



Azienda Ospedaliera  
**Ospedale Niguarda Ca' Granda**

Piazza Ospedale Maggiore, 3  
20162 MILANO

DIPARTIMENTO CARDIOTORACOVASCOLARE  
Struttura Complessa: CARDIOLOGIA 3 ELETTROFISIOLOGIA  
Direttore: Dr. M. LUNATI

Segreteria Direttore: 02/6444.7791  
Coordinatore sanitario: 02/6444.4077 - Fax 02/6444.2703  
Degenza: 02.6444.2676  
E-mail: cardio3@ospedaleniguarda.it

## RELAZIONE ALLA DIMISSIONE

Milano, 05/10/2012

Al/Alla paziente, al medico curante

Cognome: KRUGER

Nome: GIORGIO

Nato/a a: MERATE (CO) il 05/03/1945

Indirizzo: V. PAOLI ALESSANDRO 1 - MILANO (MI)

Ricovero: n° 2012045608 dal 14/09/2012 al 05/10/2012

### DIAGNOSI DI DIMISSIONE

SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO IN NOTA CARDIOMIOPATIA DILATATIVA POST ISCHEMICA CON SEVERA DISFUNZIONE VENTRICOLARE SINISTRA.

BPCO

SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NOTTURNE.

Epilessia generalizzata in polivasculopatia.

### MOTIVO DEL RICOVERO

Stato anasarcatico

### SINTESI ANAMNESTICA

Progressa asportazione adenoma salivare.

Marzo 2009 ricovero per IMA inferiore. Malattia trivasale, eseguita angioplastica CD complicata da ematoma della femorale dx trattato con stent-graft su arteria femorale comune e necessitante di supporto trasfusionale con GRC. Rifiutato completamento di rivascularizzazione per via chirurgica.

Successive angioplastiche nello stesso anno presso H S.Raffaele su IVA media (DES) e MO (DES).

Al controllo coronarografico (Novembre 2009) occlusione intrastent di IVA media. FEVS residua 49%.

2010 diagnosi di epilessia temporale secondariamente generalizzata.

Plurimi episodi di pleurite e BPN negli ultimi 2 anni.

Al controllo ecocardiografico del Settembre u.s FEVS 37%, IM moderata.

Valutato ambulatorialmente in data 14/9 con evidenza di stato anasarcatico e ortopnea, veniva pertanto inviato in PS.

Scarsa compliance fino ad oggi alla terapia medica.

Referto firmato digitalmente ai sensi del DPR 445/2000 e DLGS 82/2005 s.m.i

N.PRATICA: 2012045608 ver. 1

Sistema Sanitario  Regione  
Lombardia

1 di 3

### **DECORSO CLINICO E TRATTAMENTI**

Ricoverato dapprima in reparto di medicina ove ha eseguito scarico idrico (-9Kg dall'ingresso) con miglioramento degli scambi respiratori. Introdotti in terapia ACE-inibitore e beta-bloccante a basse dosi.

Eseguito controllo ecocardiografico che ha documentato severa riduzione della funzione sistolica (FEVS 28%) per ipocinesia diffusa con variabilità regionale e IM 2+.

Eseguita inoltre polisonnografia che ha documentato fasi di apnee con desaturazione fino a 81%.

Per tale motivo è stata introdotta CPAP notturna.

Trasferito in data 27/9 nel nostro reparto. Alla coronarografia evidenza di occlusione cronica intrastent di IVA media e di CD; buon risultato in sede di pregressa PTCA su MO.

A completamento diagnostico eseguita RMN cardiaca che ha confermato la severa riduzione della funzione sistolica, ed ha repertato estese aree di fibrosi (vedi referto).

Dopo colloquio multidisciplinare con lo specialista cardiocirurgo, cardiologo clinico ed emodinamisti si è deciso di non porre indicazione alla rivascularizzazione miocardica chirurgica/percutanea per l'anatomia coronarica (IVA distale esile) e l'esiguità dei segmenti vitali osservati al RMN.

La terapia medica è stata ottimizzata durante la degenza ed è stato introdotto antialdosteronico.

Il paziente ha ben tollerato sia la titolazione dei farmaci che la CPAP notturna (eseguita anche polisonnografia in NIV).

### **INDAGINI ESEGUITE**

RM cardiaca: dilatazione ventricolare sinistra, ipocinesia diffusa con conservata motilità del segmento basale settale ed acinesia della parete infero-laterale e dei segmenti anterolaterali medio-apicali, i segmenti acinetici presentano ridotti spessori. (referto allegato).

Ecocardiogramma TT: ventricolo sinistro dilatato, FEVS 28% per ipocinesia diffusa con variabilità distrettuale. IM 2+; ITr da cui PAPs 48mmHg

Polisonnografia (vedi decorso clinico)

### **TERAPIA DURANTE IL RICOVERO**

vedi decorso clinico

### **CONDIZIONI DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE**

Il paziente attualmente appare in discreto compenso emodinamico (peso attuale 91,5Kg > peso target 90Kg), residua lieve succulenza pretibiale all'arto inferiore sinistro (notevolmente ridotta rispetto i gg scorsi).  
buoni scambi respiratori in aria ambiente.

### **Terapia consigliata**

CARDIOASPIRIN 100 mg 1 cp (dopo pranzo)

PLAVIX (Clopidogrel) 75 mg 1 cp ore 8

LASIX 25 MG 2 cp ore 8 + 1 cp ore 16 per 3 giorni poi proseguire con 1 CP ore 8 e 1 cp ore 16.

ROSUVASTATINA 20 mg 1 cp (ore 22)

PANTORAZOLO 20 mg 1 cp (ore 8)

KEPPRA 500MG 1 cp ore 8 e ore 20

CONGESCOR 2,5 MG 1 cp ore 8 + 1/2 cp ore 20

RAMIPRIL 2,5 MG 1 cp ore 20

AMIODARONE 200MG 1 cp ore 12

ALDACTONE 25 MG 1 cp ore 12

Monitorare bilancio idrico osservando restrizione idrica.

### **Nota per il medico curante**

A seguito dell'ottimizzazione terapeutica eseguita durante il ricovero e dell'introduzione della CPAP notturna il paziente dovrà eseguire controllo ambulatoriale (Ambulatorio dello scompenso cardiaco) a distanza di 3 mesi previo esecuzione di ecocardiogramma TT (impegnative allegate), al fine di decidere il futuro programma terapeutico: prosecuzione della terapia medica o eventuale resincronizzazione con o senza ICD.

Il paziente sarà seguito dall'ambulatorio delle polisonnografie (programma in possesso del paziente).

Lettera firmata da: Dott. MARCO PAOLUCCI (11014)

Data e ora della firma: 05/10/2012 12:36

Data di dimissione: 05/10/2012



DIPARTIMENTO CARDIOLOGICO  
Struttura Complessa: **CARDIOLOGIA 4 - DIAGNOSTICA NON INVASIVA**  
Direttore: Prof. Cristina Giannattasio  
Risonanza Magnetica : 02/6444.4582, .4584, .4586  
Fax: 02/6444.4662  
E-mail: alberto.roghi@ospedaleniguarda.it

RISONANZA MAGNETICA CARDIACA

Richiesta effettuata da: Cardiologia 3 DO B.SUD	
Id Paziente: <b>30757847</b>	Codice Nosologico: <b>2012045608</b>
Cognome: <b>KRUGER</b>	Residenza:
Nome: <b>GIORGIO</b>	<b>VIA A. PAOLI 1</b>
Sesso: <b>M</b>	Città: <b>MILANO</b>
Nato/a il: <b>05-03-1945</b>	Telefono: <b>0297382583</b>
Data esame: <b>01/10/2012</b>	Numero referto: <b>5957</b>
Patient Id Pacs: <b>30757847</b>	Accession Number <b>102128168</b>
<b>Dati antropometrici</b>	Altezza 182 cm      Peso 93 Kg
<b>Indicazione al test</b>	Cardiomiopatia ischemica

**Note anamnestiche**

**Altro** Cardiopatia ischemica cronica.  
Recente peggioramento della funzione ventricolare sinistra.  
Riscontro Holter di aritmie percinetihce.

**Tecnica impiegata**

Esame eseguito con scanner RM da 1.5 T ed antenna dedicata multi-elemento tipo phased-array. Il protocollo di imaging può comprendere l'acquisizione di: immagini di localizzazione nei piani ortogonali standard (sequenze single-shot TSE e SSFP); immagini morfologiche T1-, T2- or PD-pesate con o senza saturazione del grasso (TSE); immagini funzionali cine ventricolari nelle proiezioni cardiache standard (sequenze SSFP multi-fase); immagini di perfusione miocardica ottenute con sequenza single-shot SSFP durante primo passaggio di un bolo di Gd-DTPA (0.1 mmol/kg) iniettato nel corso di infusione di adenosina (140 µg/kg/min) e ripetuto a riposo; immagini di enhancement (impregnazione) ottenute con sequenze GRE precocemente e tardivamente (10-15') dopo l'iniezione di Gd-DTPA (0.15 mmol/kg); immagini angiografiche acquisite con sequenze GRE durante il passaggio di un bolo di Gd-DTPA (0.1 mmol/kg); immagini a contrasto di fase (GRE) per il calcolo di velocità e volumi di flusso.



Id Paziente:	<b>30757847</b>	Codice Nosologico:	<b>2012045608</b>
Cognome:	<b>KRUGER</b>	Nome:	<b>GIORGIO</b>
Numero referto:	<b>5957</b>		
Patient Id Pacs:	<b>30757847</b>	Accession Number	<b>102128168</b>

#### CONCLUSIONI E COMMENTO

**Ventricolo sinistro** Dilatazione ventricolare sinistra. Ipocinesia diffusa con conservata motilità del segmento basale settale ed acinesia della parete infero-laterale e dei segmenti anterolaterali medio-apicali. I segmenti acinetici presentano ridotti spessori

**Ventricolo destro** Lieve aumento delle dimensioni del ventricolo destro che presenta lieve ipocinesia diffusa con ridotta funzione ventricolare destra.

**Atrio sinistro ed atrio destro** Dilatazione biatriale: a sinistra area 3,6 cm<sup>2</sup>, a destra area 29 cm<sup>2</sup>.

**Valvole** Insufficienza valvola mitralica centrale (2+/4+).

**Aorta** Fibrosi delle cuspidi con lieve riduzione dell'escursione sistolica

**Immagini post-contrasto precoci** Non immagini riferibili a trombosi intraventricolare o a patologia ostruttiva del microcircolo.

**Immagini post-contrasto tardive** In corrispondenza dei segmenti acinetici LE a tutto spessore Pattern ischemico (vedi schema)

#### SINTESI

**Durante il corso dell'esame frequentissima extrasistolia sopraventricolare e ventricolare**

**Paziente scarsamente tollerante all'apnea per tosse**

**Ventricolo sinistro dilatato con presenza di diffuse aree di acinesia con fibrosi transmurale e funzione globale severamente ridotta**

**Insufficienza mitralica di grado 2+/4+**

**Lieve stenosi valvolare aortica**

**Ipocinesia del ventricolo destro**

Medico/i A.MILAZZO.-M.VARRENTI





Azienda Ospedaliera  
**Ospedale Niguarda Ca'Granda**

**Dipartimento di Scienze Neurologiche**  
**Centro per la Diagnosi e Cura dei Disturbi del Sonno**  
**Centro per la Chirurgia dell'Epilessia e del Parkinson "Claudio Munari"**  
Piazza Ospedale Maggiore, 3 – 20162 – Milano – Italy  
Tel: (+39) 02 64442917 – 0264442918 Fax: (+39) 02 64442868  
e-mail: epsur@ospedaleniguarda.it

Milano, li 04.10.2012

**Nome:** Kruger Giorgio  
**Data di nascita:** 05.03.1945

**Polisonnografia**  
**(monitoraggio cardio respiratorio)**

Esame eseguito durante trattamento con dispositivo BiPAP ASV a pressione EPAPmin:8cmH2O, EPAPmax:10cmH2O, PSmin:6cmH2O, PSmax:10cmH2O.

**Indice Apnea-Ipopnea/ora:** 0.3  
**Indice di Desaturazione/ora:** 1.3  
**SpO2 media:** 93.9%  
**Min SpO2:** 89%  
**Saturazione < 90%:** 0%

L'esame documenta la buona risposta al trattamento ventilatorio.

Si raccomanda l'uso continuato del dispositivo e controllo a breve termine. E' stato prenotata una visita in data 12.12.12 ore 15:00 (Pad. DEA 2°piano ala ovest).

Dr Lino Nobili

Ft Andrea Lanza

A.O. NIGUARDA CA'GRANDA  
Dr. LINO NOBILI  
Matr. 12056  
C.F. NBL LNI 65B14 C933X