Questionario di autovalutazione sul Caso Clinico del Dr. Pepi

1. Nell'impianto percutaneo di protesi aortiche l'ecocardiografia transesofagea è utile

a) Nel migliorare lo studio anatomico della valvola aortica
b) Nel migliorare il monitoraggio nelle varie fasi di impianto
c) Nel valutare le dimensioni dell'anello
d) Tutte queste

2. La TAC cardiaca nella fase di valutazione pre-impianto di TAVI è utile:

a) Per studiare la patologia coronarica
b) Per studiare la patologia carotidea
c) Per studiare, anulus aortico, coronarie, aorta toracica e vasi periferici
d) Per studiare la funzione sistolica ventricolare ed i gradienti aortici

3. Il gradiente medio aortico e l'area valvolare aortica indicativi di stenosi aortica severa sono, rispettivamente:

a) > 40 mm HG; area > 1 cm^2
b) > 40 mmHg; area < 1 cm^2
c) > 30 mmHg; area < 0.8 cm^2
d) > 30 mmHg; area < 1 cm^2

4. Come si calcola l'area valvolare aortica mediante ecocardiografia?

a) Con le dimensioni della valvola
b) Con l'equazione di continuità
c) Con misure M-mode
d) Con il doppler colore

Spiegazione della risposta giusta

1) Nell'impianto percutaneo di protesi aortiche l'ecocardiografia transesofagea (TEE) è utile:
d) Tutte queste

L'ecocardiografia è fondamentale sia nella diagnosi, sia nel percorso decisionale che va dalla selezione dei pazienti, al giudizio di idoneità alla procedura, alla valutazione delle eventuali complicanze intraprocedurali fino al follow-up ambulatoriale.
Consente di rilevare la valvulopatia e quantificarne la gravità, di identificare eventuali patologie concomitanti (valvolari e non), di valutare la funzione sistolica ventricolare sinistra e di valutare le ripercussioni sul circolo polmonare.
In particolare, la TEE è utile nelle fasi pre- intra- e peri-procedurale, perché fornisce informazioni decisive per migliorare lo studio anatomico della valvola aortica, per valutare le dimensioni dell'anulus valvolare e per migliorare il monitoraggio nelle varie fasi di impianto.

2) La TAC cardiaca nella fase di valutazione pre-impianto di TAVI è utile:
c) Per studiare, anulus aortico, coronarie, aorta toracica e vasi periferici

Nei pazienti da avviare alla sostituzione transcatetere della valvola aortica (TAVI), la tomografia computerizzata multidetettore (MDCT) è non soltanto in grado di fornire una valutazione dettagliata dell'anulus valvolare aortico, dell'aorta toracica e dei vasi ileo-femorali, ma anche per escludere la presenza di una patologia coronarica significativa (stenosi, restenosi dello stent o malattia del bypass), comportando diversi vantaggi rispetto alla coronarografia.

3) Il gradiente medio aortico e l'area valvolare aortica indicativi di stenosi aortica severa sono, rispettivamente:
b) > 40 mmHg; area < 1 cm^2

La gravità di una stenosi aortica viene quantificata in maniera diretta attraverso dell'area valvolare e del gradiente pressorio tra ventricolo sinistro e aorta (che, in genere, è tanto elevato quanto più è grave la stenosi).
Secondo le vigenti linee guida, i valori normali per l'area valvolare aortica sono compresi tra 3 e 4 cm^2. Una stenosi di grado lieve è caratterizzata da un gradiente medio inferiore a 25 mmHg e da un'area valvolare maggiore di 1,5 cm^2, mentre una stenosi moderata comporta la presenza di un gradiente medio compreso tra 25 e 40 mmHg e un'area valvolare compresa tra 1 e 1,5 cm^2. Perché una stenosi possa definirsi severa, il gradiente medio aortico dev'essere superiore a 40 mmHg, e l'area valvolare aortica dev'essere minore di 1 cm^2.

4) Come si calcola l'area valvolare aortica mediante ecocardiografia?
b) Con l'equazione di continuità

Il metodo più affidabile per il calcolo dell'area valvolare è l'equazione di continuità [Area Valvolare = (Picco di Velocità massima nell'efflusso sinistro x Area dell'efflusso sinistro) / Picco di Velocità transaortico], che permette di stratificare la severità di malattia in forme lievi, moderate e/o severe, identificando una differente storia naturale, un differente timing di controllo di follow-up e il decision-making terapeutico.