

Dott. FABIO RECALCATI

Medico Chirurgo
Specialista in Medicina Interna e Cardiologia
Dipartimento Cardiologico De Gasperis
Divisione di Cardiologia
Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano
Abit.: Via Amalfi, 11 - Tel. 02.25.62.884
MILANO

21/12/2010

Sig. Kruger Giorgio, aa 68/5

Ex fumatore. In passato grande obeso.

Nel marzo 2009 IMA inferiore. Coronaropatia trivasale e del tronco comune. Eseguita PTCA primaria con 4 stent metallici su ramo dx e suggerito completamento di rivascolarizzazione chirurgica che il paziente rifiutò. Decorso complicato da ematoma femorale postprocedurale con shock ipovolemico (politrasfuso e stent dell'art.femorale comune dx).

Nel giugno 2009 PTCA + stent medicato su occlusione cronica di IVA (ematoma femorale anche in tale occasione; non confermata malattia del tronco comune), riocclusa al controllo del novembre seguente quando fu eseguito tentativo inefficace di riapertura e impianto di stent medicato su ramo marginale cronicamente occluso.

Dopo l'episodio infartuale mai più angor. FE ecografica 49% stabile.

Ai primi del corrente mese ricovero ospedaliero per agitazione psicomotoria e confusione mentale con amnesia retrograda, interpretato come possibile episodio di epilessia generalizzata in polivasculopatia. TAC, eco-Doppler TSA ed EEG neg. Ancora in attesa di EEG in deprivazione di sonno.

Esami ematochimici con costante poliglobulia (HB 17) ed elevazione CPK lieve.

Obiettivamente: Kg 88 h 181 PA 150/80 FC 86 Torace libero Toni cardiaci ritmici Addome trattabile, non megalie. Arti asciutti. Assenti i polsi tibiali anteriori bilateralmente. Non soffi al collo.

ECG: Ritmo sinusale PQ 0.16". Esiti necrosi inferiore. 1 BEV. Invariato.

Consiglio proseguire con:

- Simestat 10 mg ore 22
- Metoprololo ¼ c ore 8 e 20
- Cardioaspirin 100 mg 1 c ore 13
- Pantorc 20 mg ore 8

Utile eseguire controllo ecocardiografico ed Holter. Utile anche approfondimento ematologico e prove di funzionalità respiratoria con gasanalisi per la poliglobulia.

