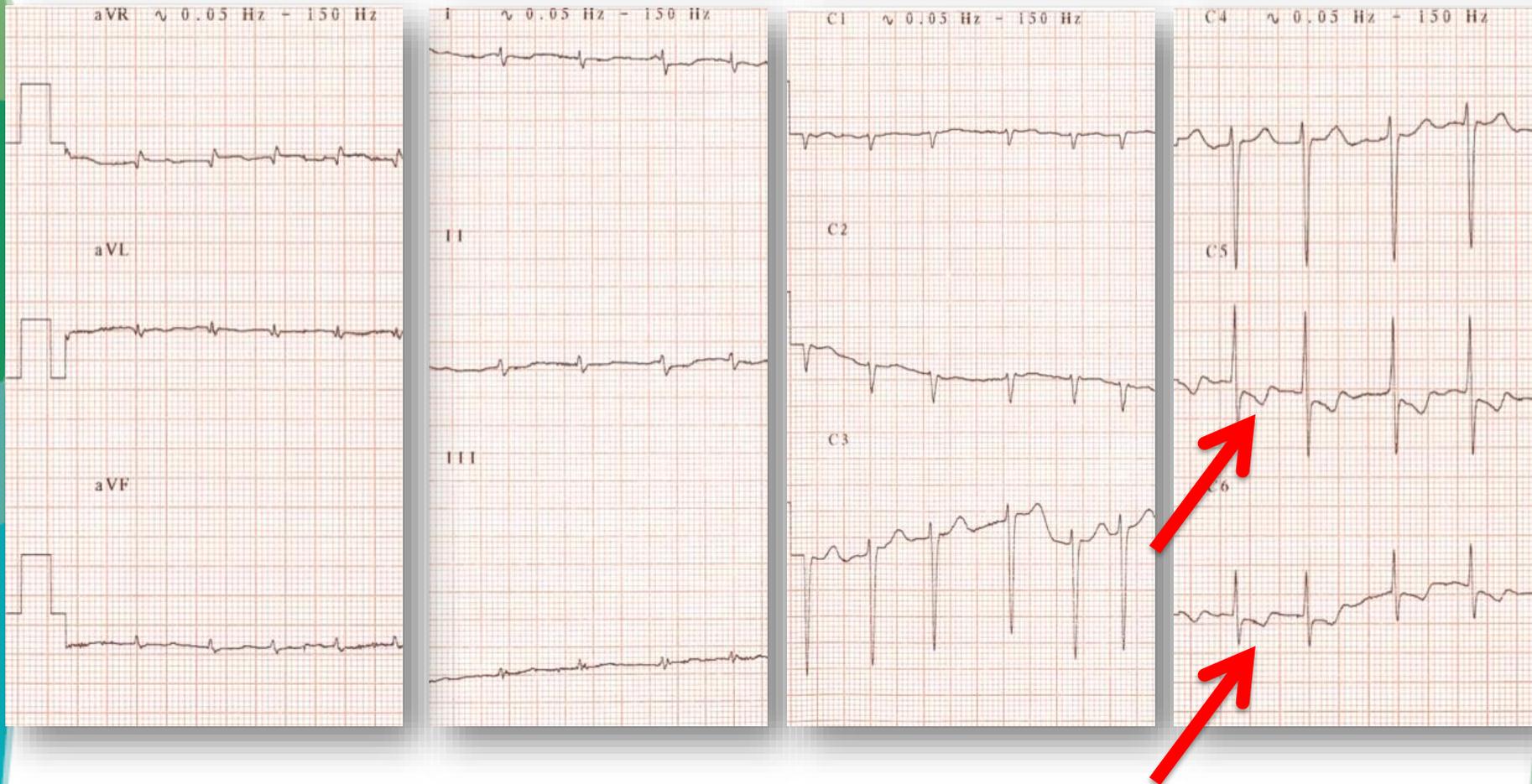
Dimesso con diagnosi di scompenso cardiaco in verosimile cardiomiopatia ipertrofica.

Ricovero per SCC: ECG di presentazione



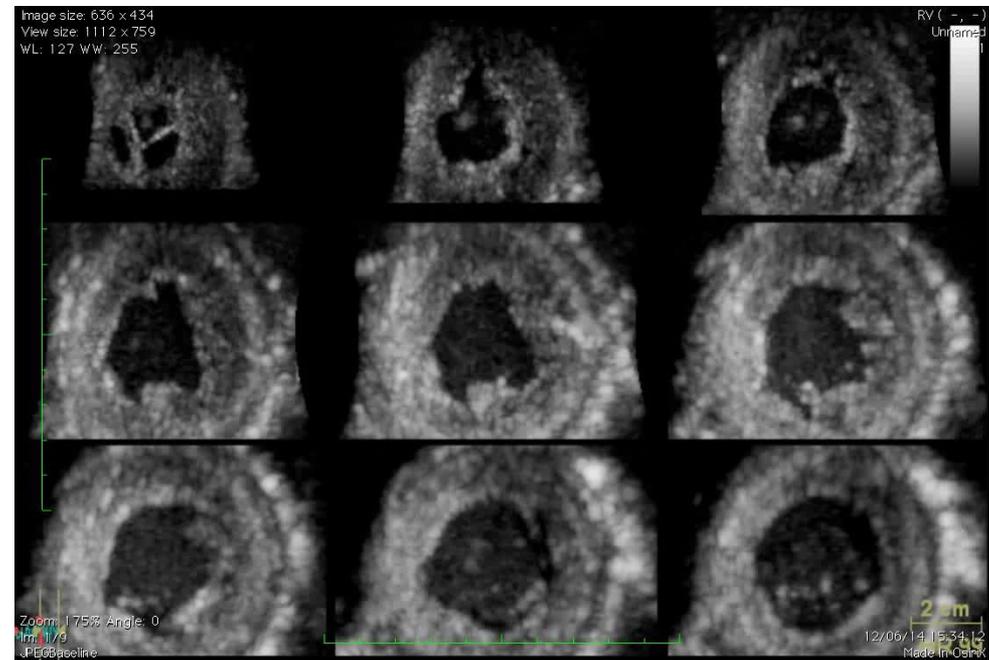
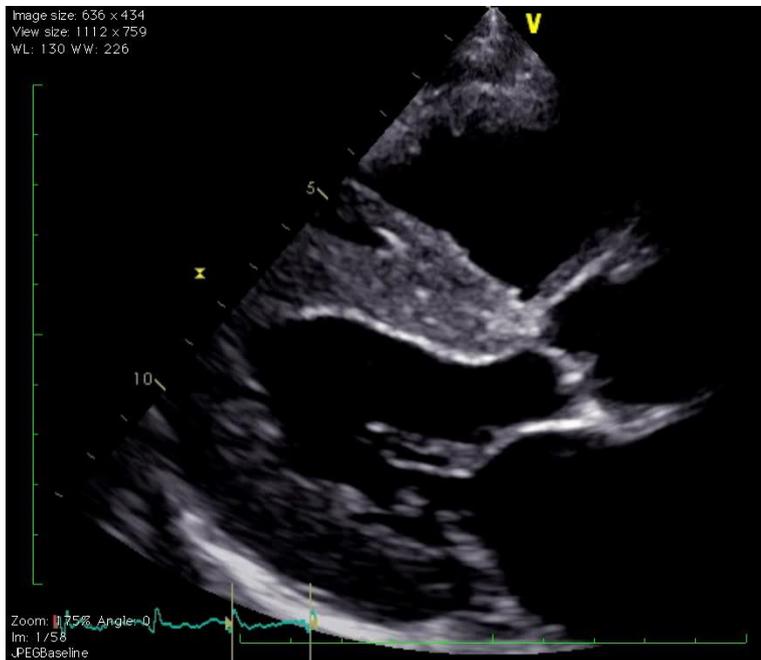


- **Fibrillazione atriale** a RVM 110bpm
- **Asse elettrico** mal valutabile (?)
- Non sicuri segni di ipertrofia VS, ridotti voltaggi sulle d. periferiche



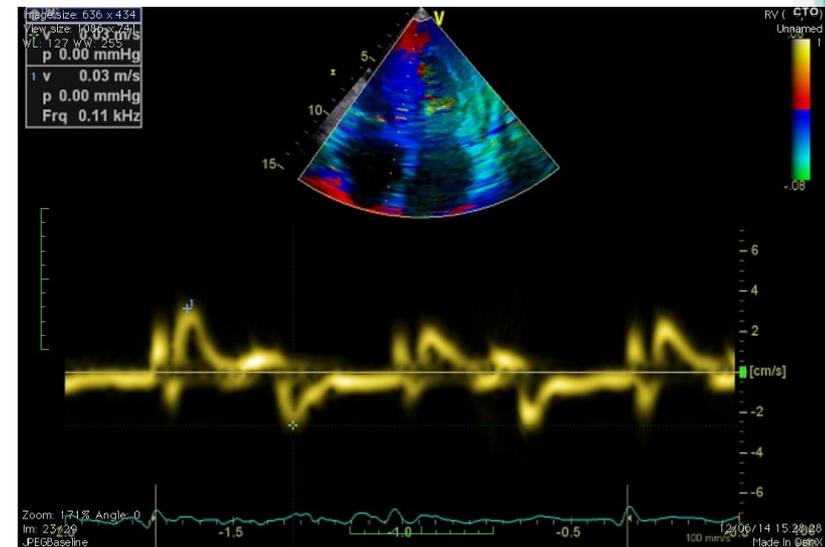
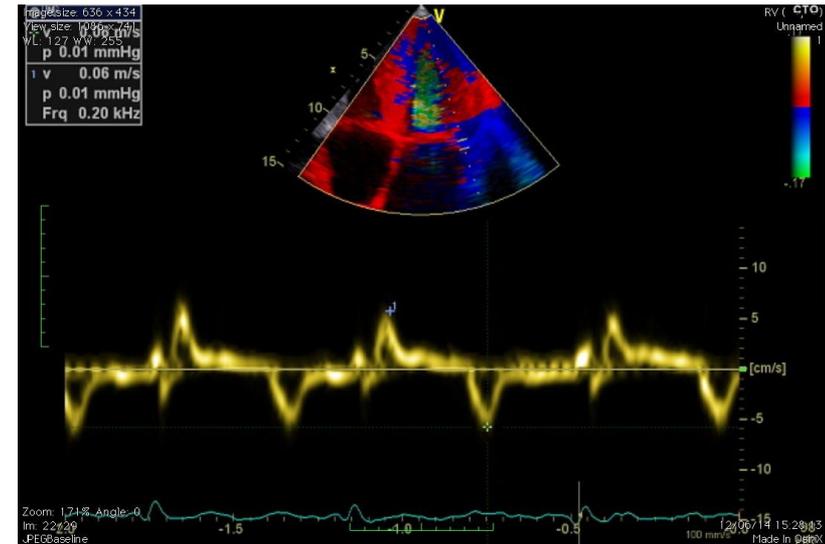
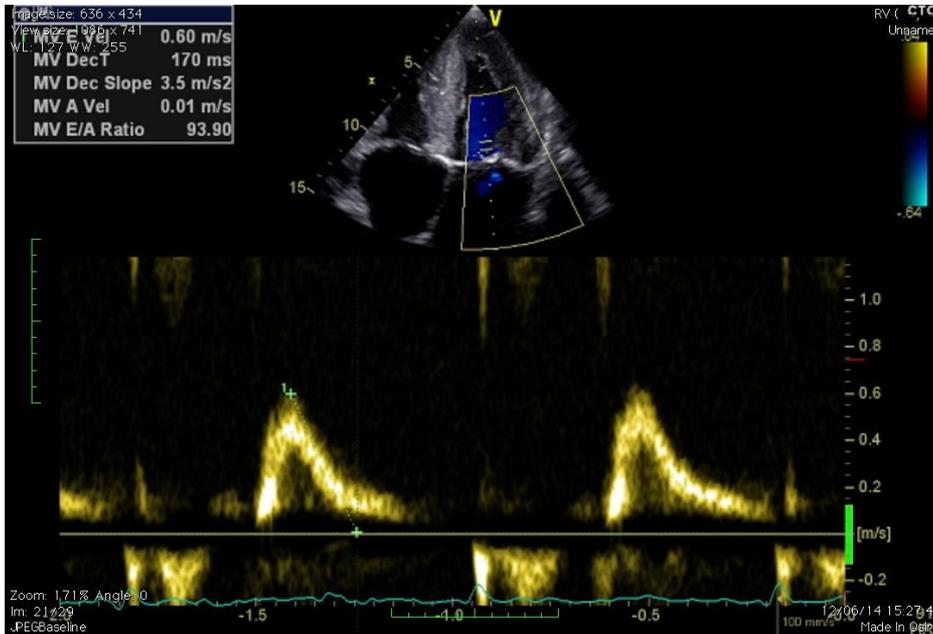
Sottoslivellamento ST con onde T **negative** laterali (*strain pattern?*)

All' ECOCARDIOGRAMMA: Ventricolo sinistro di normali dimensioni endocavitarie,
spessori parietali moderatamente aumentati (SIV 16mm, PP 16 mm)
Alterata texture a livello settale



Ipocinesi biventricolare condizionante lieve riduzione della funzione sistolica globale (**FE VS 45%**, TAPSE 13mm), lieve insufficienza delle valvole atrioventricolari PAPs pari a 40 mmHg, dilatazione biatriale.



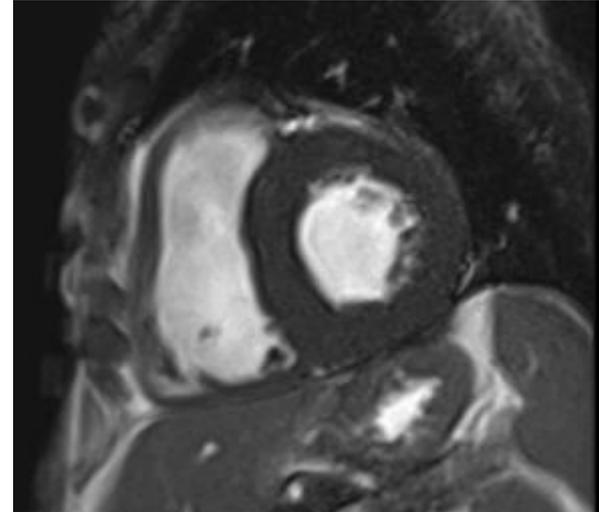
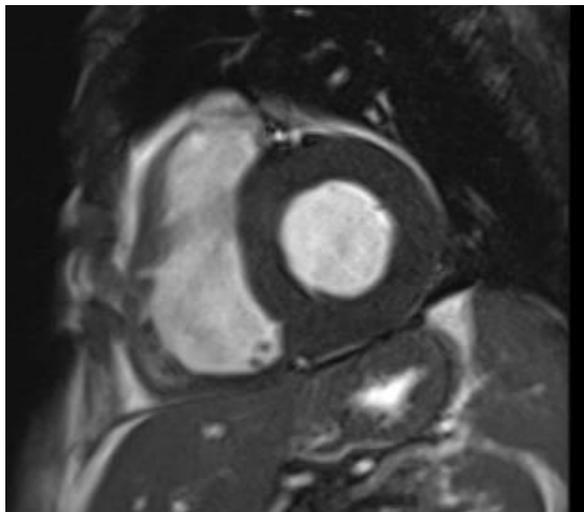
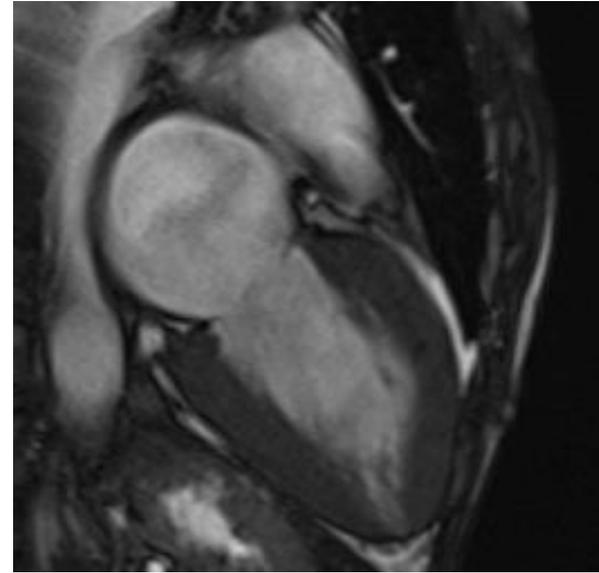
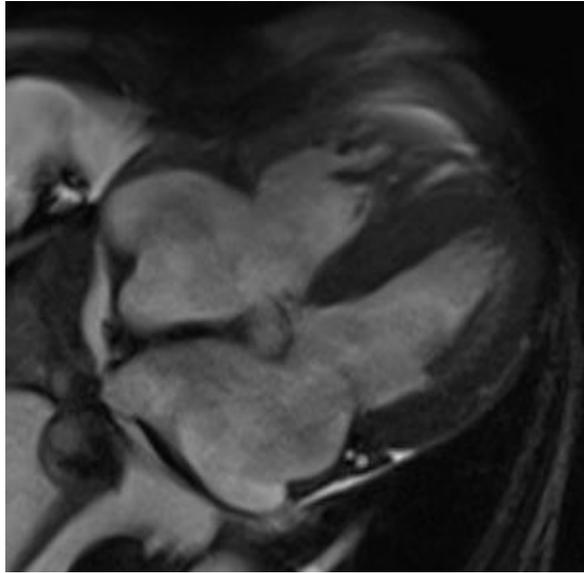


Pattern di flusso transmitralico indicativo di
 Elevate pressioni di riempimento:
 $E/E' \text{ medio} = 14$

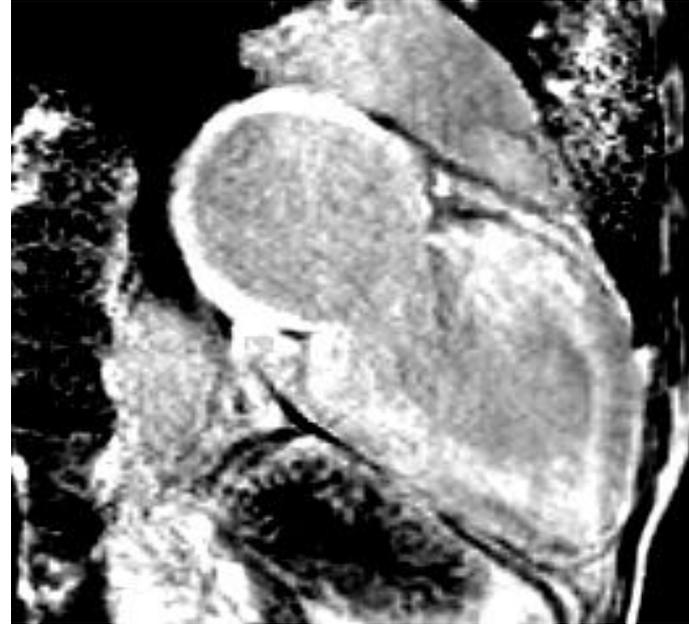
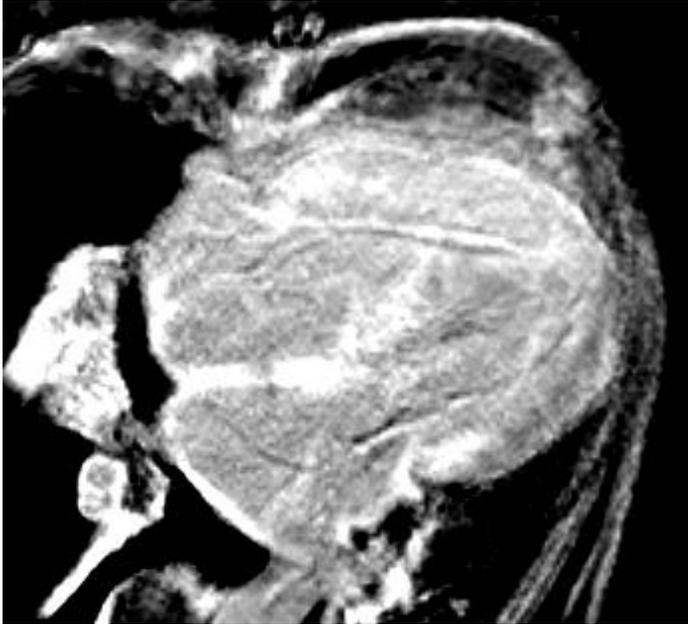


Si sottopone il paziente a Risonanza Magnetica Cardiaca che evidenzia alle immagini cine disfunzione sisto-diastolica biventricolare e alle immagini post contrasto esteso enhancement biventricolare a carattere transmurale con marcato enhancement delle pareti atriali.

RM-Cine



RM Post-contrasto



IPOTESI DIAGNOSTICHE

Lasciamo la domanda aperta su questo secondo caso chiedendovi quali sono le vostre ipotesi diagnostiche

[Potete rispondere inviando una mail](#) e tra 15 giorni vedere i risultati.



Arrivederci alla prossima puntata....