

IMAGING CARDIOVASCOLARE 225

RISONANZA MAGNETICA CARDIOVASCOLARE (CMR) (*IMAGING CARDIOVASCOLARE*)

IMAGING MULTI-MODALE / IMAGING IBRIDO (*IMAGING CARDIOVASCOLARE*)

ECOCARDIOGRAFIA TRANS-ESOFAGEO (ETE) (*IMAGING CARDIOVASCOLARE*)

L'IMPORTANZA DEL MULTIMODALITY IMAGING NELL'OSTRUZIONE VENTRICOLARE SINISTRA: DUE PAZIENTI IN UN LETTO?

Beatrice Cavazza (a), Anna Piccoli (a), Giovanni Benfari (a), Marta Dal Porto (a),
Giovanni Puppini (b), Andrea Rossi (a), Flavio Luciano Ribichini (a)

(a) UOC CARDIOLOGIA, AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA ; (b) UOC RADIOLOGIA, AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI VERONA

L'ipertrofia ventricolare sinistra può essere riscontrata primitivamente in alcune patologie quali la cardiomiopatia ipertrofica (HCM) e le cardiomiopatie infiltrative ma può essere anche espressione secondaria di un meccanismo di adattamento miocardico a condizioni di sovraccarico. Quando essa coinvolge il tratto di efflusso del ventricolo sinistro (LVOT) può causare ostruzione e la distinzione del meccanismo fisiopatologico che porta a questa situazione è di fondamentale importanza nella gestione del paziente. Giungeva alla nostra attenzione la paziente A.B., di anni 76, per un episodio di fibrillazione atriale, testimoniato dal 118 e risoltosi spontaneamente all'arrivo in Pronto Soccorso. In anamnesi un'ipertensione arteriosa di recente riscontro per cui la paziente assumeva terapia con ACE-i ed un noto prolasso mitralico con lieve insufficienza valvolare. Portava in visione un ecocardiogramma di qualche anno prima che documentava un ventricolo sinistro di normali dimensioni e spessori e lieve accelerazione aortica. Alla valutazione obiettiva la paziente presentava un soffio sistolico 3/6 esacerbato da manovra di Valsalva. All'elettrocardiogramma venivano segnalati criteri di voltaggio per ipertrofia ventricolare sinistra ed alterazioni secondarie della ripolarizzazione ventricolare. Si eseguiva pertanto un ecocardiogramma di controllo che riscontrava una severa ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro (setto interventricolare: 16 mm; parete posteriore: 14 mm) con funzione sistolica conservata. Alla valutazione Doppler veniva rilevato un gradiente dinamico a livello del tratto di efflusso del ventricolo sinistro (gradiente medio 19 mmHg e gradiente di picco 33 mmHg in posizione supina; gradiente medio 35 mmHg e gradiente di picco 55 mmHg in ortostatismo); non franche modifiche con manovra di Valsalva. Non veniva descritto SAM mitralico. Veniva programmata una risonanza magnetica cardiaca (CMR) per migliore valutazione anatomica e per caratterizzazione tissutale; essa confermava un ventricolo sinistro nei limiti dimensionali con spessori parietali aumentati (setto interventricolare basale 16 mm, parete inferiore basale 12 mm, parete laterale basale 10 mm) con funzione sistolica globale nella norma (FE 70%). Nelle sequenze CINE SSFP, a livello dell'LVOT veniva descritta un'immagine suggestiva per membrana sottoaortica, verosimilmente parziale, determinante accelerazione del flusso con "signal void". Alle sequenze tardive post contrasto PSIR non chiara evidenza di aree di hyperenhancement riferibili a fibrosi del miocardio ventricolare. Si decideva pertanto di approfondire ulteriormente con ecocardiogramma transesofageo che confermava la presenza di una minuta membrana sottoaortica aggettante nell'LVOT, contribuente all'accelerazione del flusso a tale livello. Il caso clinico presentato vuole sottolineare l'importanza sempre maggiore del multimodality imaging nella gestione del paziente, in particolare in quei casi in cui non tutti i dati sono concordanti nella diagnosi come nel caso della nostra paziente che con un setto di 16 mm e assenza di SAM mitralico presentava un gradiente all'LVOT significativo già a riposo, con una curva al doppler continuo che non mostrava però la tipica accelerazione in meso-sistole come si verifica nella cardiopatia ipertrofica ostruttiva isolata. L'utilizzo di metodiche di imaging di II livello ha consentito di individuare una membrana sottoaortica che contribuisce al gradiente a livello del tratto di efflusso. La membrana sotto-aortica è un raro riscontro negli adulti; essa può mimare una cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, ma sono descritti casi in letteratura in cui tali entità coesistono, come nel caso della nostra paziente.