

Sostituzione valvolare mitralica in paziente con severa insufficienza mitralica e miocardio ventricolare non compatto

Angela Migliorini, Benedetta Bellandi

Divisione di Cardiologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

(G Ital Cardiol 2009; 10 (3): 140)

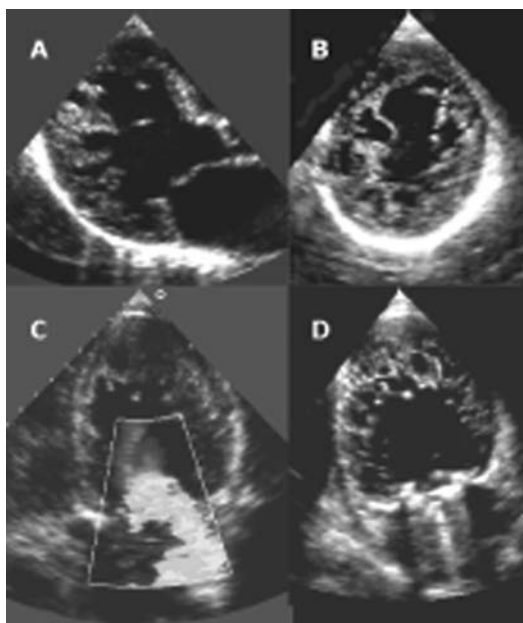


Figura 1. A: proiezione ecocardiografica bidimensionale parasternale asse lungo che mostra la morfologia, tipicamente spongiosa, del miocardio non compatto, numerose prominenti trabecolature e profondi recessi intratrabecolari. B: proiezione parasternale asse corto che mostra l'estensione del miocardio non compatto a livello della parete ventricolare sinistra. C: proiezione apicale che mostra insufficienza mitralica severa. D: proiezione apicale effettuata 6 mesi dopo l'intervento cardiocirurgico che mostra la protesi valvolare mitralica ed il residuo apparato valvolare mitralico nativo.

© 2009 AIM Publishing Srl

Ricevuto il 20 gennaio 2009; accettato il 13 febbraio 2009.

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Benedetta Bellandi

Divisione Cardiologia
Azienda Ospedaliero-
Universitaria Careggi
Viale Morgagni, 85
50134 Firenze

E-mail:

benedetta.bellandi@tin.it

Un uomo di 35 anni è stato ammesso al nostro ospedale per edema polmonare acuto. In seguito all'esecuzione di ecocardiografia bidimensionale è stata posta diagnosi di miocardio non compatto. L'esame ha evidenziato le tipiche immagini del miocardio spongioso, con numerose prominenti trabecolature e profondi recessi intratrabecolari (formando sinusoidi persistenti), ipocinesia ed aumentato spessore della parete miocardica. La morfologia del miocardio non compatto non presentava una localizzazione regionale ma era estesa a tutta la parete ventricolare (Figura 1A e 1B), causando una severa disfunzione sistolica del ventricolo sinistro (frazione di eiezione 35%). Tale quadro era associato alla presenza di insufficienza mitralica severa (Figura 1C) e di ipertensione polmonare (pres-

sione sistolica polmonare 60 mmHg) rilevate all'eco-color Doppler. Il cateterismo cardiaco aveva confermato il rilievo ottenuto dall'ecocardiografia bidimensionale e Doppler. Il paziente è stato quindi sottoposto a sostituzione valvolare mitralica (St. Jude Medical 29 mm), lasciando in sede parte dell'apparato sottovalvolare mitralico comprese le corde tendinee, per la caratteristica morfologia e alterazione geometrica che presentavano, dovute alla presenza di miocardio non compatto. Il decorso postoperatorio non ha mostrato complicanze. Ad un follow-up di 3 anni il paziente è asintomatico (classe NYHA II), i rilievi ecocardiografici mostrano una normale funzione della valvola protesica (Figura 1D), con una marcata riduzione della pressione sistolica polmonare (25 mmHg).