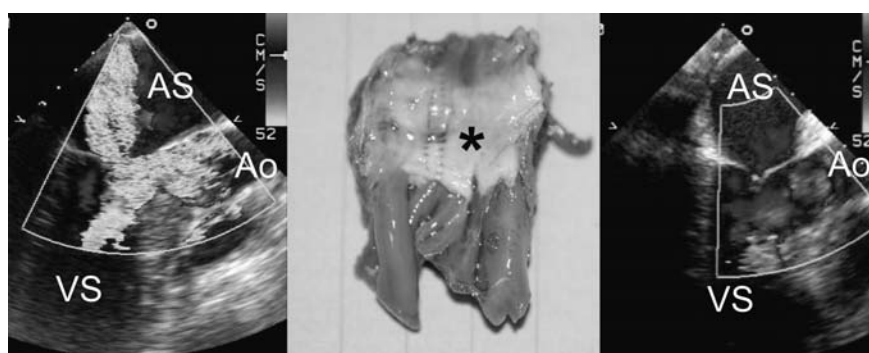


Miectomia chirurgica estesa in una paziente con cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva

Alessandra Rossi¹, Gabriele Giunti²

¹S.O.D. di Anestesia, Terapia Intensiva, Rianimazione Cardiocirurgia, ²S.O.D. di Cardiocirurgia, Dipartimento Cuore e Vasi, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

(G Ital Cardiol 2008; 9 (4): 285)



© 2008 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 17 marzo 2008; accettato il 18 marzo 2008.

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Alessandra Rossi

S.O.D. di Anestesia,
Terapia Intensiva,
Rianimazione
Cardiocirurgia
Azienda Ospedaliero-
Universitaria Careggi
Viale Morgagni, 85
50134 Firenze
E-mail:
aleross21@libero.it

Una donna di 62 anni, affetta da cardiomiopatia ipertrofica familiare, era seguita presso il Centro di Riferimento per le Cardiomiopatie del nostro ospedale da circa 11 anni. Negli ultimi 2 anni aveva sviluppato dispnea ingravescente associata ad ostruzione subaortica dinamica di grado severo, da movimento sistolico anteriore dei lembi mitralici (SAM). I sintomi, inquadrabili in una classe NYHA III, erano risultati refrattari alla terapia con nadololo e disopiramide alle dosi massime tollerate. È stata pertanto posta indicazione a una miectomia chirurgica. *A sinistra:* quadro ecocardiografico transesofageo preoperatorio, con marcata turbolenza telesistolica all'efflusso

del ventricolo sinistro (VS) e insufficienza mitralica, da SAM, di grado severo. Il gradiente di picco all'efflusso era 84 mmHg. *Al centro:* il frammento chirurgico, con evidente area di fibrosi endocardica corrispondente alla regione di contatto del SAM (asterisco). *A destra:* quadro ecocardiografico transesofageo postoperatorio, con presenza di flusso laminare a livello del tratto di efflusso del VS e abolizione dell'insufficienza mitralica. Il gradiente di picco all'efflusso del VS era 7 mmHg. A 18 mesi dall'intervento la paziente sta bene, è stabile in classe NYHA I ed ha ripreso le normali attività. (Ao = aorta; AS = atrio sinistro).