

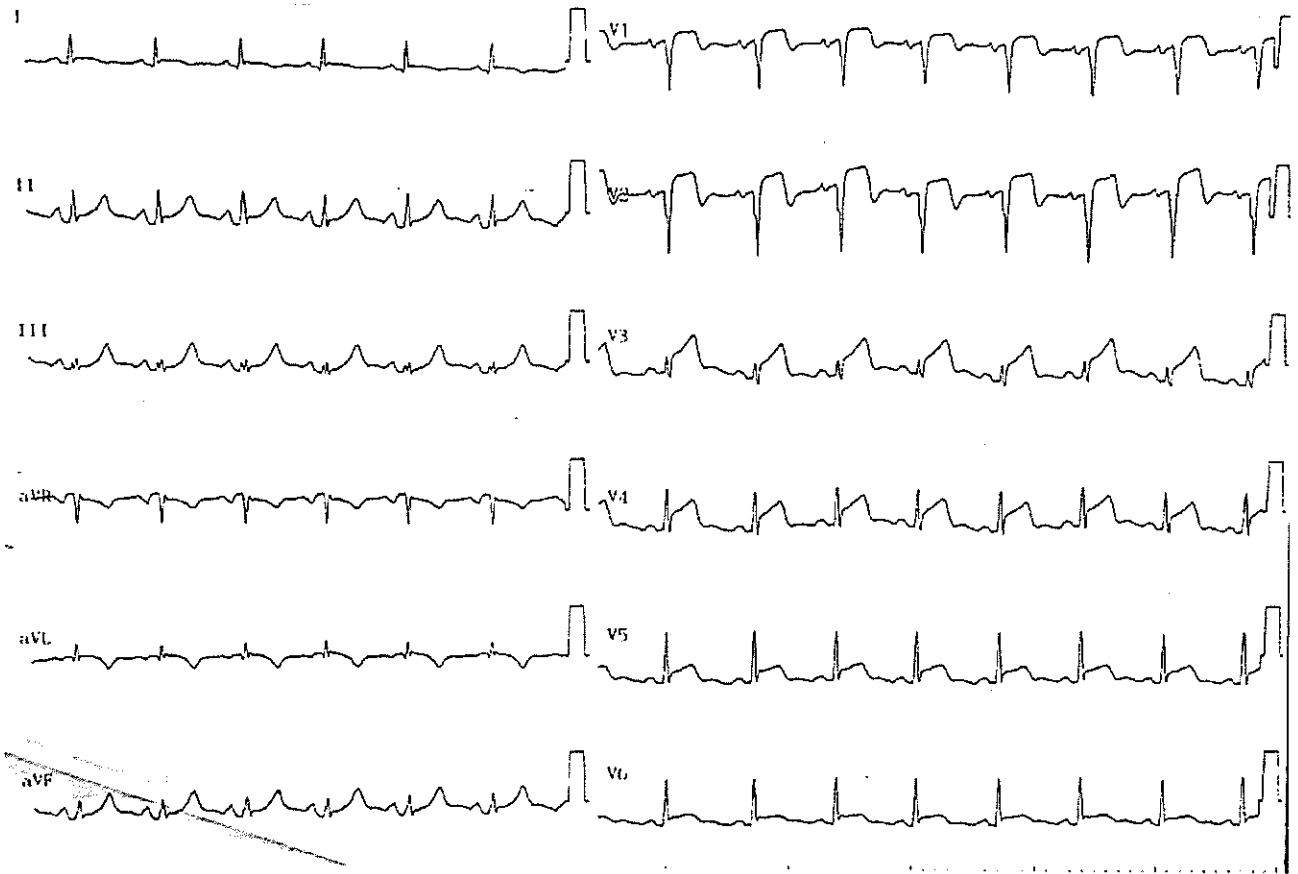


59 anni, maschio 175 cm x 83 kg

ANAMNESI CARDIOLOGICA FRCV: - ipertensione arteriosa non trattata, dislipidemia, familiarità per CAD, forte fumatore.

La notte del 16/6/2024 ore 23 : dolore toracico intenso persistente in regione precordiale irradiato in regione interscapolare; il giorno successivo 17/6, persistenza del dolore toracico ridotto di intensità, associato a malessere generale e vomito. In data 18/6 ore 16.00: accesso in PS giunge pauci-sintomatico, obiettività CP di compenso, PA 145/100 mmhg, FC 90 bpm, SatO2 98% (a 40 ore dall'esordio sintomi)

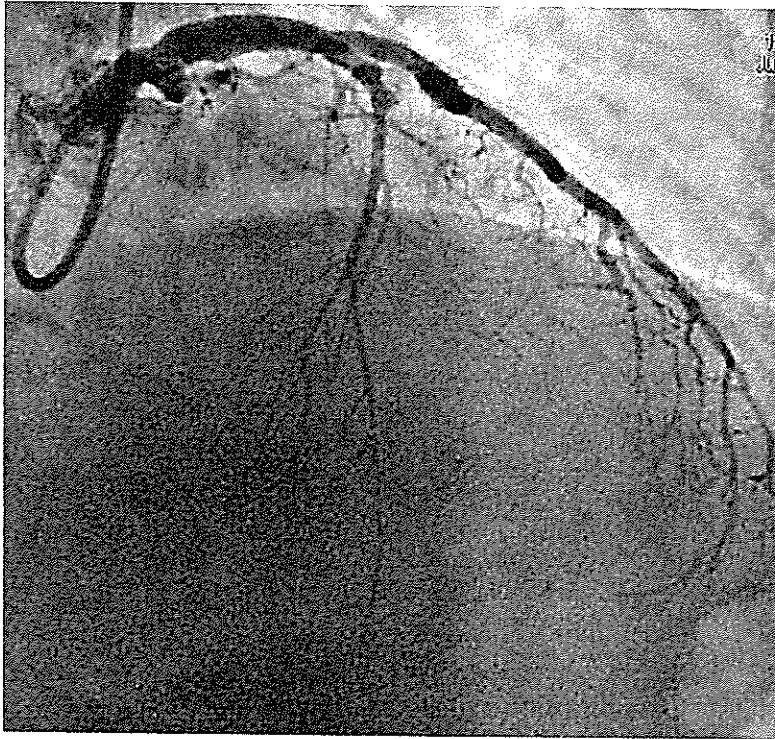
ECG all'arrivo in PS:



Somministrati: Flectadol 1 gr, NTG
 Trasferimento in Emodinamica per CGR urgente



Alla Coronarografia:



Sistema coronarico sinistro..... descrivere



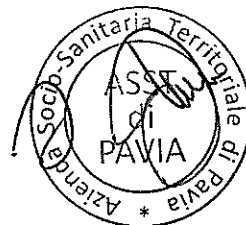
Coronaria destra: dominante, ectasica con diametro > 6 mmdescrivere



Descrivere il quadro angiografico coronarico e alla luce del dato angiografico scegliere la strategia terapeutica e motivazioni:

- 1) Rivascolarizzazione per via percutanea limitata al trattamento della *culprit lesion*;
- 2) In considerazione della stabilità del paziente: rivascolarizzazione chirurgica;
- 3) Rivascolarizzazione per via percutanea: trattamento della *culprit lesion* in acuto e completamento su altri vasi in seconda battuta.
- 4) Valutazione della vitalità e successiva decisione in merito alla rivascolarizzazione

PROVA PRATICA N.2

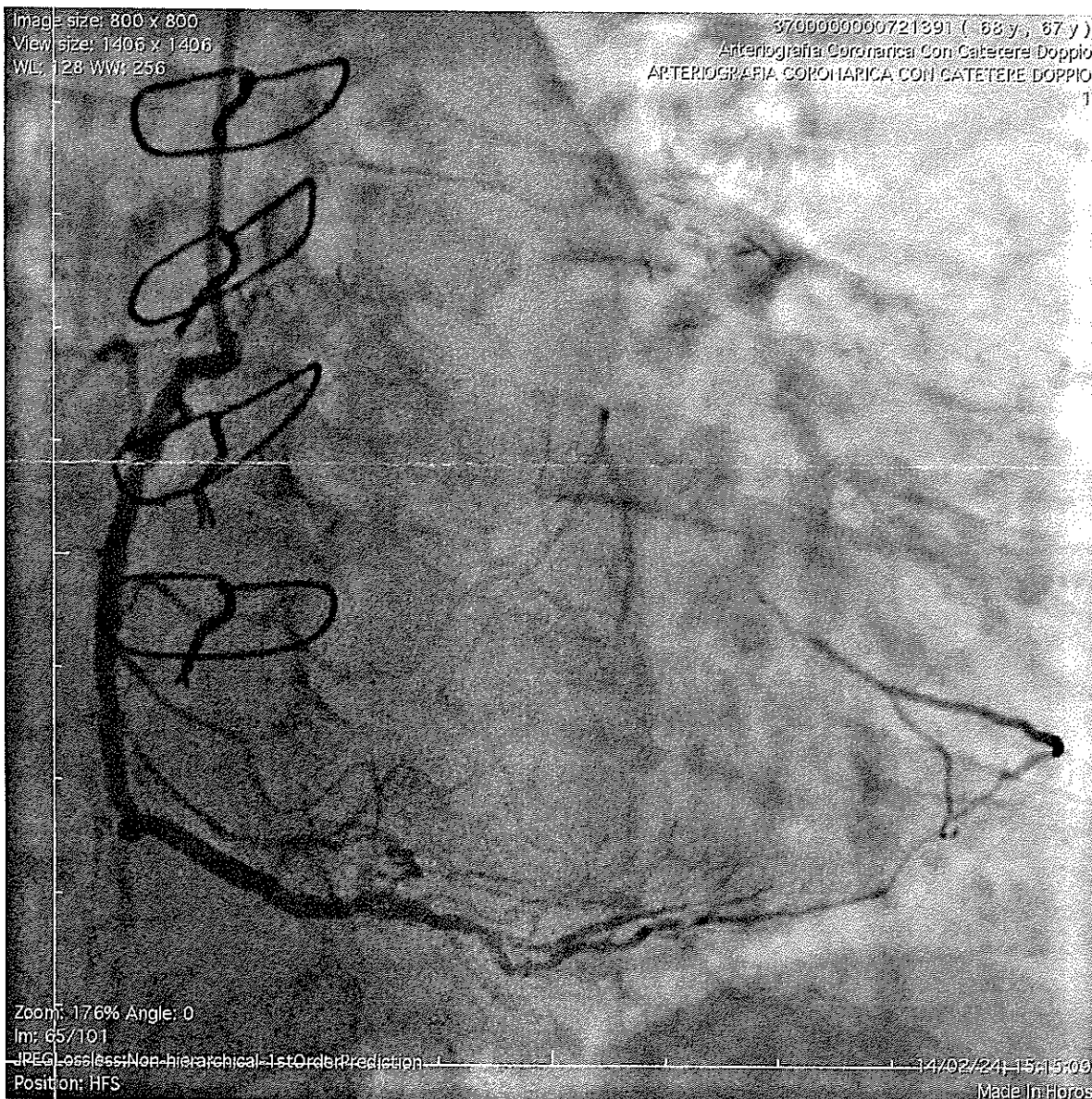


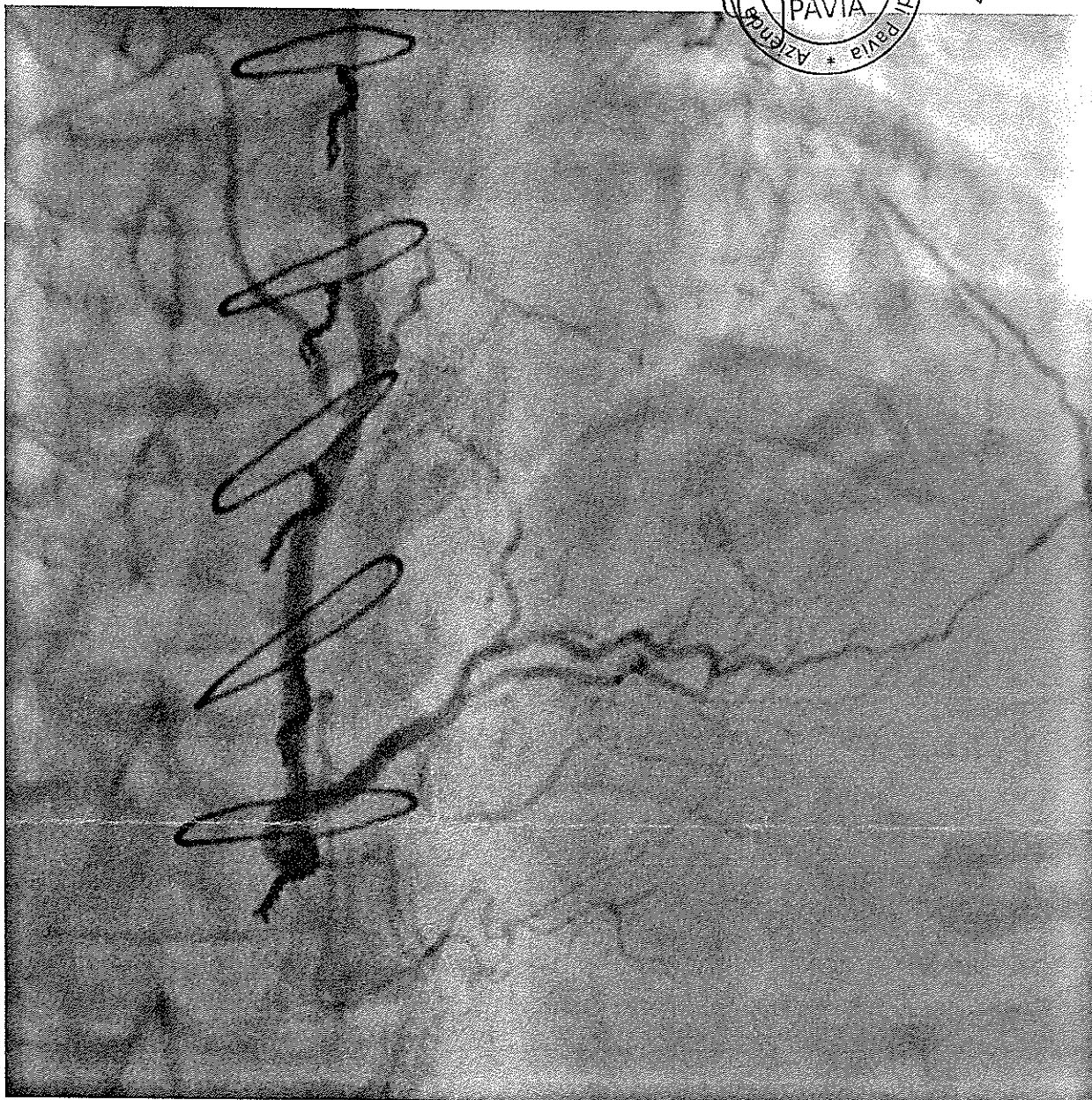
Prova non esatta!

Pz donna di anni 77, affetta da CAD cronica già rivascolarizzata chirurgicamente BPC singolo 14 anni prima (AMIs x IVA), giunge in ambulatorio per angina da sforzo stabile in terapia medica ottimizzata.

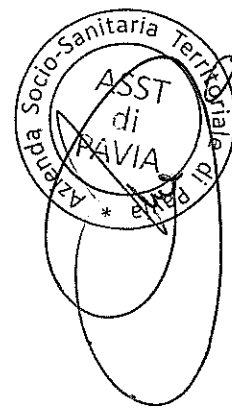
Alla coronarografia:

AMI per IVA pervia su esile tratto distale dell'arteria discendente anteriore
CFX occluso
Coronaria destra pervia





Descrizione dell'immagine angiografica e delle opzioni di trattamento



Prova estratta:
[Signature]

Pz maschio di anni 86,
 Diabetico, iperteso, dislipidemico

Comorbidità:

- IRC IV stadio (GFR 20 ml/min)
- Vasculopatia poli-distrettuale (TSA e AAI, stenosi arteria renale sinistra, AA Addominale sotto-renale)
- Anemia a genesi multifattoriale
- Artrite reumatoide in terapia steroidea

Anamnesi Cardiologica

- 2005 BPC (AMI-HVA, Ao-MO-IVP) per SCA
- FAP in TAO (NOAC)
- FEVS all'ECO 55%

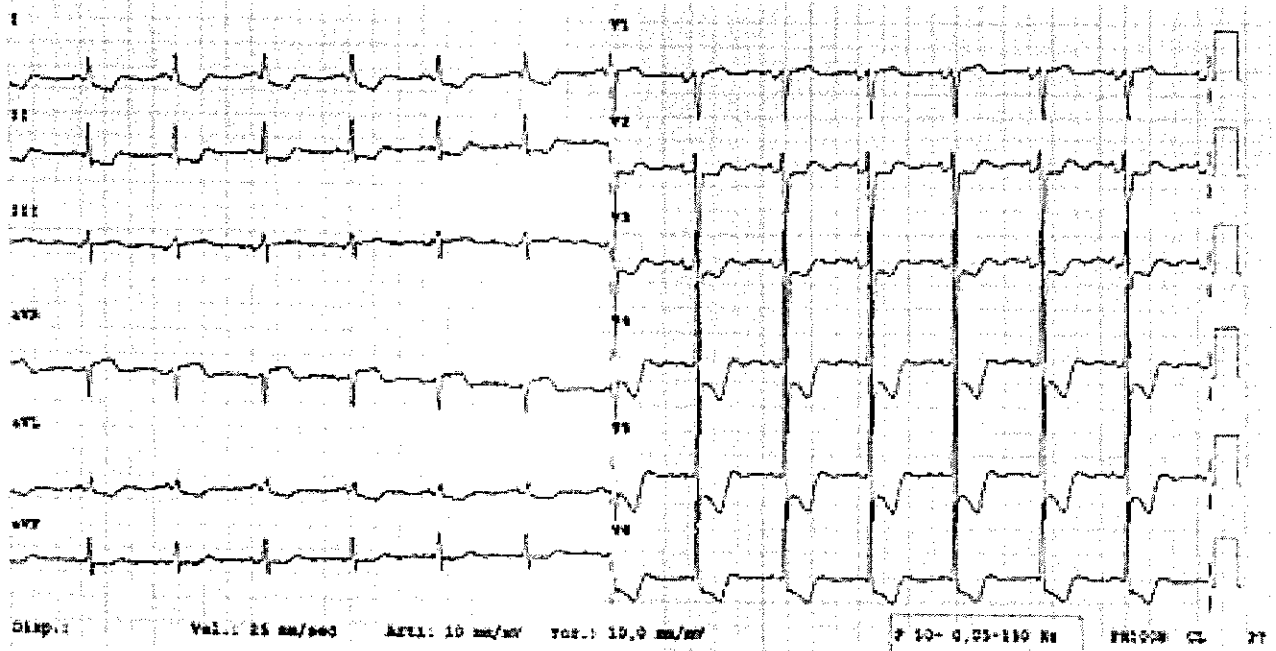
Accesso in PS per dispnea

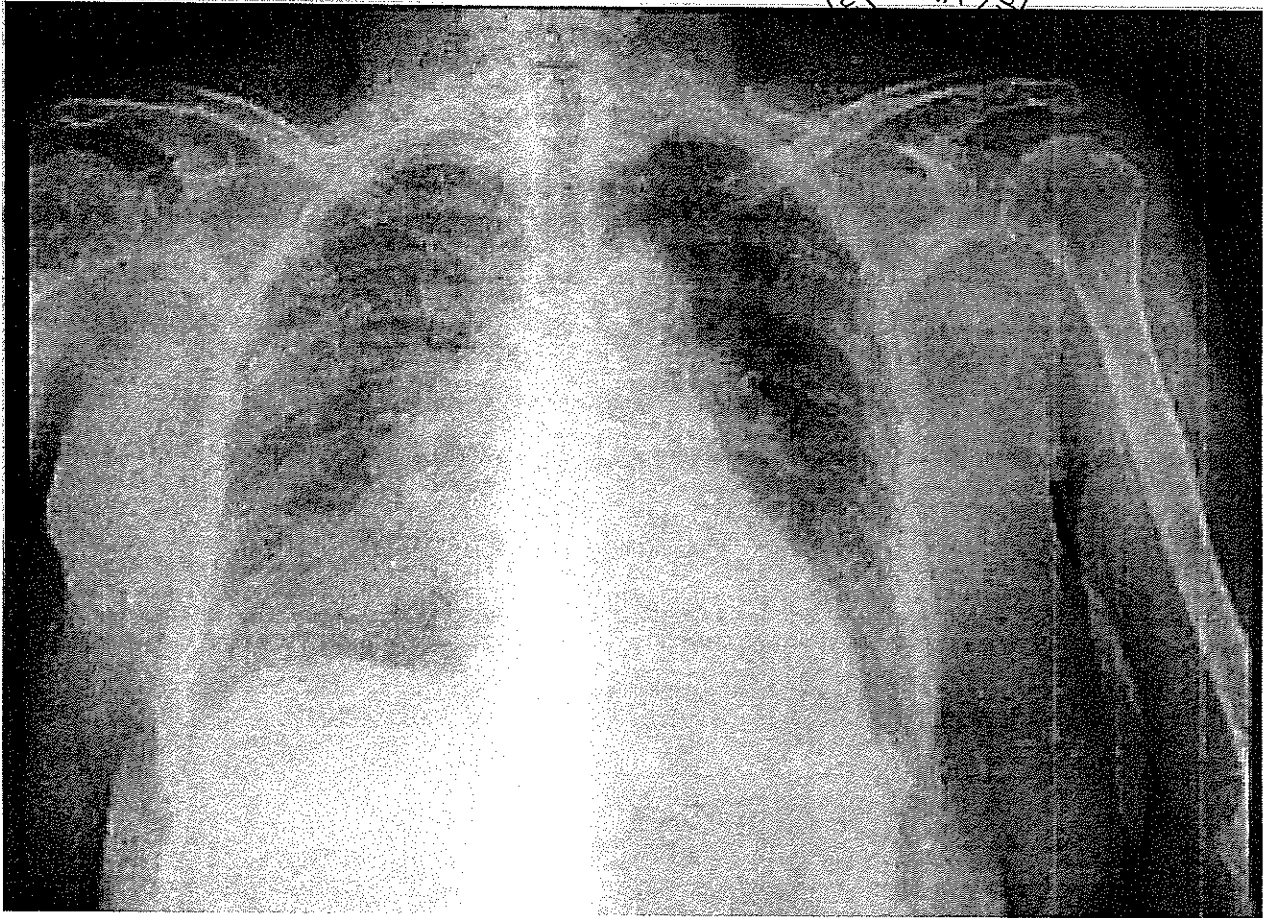
EO:

PA 170-90 FC 80 bpm, SpO2 in AA 80%EO: tachipnea, stasi polmonare, giugulari turgide, edemi peri-malleolari, periferia calda.

Esami ematochimici: Hgb 9.7 , creatinina 3.1 GFR 19, TnThs 68 (1° determinazione, 2° determinazione 102 ng/L)

Ecocardio: ipocinesia diffusa con lieve riduzione della funzione contrattile globale FEVS 50%, ventricolo destro nei limiti per dimensioni e cinesi, lieve insufficienza mitralica.





Il paziente rappresenta l'emblema di una tipologia di paziente: anziano fragile, che sempre più spesso ci troviamo ad affrontare e che ci pone di fronte ad una serie di problematiche nella scelta del corretto iter diagnostico terapeutico.

Quale la migliore strategia?

- 1) Coronarografia in urgenza
- 2) Terapia medica, NIV e successivo controllo coronarografico
- 3) Terapia medica + NIV e strategia conservativa