



CORSO AVANZATO DI ECOCARDIOGRAFIA DI
"ECOCARDIOCHIRURGIA"
con uno sguardo all'imaging integrato

pomeriggio: turno in utic, reparto ed altre divisioni. Mi chiamano dal reparto: paziente adulto come uso gli ultrasuoni?



Mi chiamano in urgenza per un paziente adulto dell'UTIC con versamento pericardico importante.

Quando decido di fare la pericardiocentesi? Come orientarsi sia nelle forme molto lievi sino ai versamenti emodinamicamente significativi. La diagnosi di tamponamento cardiaco e l'indicazione alla pericardiocentesi.



**Bruno
Passaretti**

*Responsabile Reparto
di Cardiologia Riabilit.
e U.O. Riabilitazione,*

*Humanitas Gavazzeni,
Bergamo*



"i mostri"



primo mostro

GR, uomo, 55 aa

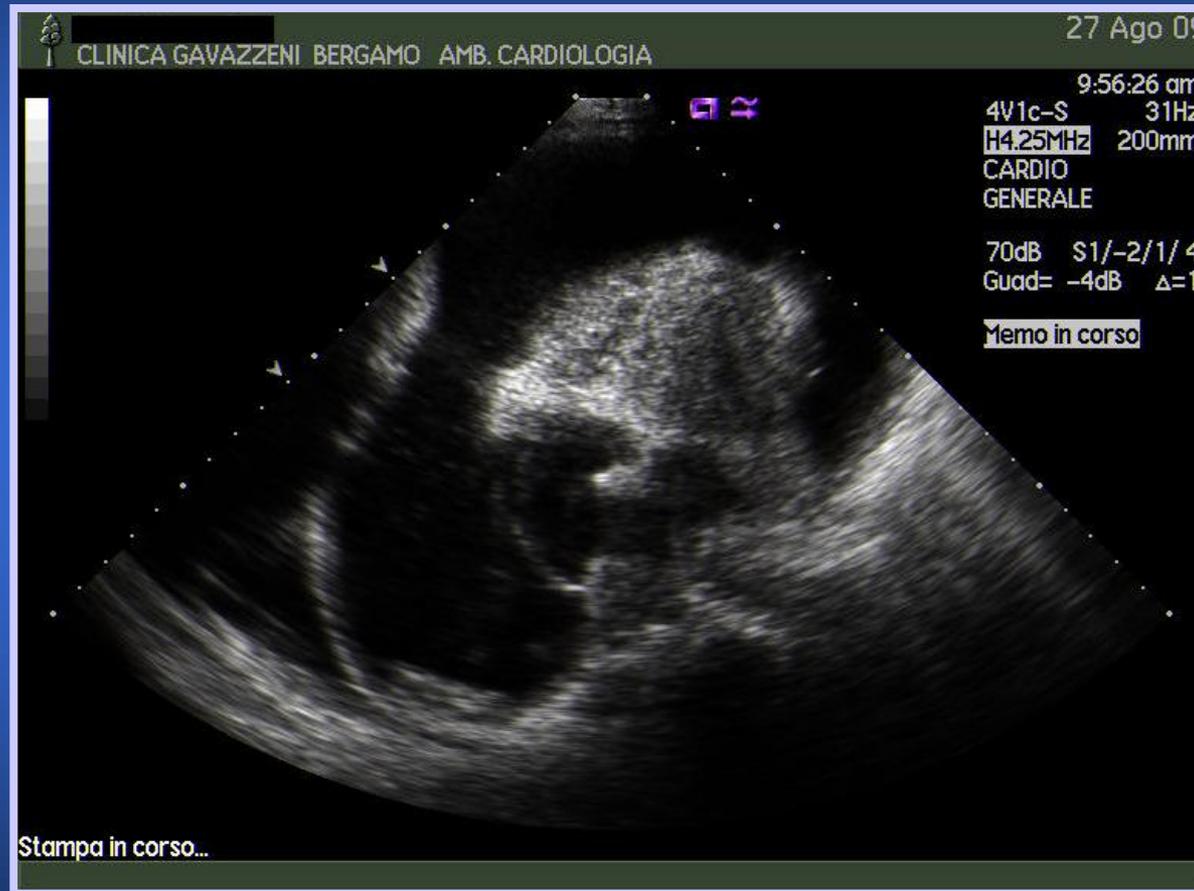


Caso clinico n. 1 - GR, 55 aa.

- pz. sovrappeso, ex-fumatore, giunto in PS per dolore arto inferiore dx
- durante l'osservazione in PS - dopo il prelievo - sincope con documentazione ecg di dissociazione AV con ritmo giunzionale; riferisce episodi analoghi durante prelievi o interventi medici → etichettate come sincope da ipertono vagale
- dopo sei giorni nuovo episodio sincopale con rilascio degli sfinteri, durante ecg dinamico secondo Holter che mostra lieve bradicardizzazione con ritmo giunzionale
- all'ecoscopia versamento pericardico importante con segni di tamponamento



Caso clinico n. 1 - GR, 55 aa.



→ pericardiocentesi con drenaggio di circa 1000 cc di liquido ematico



Caso clinico n. 1 - GR, 55 aa.

- esami sul liquido pericardico (citologico, colturale, microscopico) tutti negativi
- screening per autoimmunità negativo
- TC toracoaddominale con mezzo di contrasto negativa
- trattato con prednisone 25 mg, indometacina 50 mg x 2 e diuretico
- eco predimissione: completa risoluzione del versamento pericardico, esame per il resto normale

- controllo ecografico dopo un mese: tutto bene. Sospeso cortisonico, proseguita indometacina, consigliato ulteriore controllo di ecocardiogramma e indici di flogosi dopo 3-4 mesi cui il paziente non si è più sottoposto



Caso clinico n. 1 - GR, 55 aa.

Dopo 10 mesi: comparsa di dispnea, franca astenia, sudorazioni notturne. Riscontro di versamento pleurico sinistro massivo e pericardico modesto, negatività di CEA, CA 19.9 e alfa-fetoproteina, PCR 9.8, LDH 2464, PLT 14.000.

Alla TC torace e addome: versamento pleurico sinistro condizionante atelettasia polmonare noduli pleurici e pericardici, adenopatie mediastiniche (max. 14 mm), ispessimento della parete duodenale. Tessuto disomogeneo di 9 cm alla radice del mesentere e linfonodi reattivi in sede celiaca.

Aspirato midollare: sostituzione midollare da verosimile linfoma linfoblastico.

Sottoposto a toracentesi in data 08.09.09 con fuoriuscita di 2500 cc di liquido francamente ematico.

CTM su liquido pleurico: elementi neoplastici di natura linfoide



**Caso clinico n. 1 - GR, 55 aa.
Spunti di discussione**

- Ritardo diagnostico
- Diagnosi di tumore "missed"!



Versamento pericardico - cause

infettiva

Pericardite virale
Pericardite batterica
Pericardite tubercolare

infiammatoria

Post-infartuale (sindrome di Dressler)
Uremica
Da malattia del collagene
Post-cardiochirurgica

da comunicazione
intracardiaca - pericardica

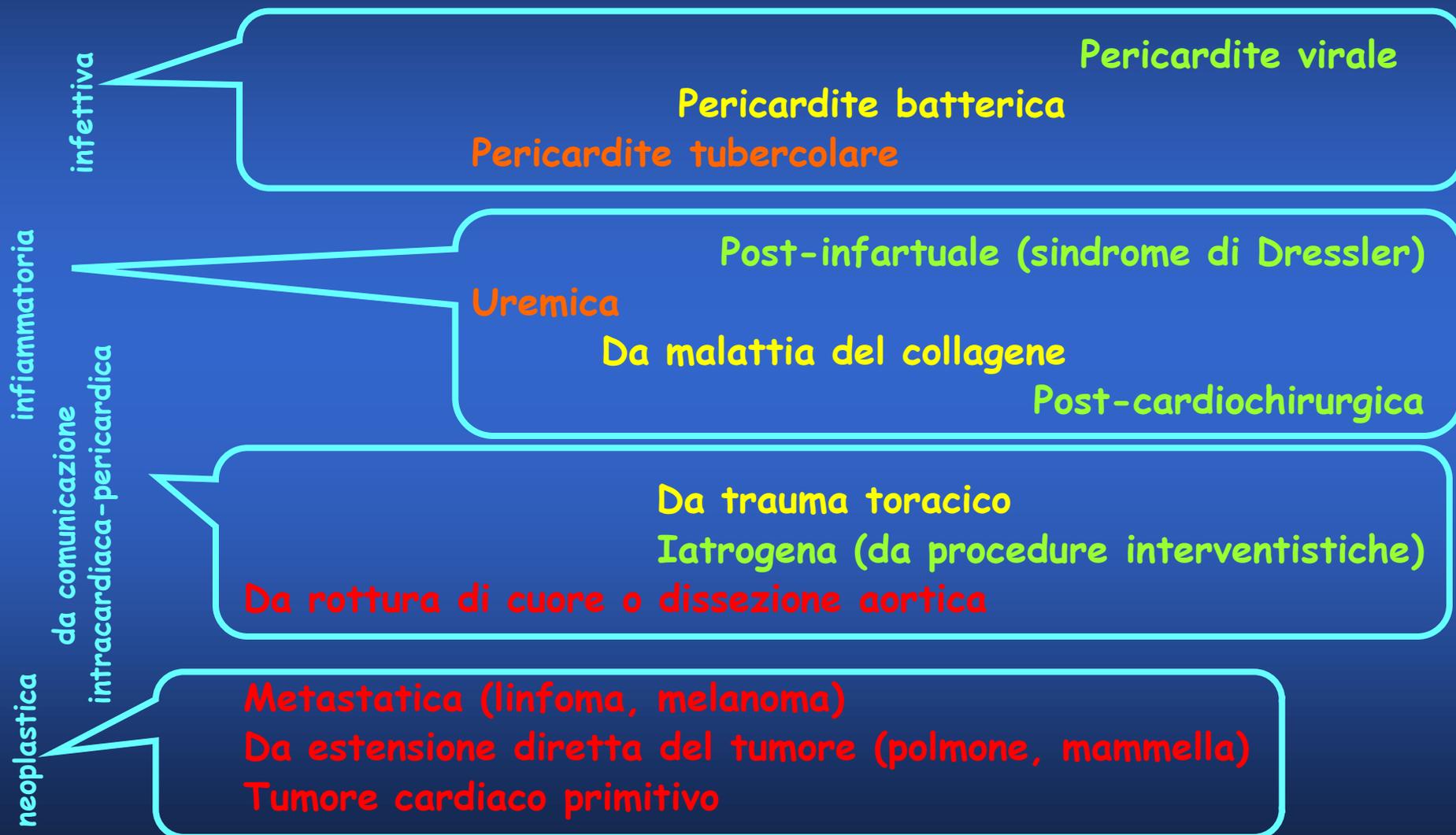
Da trauma toracico
Iatrogena (da procedure interventistiche)
Da rottura di cuore o dissezione aortica

neoplastica

Metastatica (linfoma, melanoma)
Da estensione diretta del tumore (polmone, mammella)
Tumore cardiaco primitivo



Versamento pericardico - cause





Versamento pericardico - cause

Tamponamento in
assenza di 2 o più segni
infiammatori tra:

- dolore tipico
- sfregamento
- febbre
- sopralivellamento ST
→ neoplasia
(likelihood ratio 2,9)

ESC Guidelines, Eur Heart J
(2004) 25, 587-610

neoplastica

Metastatica (linfoma, melanoma)

Da estensione diretta del tumore (polmone, mammella)

Tumore cardiaco primitivo



Versamento pericardico diffuso

Formazioni intrapericardiche

tralci di fibrina

(mal. croniche/ricorrenti)

intracavitari o

depositati sull'epicardio

metastasi (neoplasie avanzate)

aspetto nodulare/granulare

minore ecogenicità

infiltrazione

quadro clinico

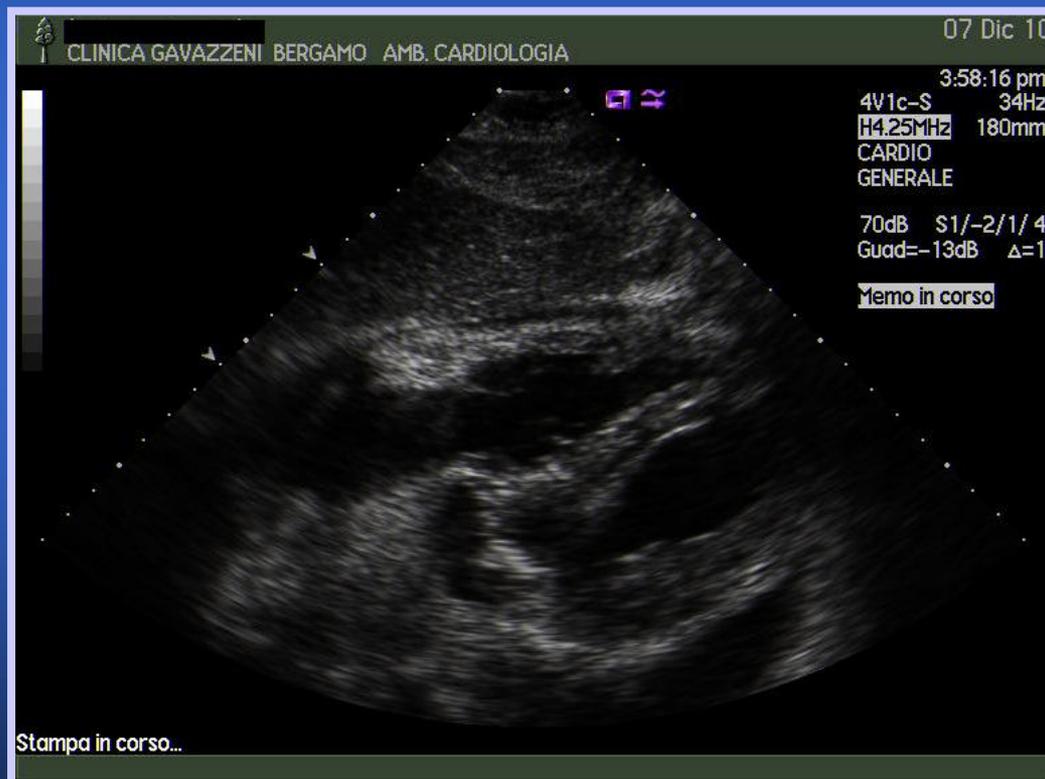
grasso

ecogenicità più omogenea

localizzate per lo più a livello

atrio-ventricolare e sopra il

ventricolo dx





Versamento pericardico diffuso

Formazioni intrapericardiche

tralci di fibrina

(mal. croniche/ricorrenti)

intracavitari o

depositati sull'epicardio

metastasi (neoplasie avanzate)

aspetto nodulare/granulare

minore ecogenicità

infiltrazione

quadro clinico

grasso

ecogenicità più omogenea

localizzate per lo più a livello

atrio-ventricolare e sopra il

ventricolo dx





Versamento pericardico - entità

Più ce n' é, peggio è? Sì, ma ...

Volume

Velocità di accumulo

Ipertrofia cavità

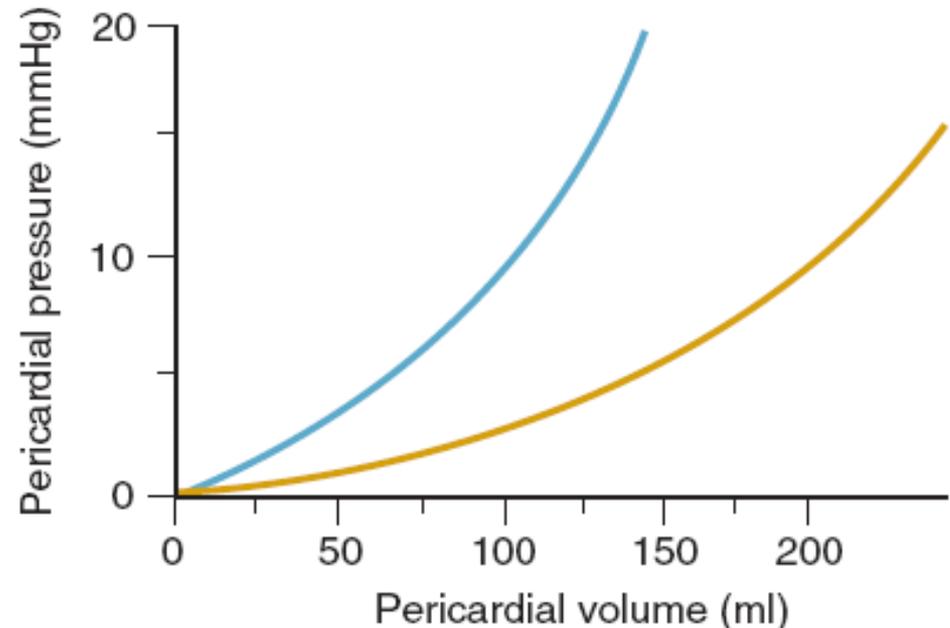


FIGURE 10-4. Schematic graph of pericardial pressure versus pericardial volume for an acute effusion (*solid line*, with a steep pressure-volume relationship) and for a chronic effusion (*dashed line*, where large volumes may lead to only mild pressure elevation).



Versamento pericardico - entità

Anche una quantità di liquido maggiore di 1 litro, se si forma lentamente, può comportare uno scarso incremento della pressione pericardica, mentre un accumulo rapido anche solo di 50 o 100 ml può portare a un aumento marcato della pressione pericardica

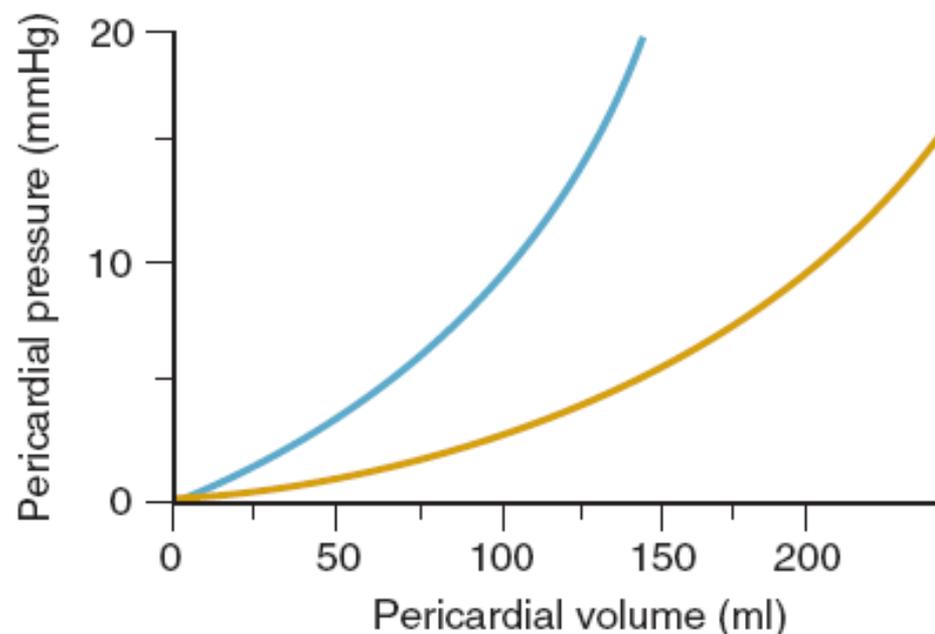


FIGURE 10-4. Schematic graph of pericardial pressure versus pericardial volume for an acute effusion (*solid line*, with a steep pressure-volume relationship) and for a chronic effusion (*dashed line*, where large volumes may lead to only mild pressure elevation).



secondo mostro



GC, uomo, 64 aa



Caso clinico n. 2 - GC, 64 aa.

-Forte fumatore, gastrite di vecchia data, sindrome depressiva in terapia con Carbolithium ed Efexor

- 4 giorni prima del ricovero: episodi di tachicardia, astenia e cefalea trattata con alprazolam. Successiva sudorazione durata mezz'ora circa
In PS: esame obiettivo cardiologico negativo. All'ecg ritmo sinusale, alterazioni della ripolarizzazione infero laterale. Agli esami ematici leucocitosi; enzimi cardiaci negativi.

All'ecoscopia: modesto versamento pericardico che ingloba le cavità dx e l'apice di max 15 mm

Trattenuto in osservazione per alcune ore e poi dimesso, asintomatico, con l'indicazione a sottoporsi a FANS ad alto dosaggio



Caso clinico n. 2 - GC, 64 aa.

Nuova visita in PS per dispnea marcata e ipotensione.

Rx torace: 

Ecoscopia (eseguita con pz seduto per impossibilità al decubito, con scadentissima finestra ecografica): versamento pericardico ubiquitario con spessore max. 3 cm. Non valutabili segni di tamponamento





Caso clinico n. 2 - GC, 64 aa.

Effettuata pericardiocentesi con rimozione, piuttosto difficoltosa, di circa 200-300 cc di liquido ematico, con completa risoluzione dei sintomi ma scarsissima visualizzazione all'eco (apparente persistenza di versamento).

Dopo poche ore nuova insorgenza di dispnea e ipotensione.

Rx torace: →

Eco invariato, con quadro poco definito.





Caso clinico n. 2 - GC, 64 aa.

Si decide di rimuovere il versamento pericardico mediante posizionamento di un drenaggio chirurgico.

Alla sternotomia: visualizzazione di massa gelatinosa situata sotto lo sterno e che avvolge completamente il cuore.

Non è tecnicamente possibile la rimozione chirurgica della massa. Si effettuano biopsie.

Il paziente resta intubato, in precarie condizioni emodinamiche; si effettua TC.



Caso clinico n. 2 - GC, 64 aa.

Formazione di densità dei tessuti molli ipodensa, finemente disomogenea, abbraccia il cuore e l'origine dei grossi vasi estendendosi dall'aditus toracico alla regione epifrenica con diametro longitudinale di cm 18 x con diametro antero

posteriore di cm 12. Sospinge posteriormente il cuore e disloca a dx il nastro tracheale comprimendo i bronchi, determinando addensamento verosimilmente atelettasico del lobo anteriori sn e delle porzioni declivi del lobo superiore sn e del lobo inferiore dx.

Non si osservano panni di clivaggio con i grossi vasi. E' delimitato posteriormente dal pericardio e lateralmente dai foglietti pleurici polmonari che vengono divaricati dalla massa che raggiunge il mediastino posteriore.





Caso clinico n. 2 - GC, 64 aa.

Consulenza ematologica, oncologica e radioterapica: considerata la rapida evoluzione del quadro clinico, l'impossibilità di attendere la diagnosi istologica per iniziare una terapia mirata, la verosimile inefficacia della sola terapia steroidea anche ad alte dosi si consiglia terapia radiante d'emergenza, considerata anche l'inopportunità di somministrare chemioterapia senza diagnosi istologica e comunque la lenta risposta terapeutica anche in caso positivo.

Viene quindi effettuata radioterapia decompressiva: 5 Gy in frazione unica sulla massa mediastinica + steroidoterapia ad alte dosi.

Successiva TC sostanzialmente invariata. Consulenze ematologiche e oncologiche: la terapia radiante eseguita ha prodotto solo lieve riduzione della massa mediastinica. Tale comportamento è molto poco frequente nei linfomi. Visto tale comportamento ed in assenza della diagnosi istologica definitiva, non si ritiene indicata chemioterapia



Caso clinico n. 2 - GC, 64 aa.

Consulenza oncologica dopo esito biopsia: la tipizzazione istologica esclude neoplasia ematologia e depone per neoplasia ad alta malignità con elementi epitelioomi di grossa taglia. La negatività dei marcatori serici (aFP e bHCG) esclude di fatto anche l'ipotesi di una forma germinale chemiosensibile. Pertanto non si pone indicazione, in paziente compromesso, già radiotrattato, a trattamento chemioterapico.

Decesso il giorno successivo (a due settimane dalla diagnosi)



**Caso clinico n. 2 - GC, 64 aa.
Spunti di discussione**

- Ritardo nella diagnosi
- Necessità di ulteriori test
- Diagnosi differenziale quando si sospetta un tamponamento cardiaco



Il tamponamento cardiaco avviene quando la pressione intrapericardica supera la pressione nelle cavità cardiache, risultando in un alterato riempimento. Ovviamente le camere a più bassa pressione (gli atri) ne risentono prima delle camere a più alta pressione (ventricoli)

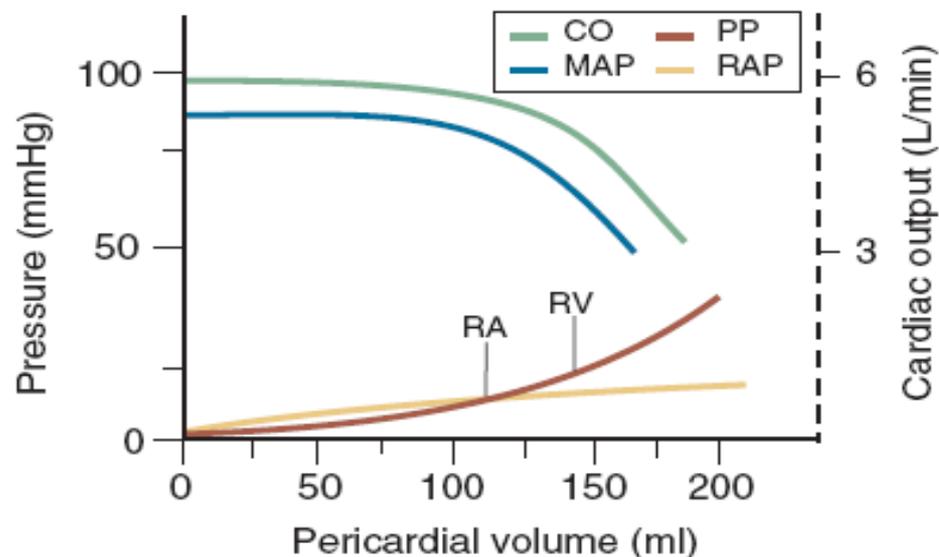


FIGURE 10-5. Schematic graph showing the relationship between pericardial pressure (PP), right atrial pressure (RAP), mean arterial pressure (MAP), and cardiac output (CO). Note that when pericardial pressure exceeds right atrial (RA) pressure, blood pressure and cardiac output fall. When right ventricular (RV) pressure is exceeded (*at the arrow*), cardiac output and mean arterial pressure fall further.



*Il tamponamento cardiaco
provoca:*

- Sintomi da bassa gettata
- Ipotensione
- Tachicardia
- Turgore giugulare
- Polso paradossso (che si correla all'eco con le variazioni inspiratorie del riempimento ventricolare dx e sn)

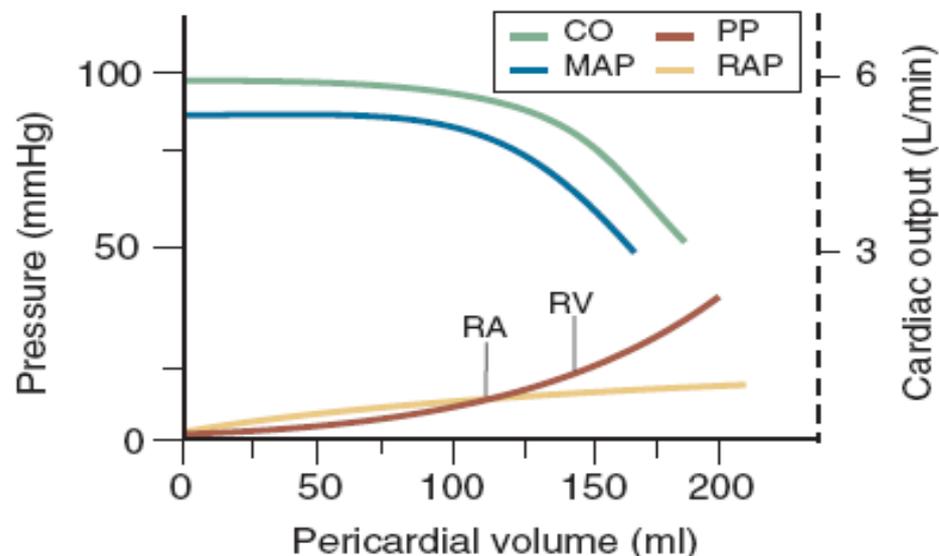


FIGURE 10-5. Schematic graph showing the relationship between pericardial pressure (PP), right atrial pressure (RAP), mean arterial pressure (MAP), and cardiac output (CO). Note that when pericardial pressure exceeds right atrial (RA) pressure, blood pressure and cardiac output fall. When right ventricular (RV) pressure is exceeded (*at the arrow*), cardiac output and mean arterial pressure fall further.



Versamento pericardico - entità

Più ce n' é, peggio è? Sì, ma ...

Volume

Velocità di accumulo

Ipertrofia cavità

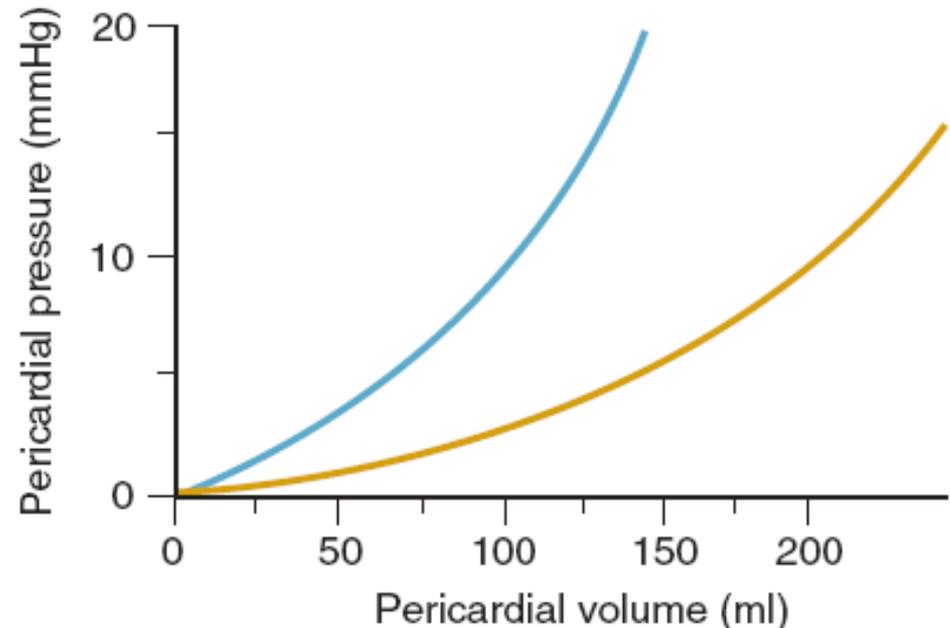


FIGURE 10-4. Schematic graph of pericardial pressure versus pericardial volume for an acute effusion (*solid line*, with a steep pressure-volume relationship) and for a chronic effusion (*dashed line*, where large volumes may lead to only mild pressure elevation).





Advances in Cardiovascular Imaging

The Role of Multimodality Imaging in the Management of Pericardial Disease

David Verhaert, MD; Ruvim S. Gabriel, MBChB; Douglas Johnston, MD; Bruce W. Lytle, MD;
Milind Y. Desai, MD; Allan L. Klein, MD

Circ Cardiovasc Imaging. 2010;3:333-343



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

Journal of Cardiovascular Echography 22 (2012) 1–10

JOURNAL OF
Cardiovascular
Echography

www.elsevier.com/locate/jcecho

Review

Multimodality imaging in pericardial diseases

Elena Fortuny*, Covadonga Fernandez-Golfin, Dafne Viliani, José L. Zamorano

Cardiovascular Institute, Echocardiography and Cardiovascular Imaging Unit, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, Spain

Received 2 August 2011; accepted 8 September 2011; available online 15 October 2011

E. Fortuny et al./Journal of Cardiovascular Echography 22 (2012) 1–10



instabilità emodinamica, al letto del paziente (TIPO, versamenti postoperatori, quadri di tamponamento cardiaco non suffragati dall'eco transtoracico)





pazienti emodinamicamente stabili, collaboranti, con necessità di diagnosi





The Role of Multimodality Imaging in the Management of Pericardial Disease

David Verhaert, MD; Ruvin S. Gabriel, MBChB; Douglas Johnston, MD; Bruce W. Lytle, MD;
Milind Y. Desai, MD; Allan L. Klein, MD

Table 1. Strengths and Limitations of Various Imaging Modalities in the Evaluation of Pericardial Disease

Echocardiography	Cardiac CT	CMR
Main indications/advantages		
<ul style="list-style-type: none"> ● First-line diagnostic imaging test in the evaluation and follow-up of pericardial disease ● Widely available ● Low cost ● Safe ● Can be performed bedside or in hemodynamically unstable patients 	<ul style="list-style-type: none"> ● Need for better anatomic description ● Evaluation of associated/extracardiac disease ● Preoperative planning ● Detection of pericardial calcification 	<ul style="list-style-type: none"> ● Need for better anatomic description ● Superior tissue characterization
Main limitations/disadvantages		
<ul style="list-style-type: none"> ● Limited windows, narrow field of view ● Technical difficulties in case of obesity, obstructive lung disease or immediately post-cardiothoracic surgery ● Operator dependent ● Low signal-to-noise ratio of the pericardium ● Limited tissue characterization 	<ul style="list-style-type: none"> ● Use of ionizing radiation ● Use of iodinated contrast (unless visualization of related anatomy is not needed) ● Functional evaluation only possible with retrospectively gated studies (higher radiation dose, suboptimal temporal resolution) ● Difficulties in case of tachycardia or unstable heart rhythm (particularly for prospectively gated studies) ● Need for breath-hold ● Hemodynamically stable patients only 	<ul style="list-style-type: none"> ● Time consuming, high cost ● Preferably stable heart rhythms ● Contraindicated in case of pacemaker or defibrillators ● Lung tissue less well visualized ● Calcifications less well visualized ● Use of Gadolinium contrast contra-indicated in case of advanced renal dysfunction (glomerular filtration rate <30 mL/min) ● Use of some breath-hold sequences ● Hemodynamically stable patients only



versamento postoperatorio o forme ricorrenti.

aderenze pericardiche nello pseudoaneurisma.

se localizzato in certe zone (regioni atriali) difficile da riconoscere



TEE, CT, MRI

anche una raccolta piccola, in una zona strategica può dare compromissione emodinamica

il drenaggio può non essere possibile mediante un approccio percutaneo

diagnostica differenziale con compressioni estrinseche (trombi, ematomi)

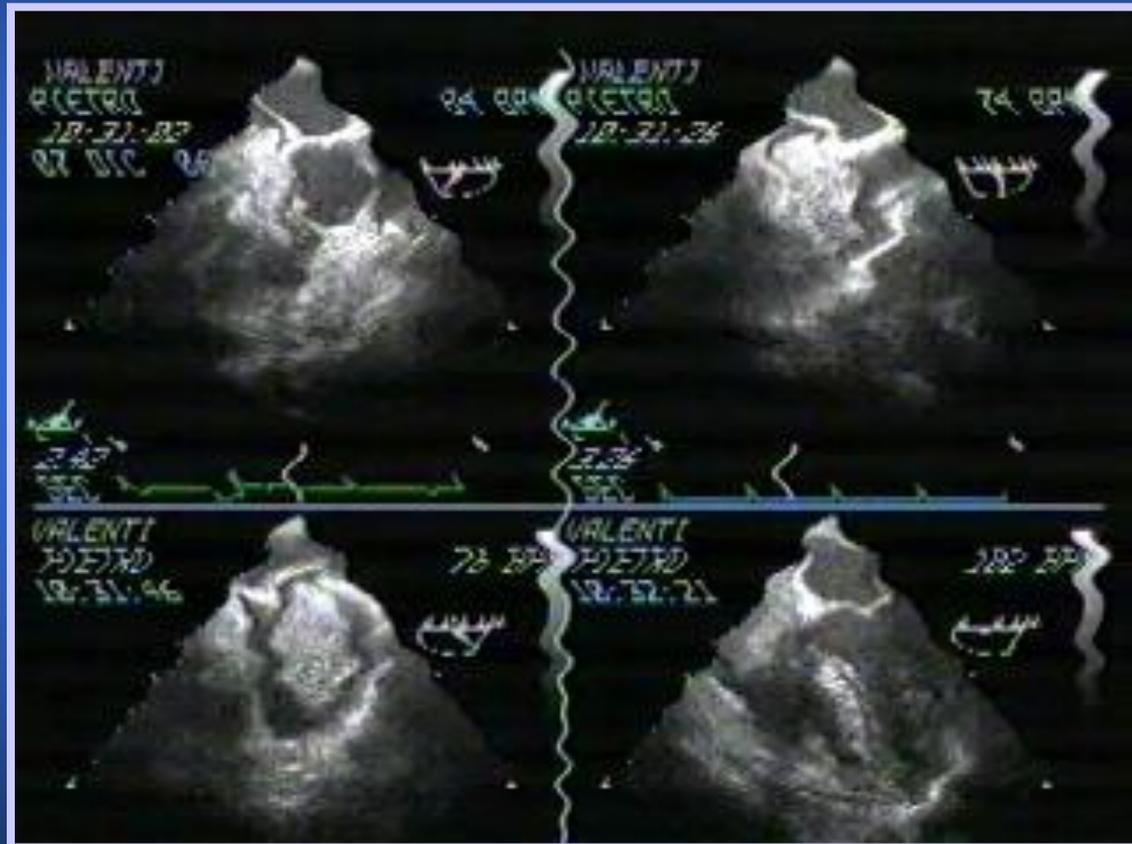


ematoma + versamento organizzato



ematoma





trombo in neoplasia renale



massa mediastinica



terzo mostro

BB, uomo, 70 aa



Caso clinico n. 3 - BB, 70 aa.

Paziente diabetico, iperteso, affetto da BPCO, AOCP, protesi anca sin; due anni prima shock emorragico da emorragia digestiva per ulcere esofagee; versamento pleurico con atelettasia polmonare bilaterale; un anno prima ulteriore ricovero per grave anemia da perdita ematica cronica e candidosi esofagea.

Episodi di scompenso cardiaco con riscontro di stenosi aortica moderata. Ricovero determinato da episodio sincopale condizionante trauma cranio facciale con numerosi ematomi in particolare in regione periorbitale. All'ecocardiogramma-Doppler peggioramento della stenosi aortica calcifica severa con ipertrofia ventricolare sinistra e normale funzione sistolica.

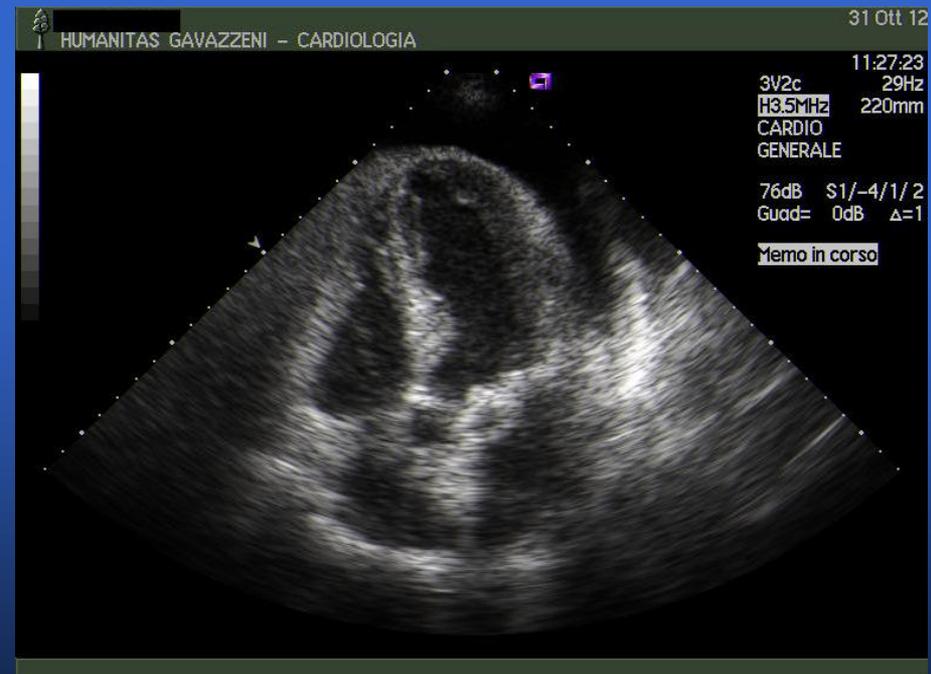
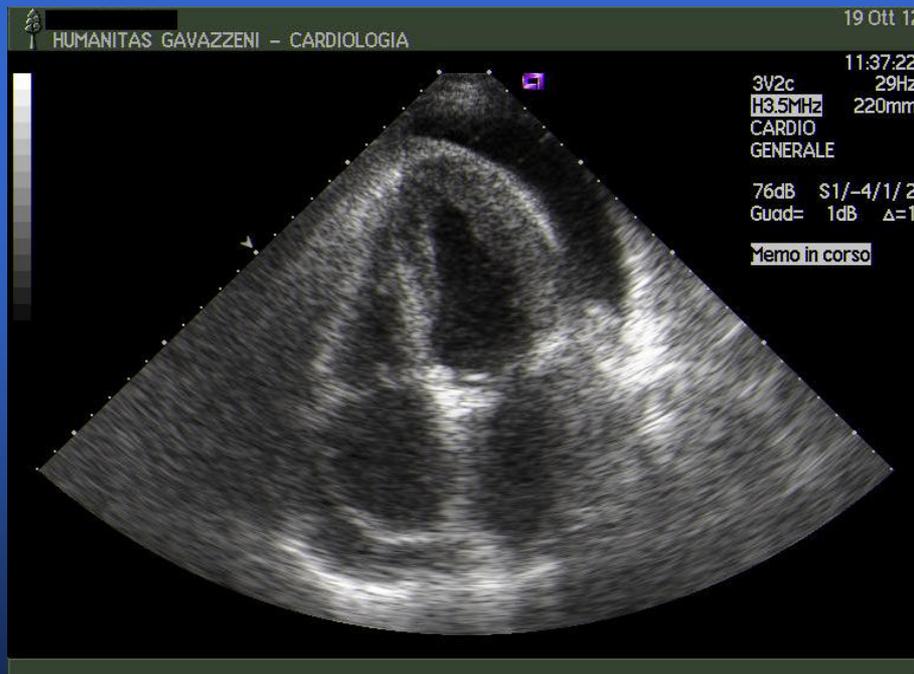
Sottoposto quindi a intervento di sostituzione valvolare aortica con protesi biologica SJM trifecta n° 25.

Decorso caratterizzato da reintervento per sanguinamento con necessità di emotrasfusioni, insufficienza renale oligoanurica trattata con idratazione e furosemide ad alte dosi, alternanza di ritmo sinusale e fibrillazione atriale trattata con amiodarone.



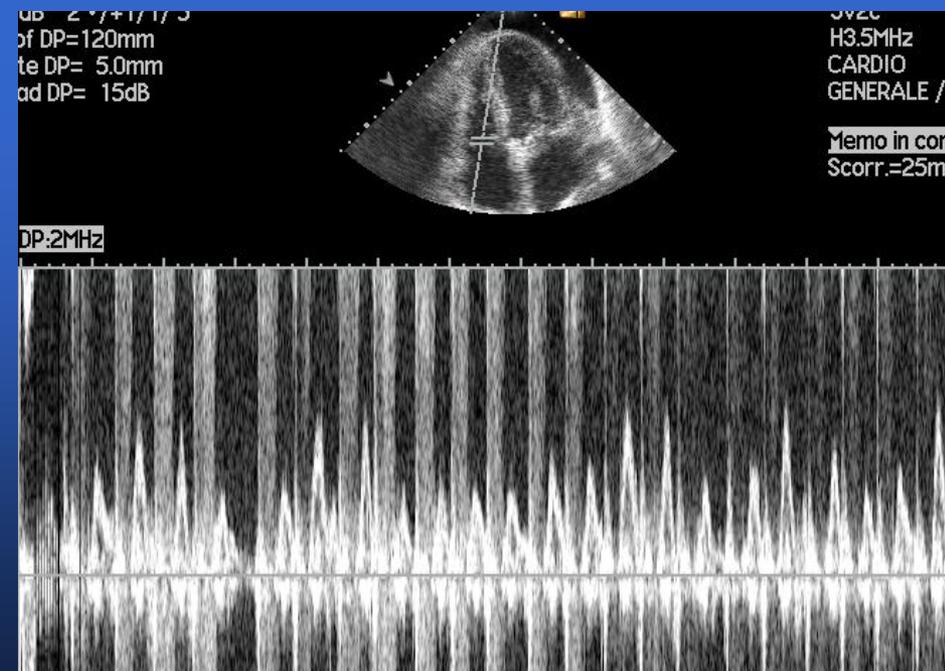
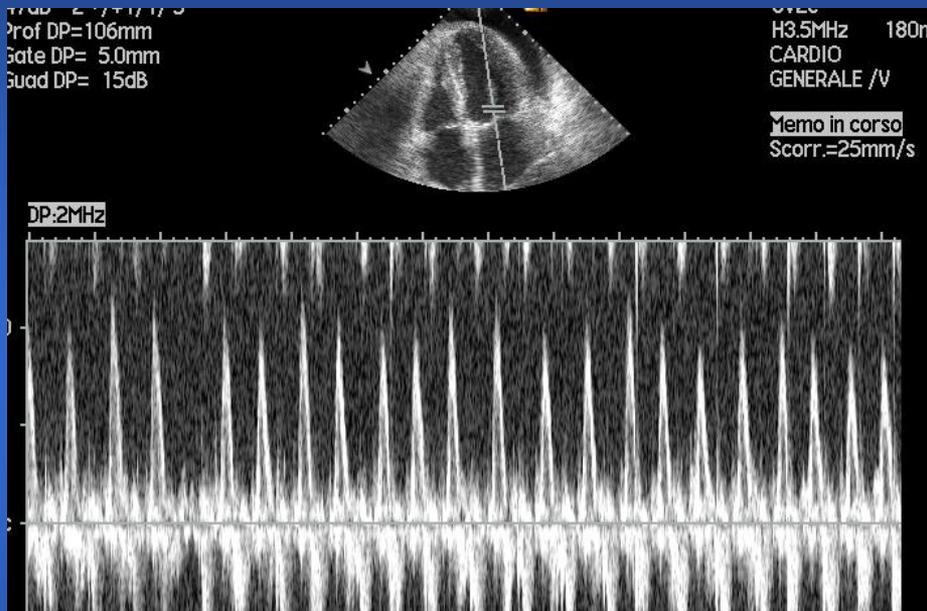
Caso clinico n. 3 - BB, 70 aa.

In riabilitazione: decorso caratterizzato da estrema astenia e dispnea, verosimilmente legate alla persistenza di importante versamento pleurico e pericardico





Caso clinico n. 3 - BB, 70 aa.

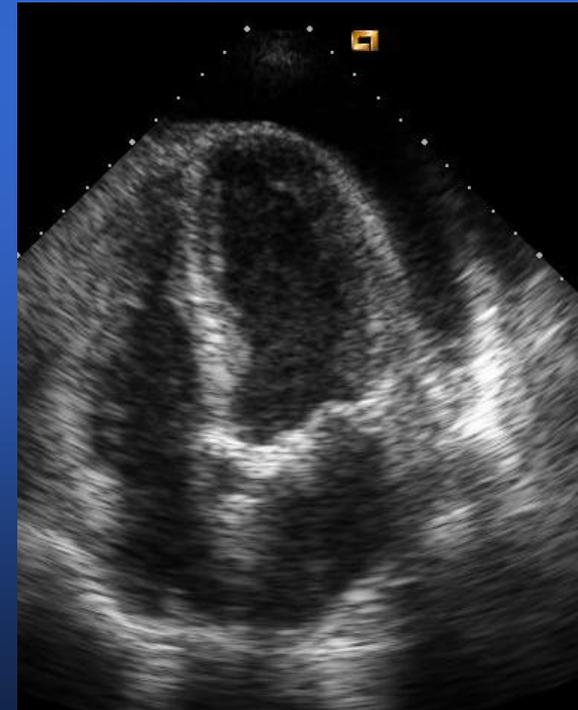
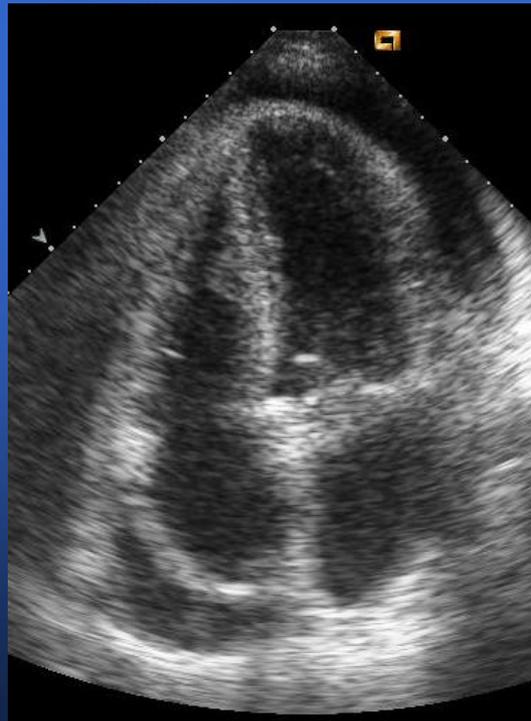




Caso clinico n. 3 - BB, 70 aa.

Il versamento pericardico, in progressivo aumento nonostante la terapia antiinfiammatoria e diuretica, veniva sottoposto a pericardiocentesi.

Procedura più complicata del previsto: dall'analisi ecografica tentato prima l'approccio apicale, risultato inefficace, e quindi quello subxifoideo, con rimozione di 400 cc di liquido sieroematico

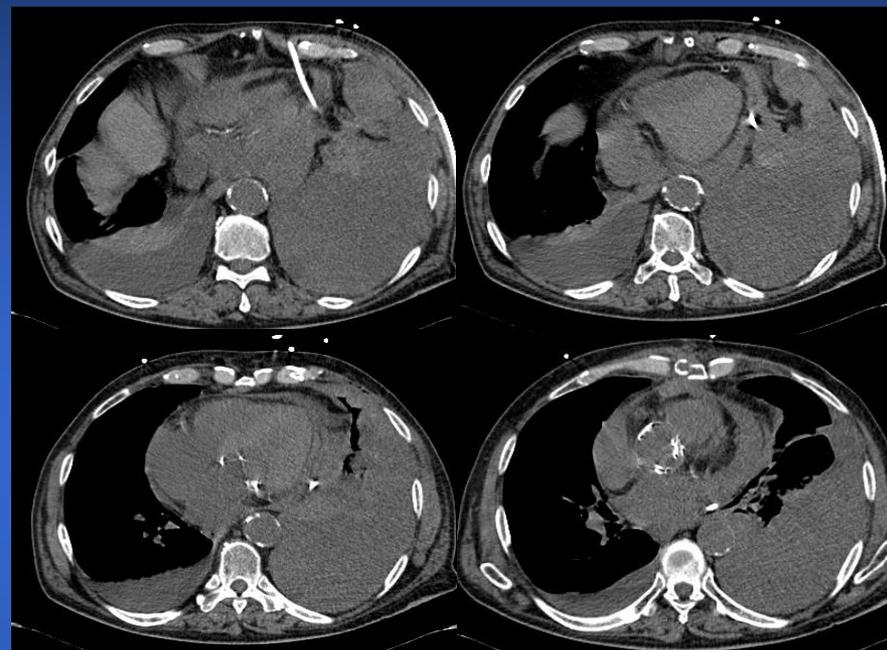
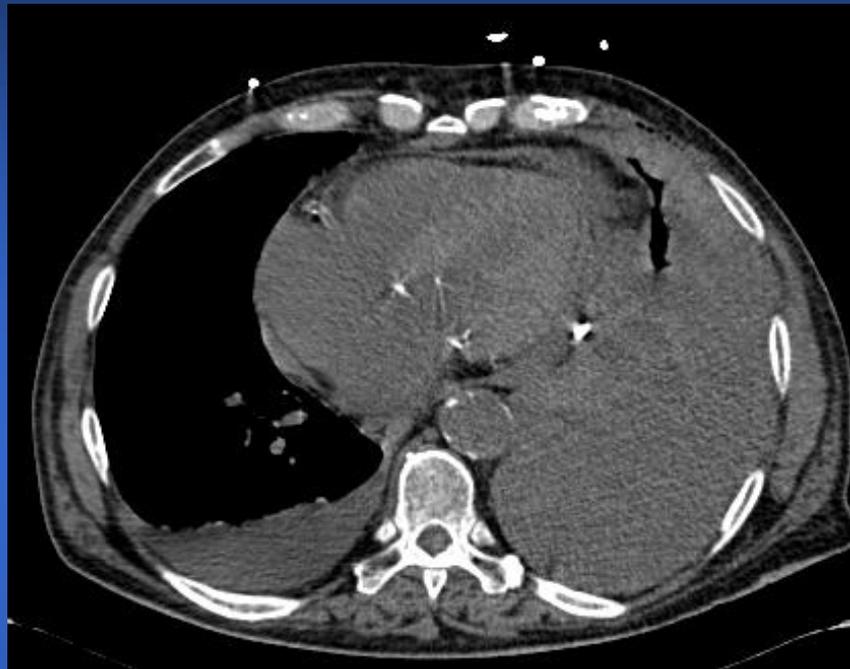




Caso clinico n. 3 - BB, 70 aa.

Dopo circa due ore di benessere rapida ipotensione risolta con Trendelemburg ed Emagel. Obiettivamente MV assente all'emittoace sinistro. Alla Rx torace aumento del versamento pleurico sinistro con probabile emotorace. Dopo altre due ore stato di shock con conseguente trasferimento in terapia intensiva per stabilizzazione emodinamica e successivo reintervento.



**Caso clinico n. 3 - BB, 70 aa.**

Importante falda di versamento pleurico sinistro, con interessamento scissurale, con alcune componenti emorragiche nel suo contesto; in particolare si segnala in sede para-cardiaca sn, in un piano passante per D11, fonte di sanguinamento attivo con enhancement in fase arteriosa che aumenta nelle fasi successive (ad origine da un'arteria intercostale?).

Polmone sn pressoché completamente distelettasico.

Modica falda di versamento pericardico con spessore pari a circa 18 mm in sede posteriore ed 8 mm anteriormente, in corrispondenza del quale, in adiacenza al ventricolo sinistro, sembra evidenziarsi componente iperdensa in fase arteriosa come per sanguinamento.

In esiti di sternotomia si riconoscono raccolte a densità ematica anteriormente e posteriormente allo sterno fino ad un piano passante per l'arco aortico, a densità liquida nei piani più caudali fino al processo ensiforme.

Presenza di tubo di drenaggio il cui estremo distale è localizzato in sede pericardica posteriormente.



Caso clinico n. 3 - BB, 70 aa.

In sala operatoria riscontro di tramite tra ventricolo destro e pleura sinistra. Revisione dopo tre giorni per nuovo versamento pericardico con riscontro di un'altra piccola breccia a livello della parete inferiore del ventricolo destro. **PIASTRINOPENIA!**

Dopo un mese: nuovo ricovero per recidiva di versamento pleurico bilaterale. In sede parasternale posteriore sinistra, all'altezza di piani passanti per l'arco aortico è riconoscibile in adiacenza all'arteria mammaria area di tondeggiante di circa 2 cm compatibile con sanguinamento attivo o pseudo-aneurisma.

Presenza di ematoma di circa 6 cm caudalmente al processo xifoideo apparentemente non rifornito.

Sottoposto quindi a nuovo intervento di toilette del cavo pleurico sinistro in toracotomia sinistra e decorticazione pleura viscerale. Successivo reintervento per rimozione coaguli e chiusura dello pseudo-aneurisma parasternale sinistro.



Caso clinico n. 3 – BB, 70 aa.
Spunti di discussione

- Errore nell'indicazione?
- Errore nell'approccio?
- Sottovalutazione del paziente? (delicato, già reduce da episodi di versamento pleurico, post-operato quindi con possibili aderenze, piastrinopenia peraltro emersa dopo)...



Errore nell'indicazione?

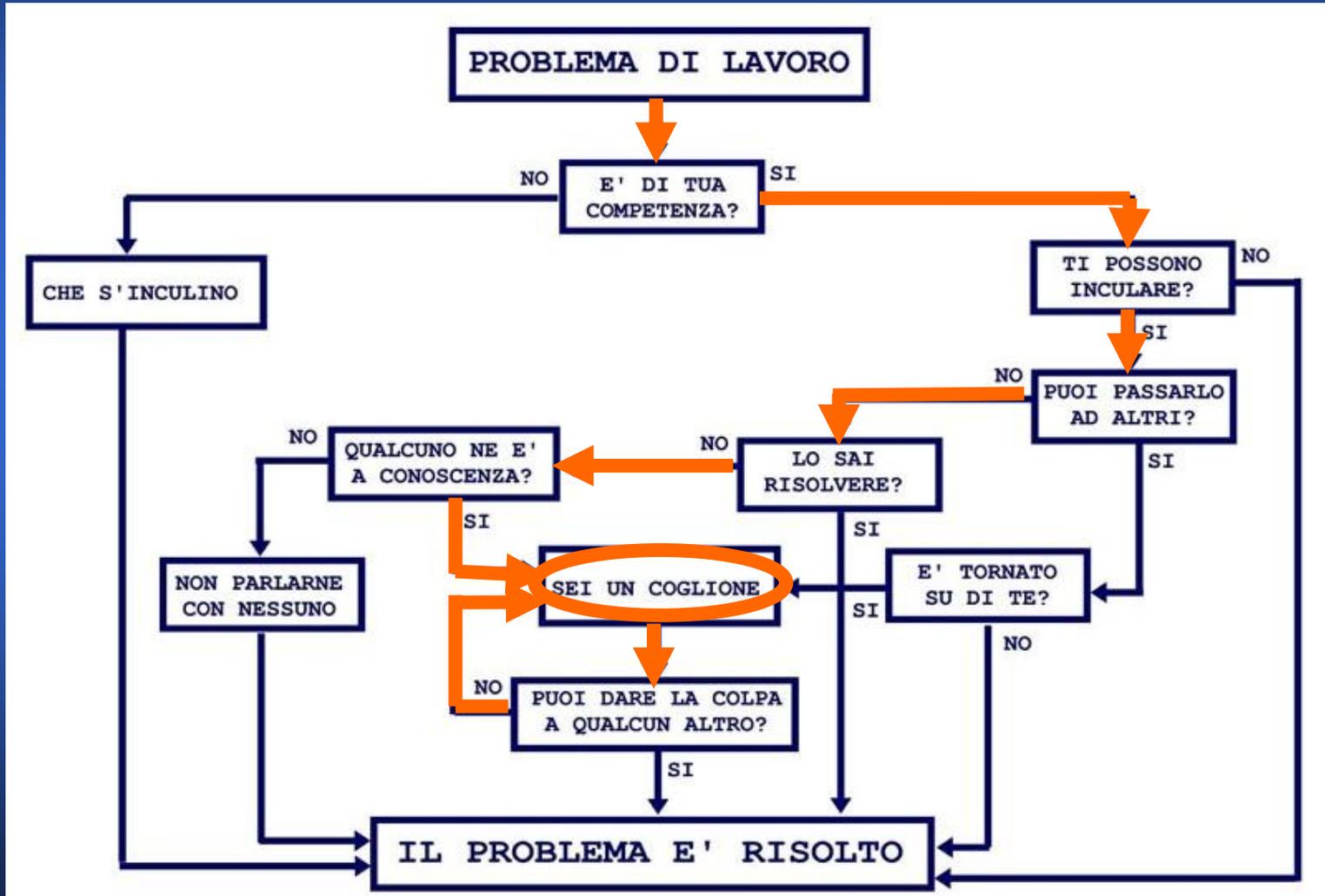




Table 8. Management of Pericarditis: Indications for Pericardiocentesis, Pericardial Biopsy, Pericardioscopy, Pericardial Window, and Pericardiectomy

Pericardiocentesis

Cardiac tamponade

Moderate to large effusions refractory to medical therapy and with severe symptoms

Suspected bacterial or neoplastic pericarditis

Advantages: allows drainage and analysis of pericardial fluid

Limits: invasive technique, requires monitoring and hospitalization

Pericardial biopsy and pericardioscopy (targeted biopsy in specialized center)

Relapsing cardiac tamponade

Suspected bacterial or neoplastic pericarditis

Worsening pericarditis (despite medical therapy) without a specific diagnosis

Advantages: allows analysis of pericardial tissue

Limits: invasive technique, requires monitoring and hospitalization, possible trigger for pericardial bleeding and recurrences

Pericardial window

Recurrent cardiac tamponade

Recurrent moderate to large effusion refractory to medical therapy and with severe symptoms

Advantages: allows pericardial drainage or obliteration of pericardial space preventing or reducing pericardial effusion size

Limits: invasive therapy, requires monitoring and hospitalization, possible trigger for pericardial bleeding and recurrences

Pericardiectomy

Permanent constrictive pericarditis

Recurrent cardiac tamponade

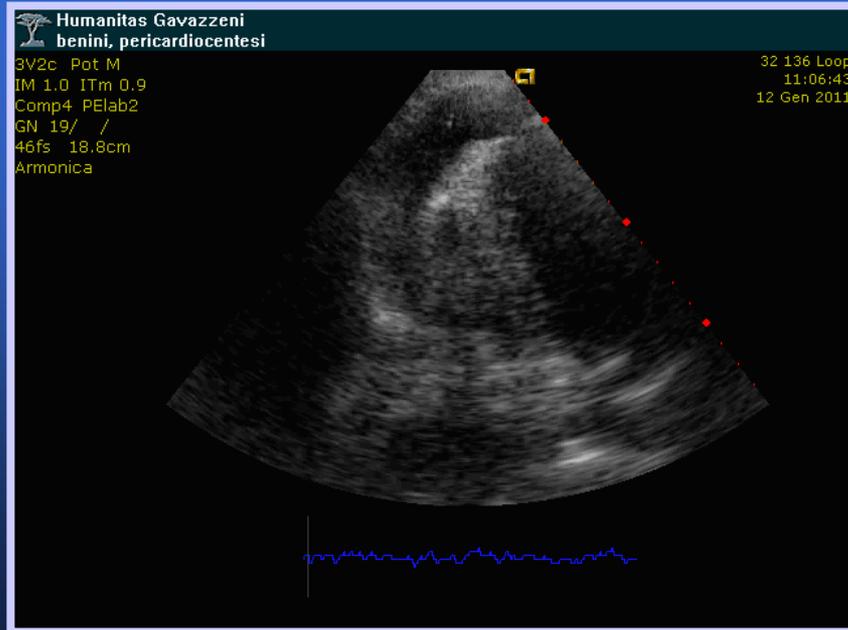
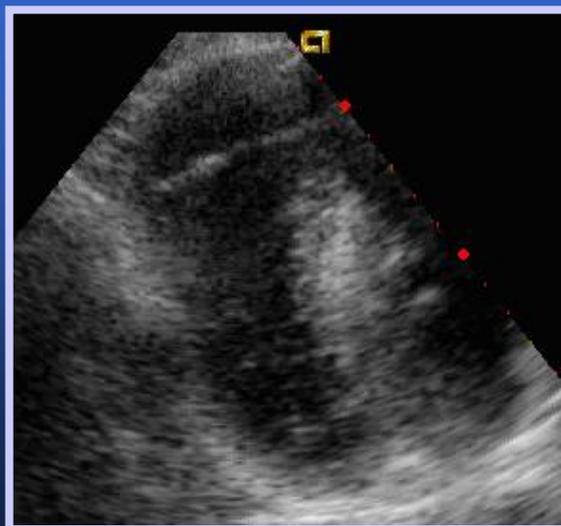
Advantages: allows partial or almost total removal of diseased pericardial tissue

Limits: invasive therapy; operator risk may be not negligible according to disease stage, comorbidities, and surgeon skill; requires experienced heart surgery team, monitoring, and hospitalization; possible failure for incomplete removal; trigger for pericardial bleeding and recurrences

Pericardiocentesis for cardiac tamponade (class I)

Pericardiocentesis for persistent significant pericardial effusion without clear diagnosis (class IIa)

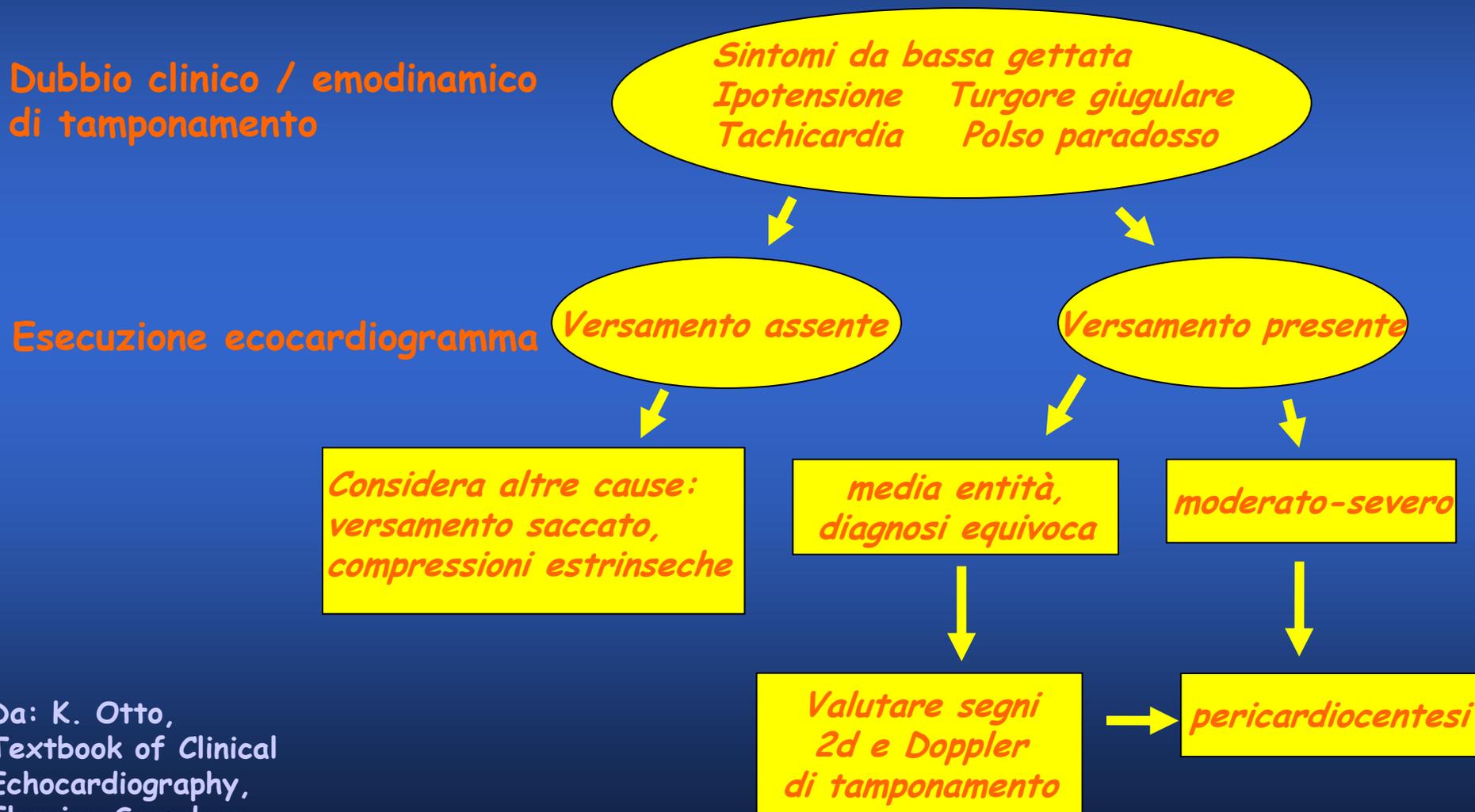
Pericardiocentesis for persistent mild pericardial effusion (class IIb)





Diagnosi pratica di tamponamento cardiaco

Dubbio clinico / emodinamico
di tamponamento



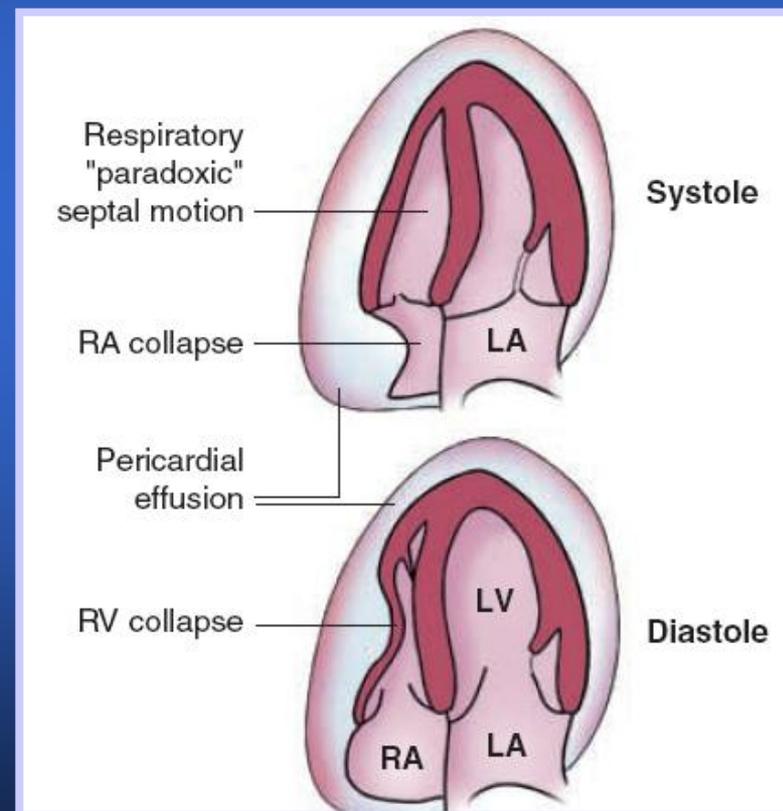


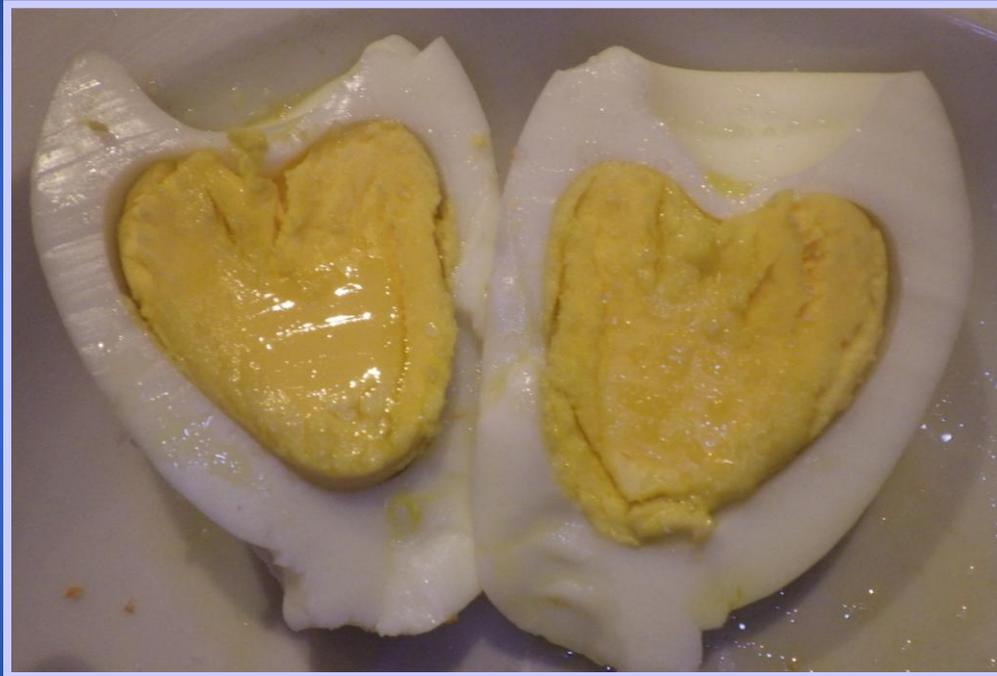
Fisiologia del tamponamento cardiaco

Se il tamponamento avviene con un versamento di entità moderata o severa avvengono i seguenti cambiamenti fisiologici:

- Swinging heart
- Collasso sistolico atriale dx
- Collasso diastolico ventricolare dx
- Reciproche variazioni respiratorie nei volumi ventricolari dx e sn
- Reciproche variazioni respiratorie nel riempimento ventricolare dx e sn
- Pletora della vena cava inferiore

L'effetto compressivo del liquido pericardico si manifesta maggiormente nella fase del ciclo cardiaco nella quale la pressione è più bassa, cioè la sistole per l'atrio e la diastole per il ventricolo





Grazie per l'attenzione
e buona prosecuzione del congresso

bruno@passaretti.org

bruno.passaretti@gavazzeni.it

www.passaretti.org

Immagini tratte da: K. Otto, Textbook of Clinical Echocardiography, Elsevier Saunders e
I. A. D' Cruz, Atlante di Anatomia Ecocardiografica, Centro Scientifico Editore

Nessun bambino e nessun animale è stato maltrattato durante la preparazione delle slides.



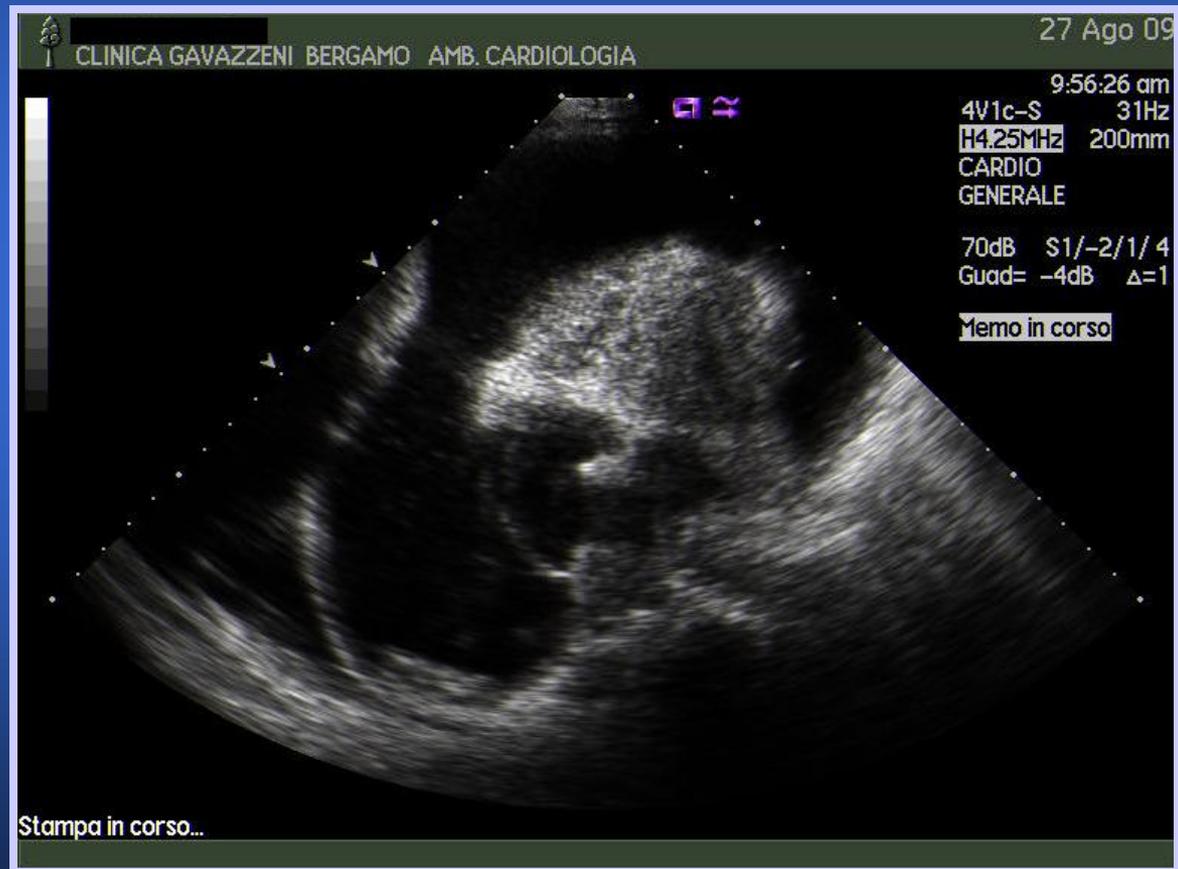
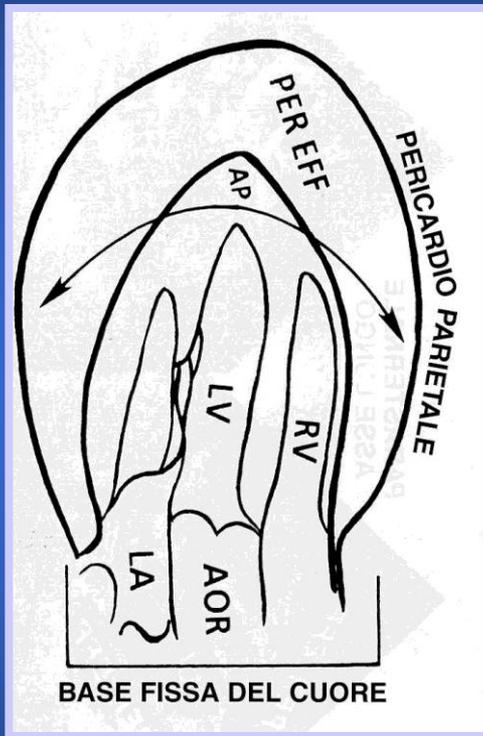
Fisiologia del tamponamento cardiaco

- ✓ **Swinging heart**
- ✓ **Collasso sistolico atriale dx**
- ✓ **Collasso diastolico ventricolare dx**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nei volumi ventricolari dx e sn**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nel riempimento ventricolare dx e sn**
- ✓ **Pletora della vena cava inferiore**



Fisiologia del tamponamento cardiaco

Swinging heart

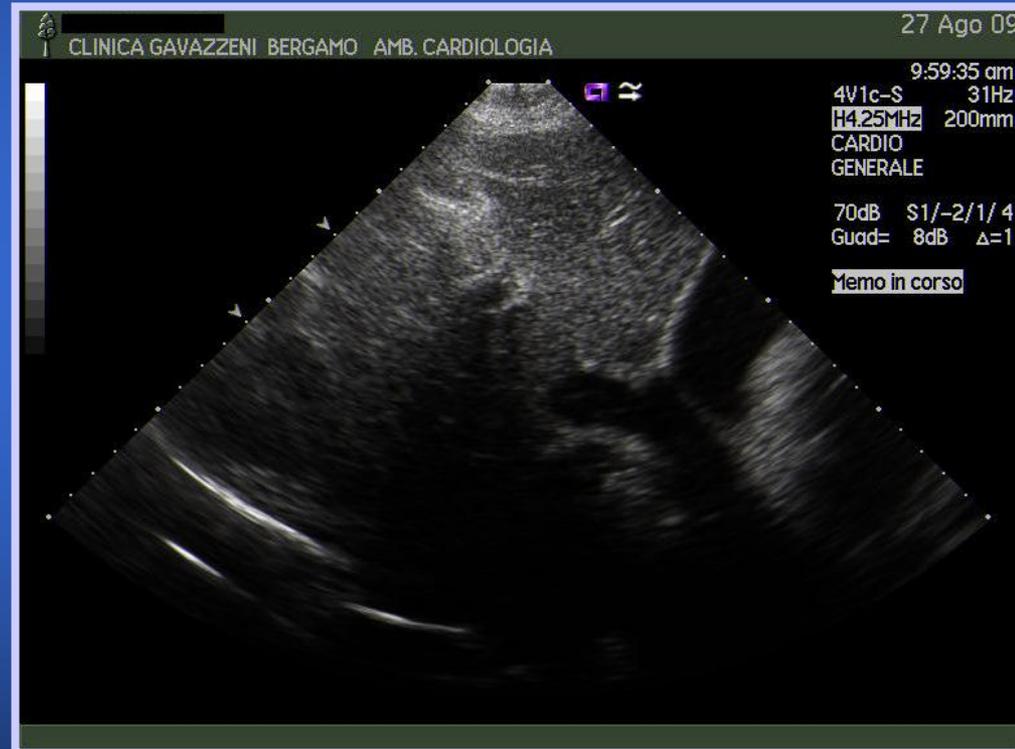
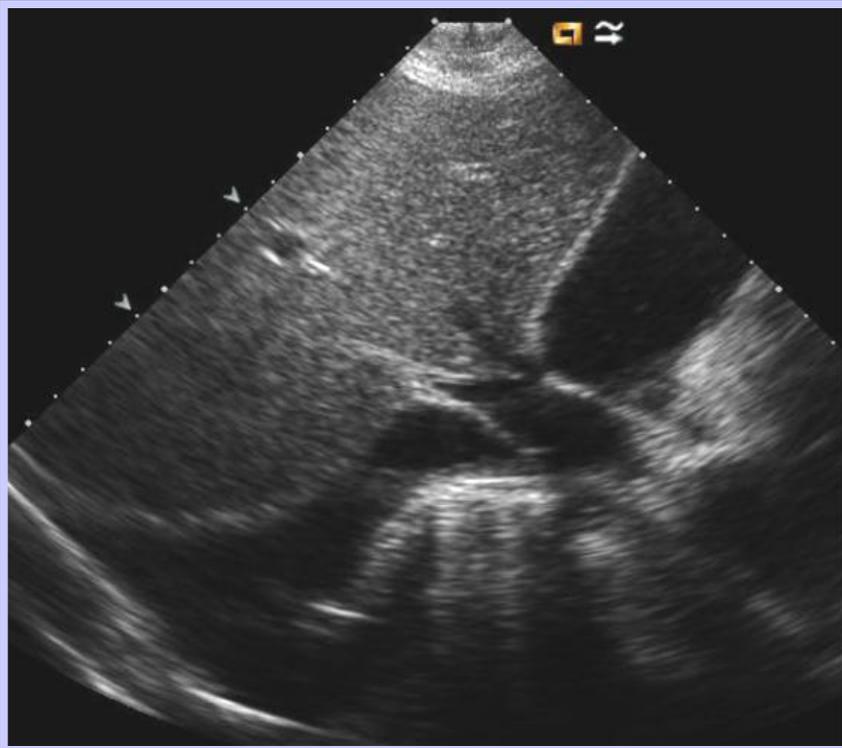


movimento pendolare dei ventricoli liberi nel sacco pericardico pieno di liquido



Fisiologia del tamponamento cardiaco

Swinging heart

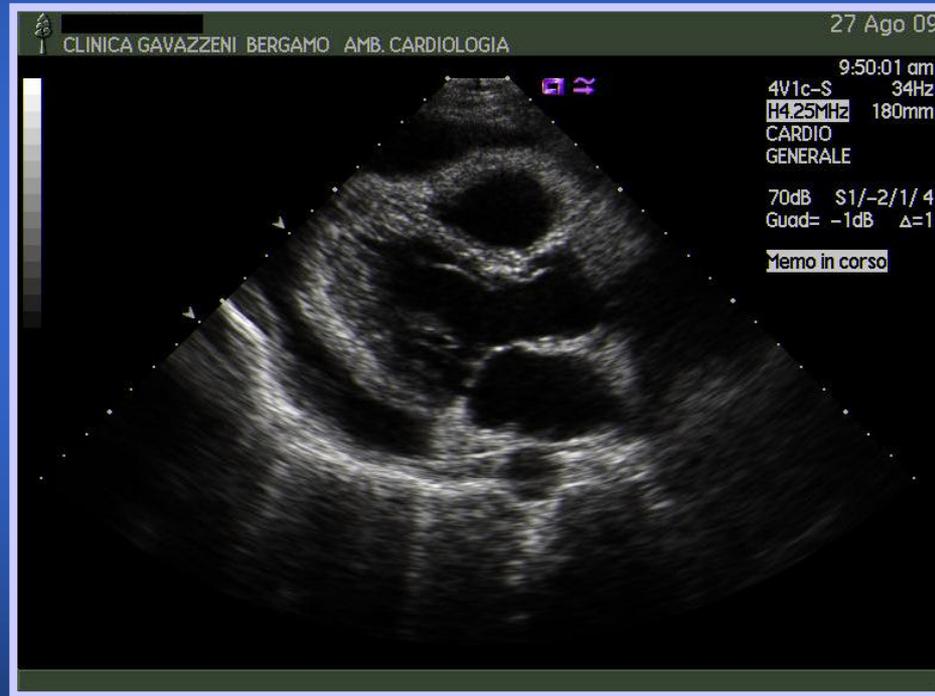
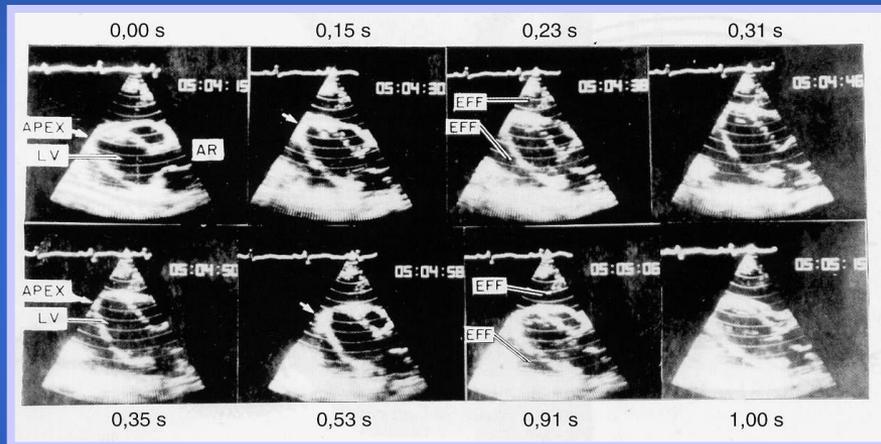


la base del cuore è attaccata al mediastino da un peduncolo formato da aorta, tronco polmonare, vene cave e vene polmonari.



Fisiologia del tamponamento cardiaco

Swinging heart



Tale alternanza della posizione del cuore è alla base del fenomeno elettrocardiografico dell'alternanza elettrica, cioè dell'alterazione del voltaggio del complesso QRS da battito a battito a seconda di quanto l'apice del cuore sia vicino alla parete toracica



Fisiologia del tamponamento cardiaco

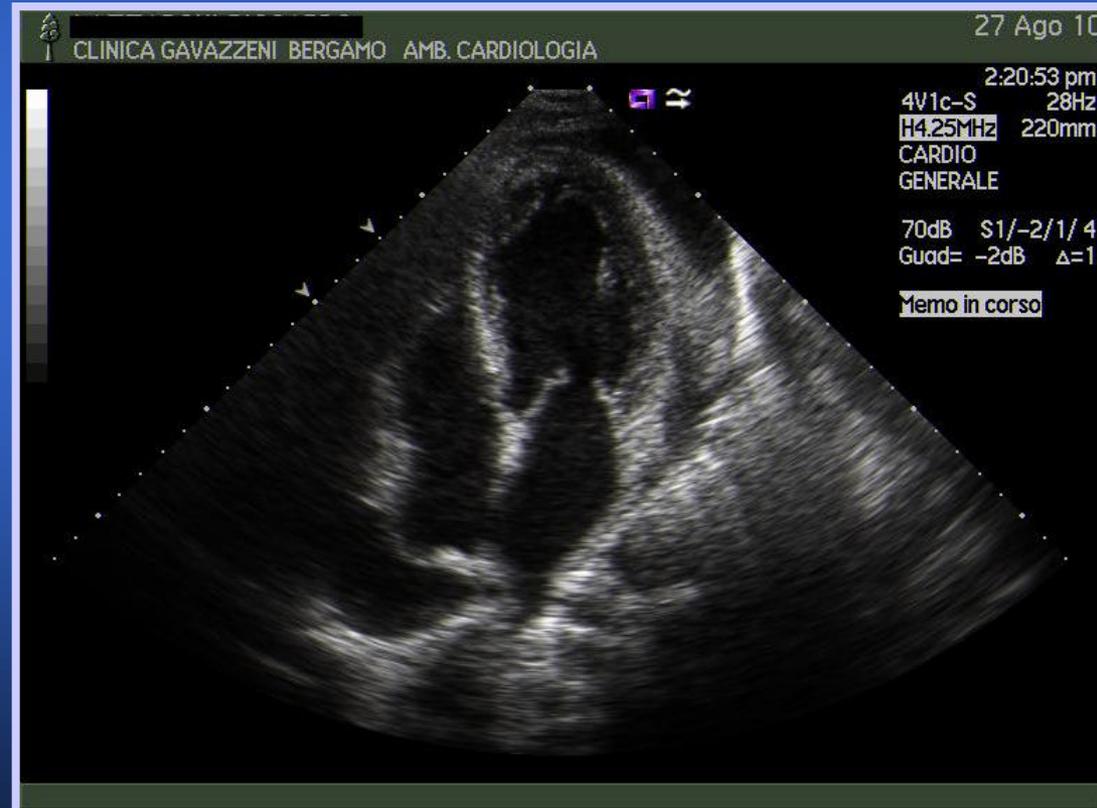
- ✓ **Swinging heart**
- ✓ **Collasso sistolico atriale dx**
- ✓ **Collasso diastolico ventricolare dx**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nei volumi ventricolari dx e sn**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nel riempimento ventricolare dx e sn**
- ✓ **Pletora della vena cava inferiore**



Fisiologia del tamponamento cardiaco

Collasso sistolico atriale dx

- pressione intrapericardica > pressione atriale destra **IN SISTOLE**
- parete atriale è sottile e flessibile → un fugace movimento di collasso può avvenire anche in assenza di un reale tamponamento.
- Maggiore è la durata del collasso, maggiore è la probabilità che ci sia un tamponamento.
- >1/3 sistole: sensibilità del 94% e specificità del 100%

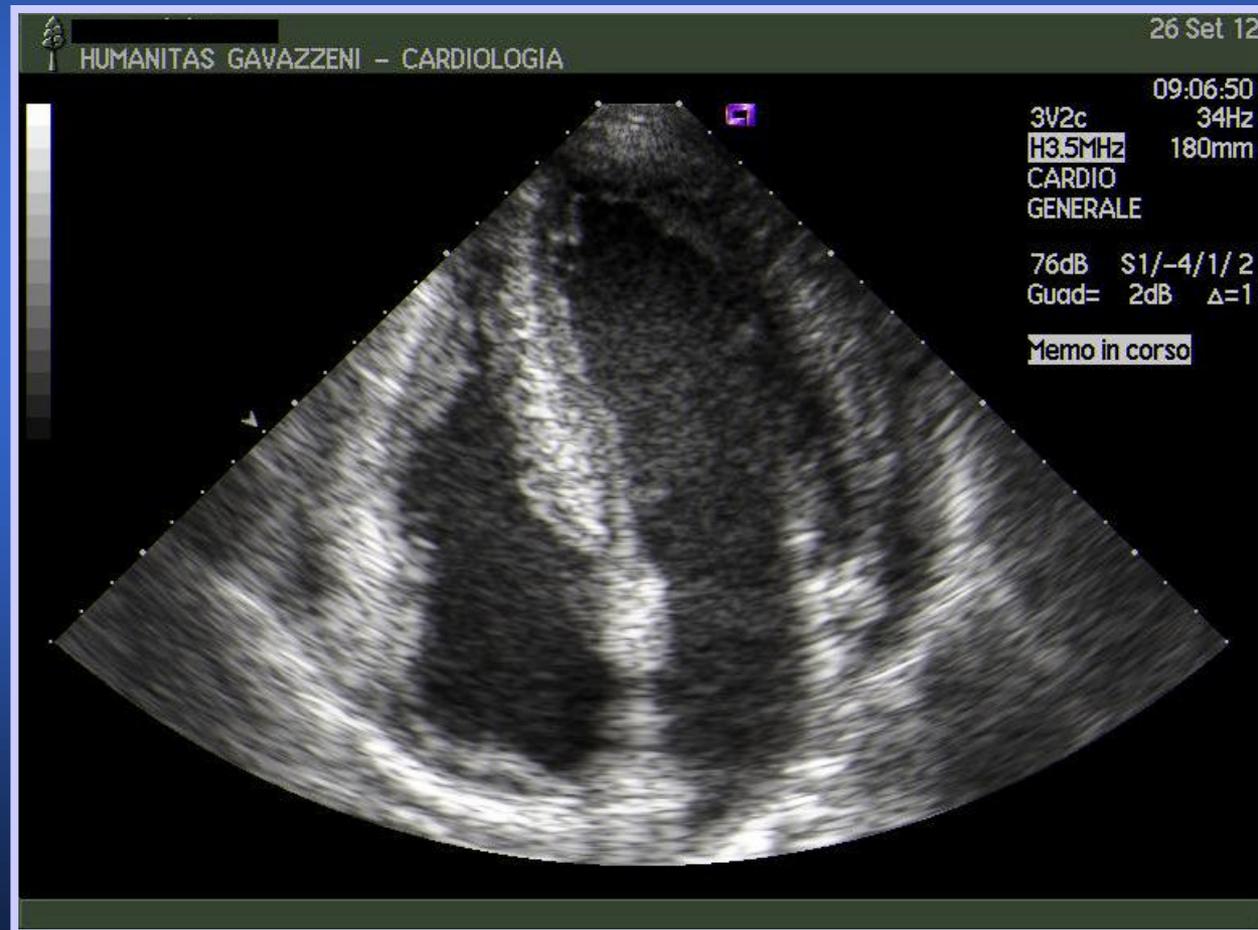




Fisiologia del tamponamento cardiaco

Collasso sistolico atriale dx

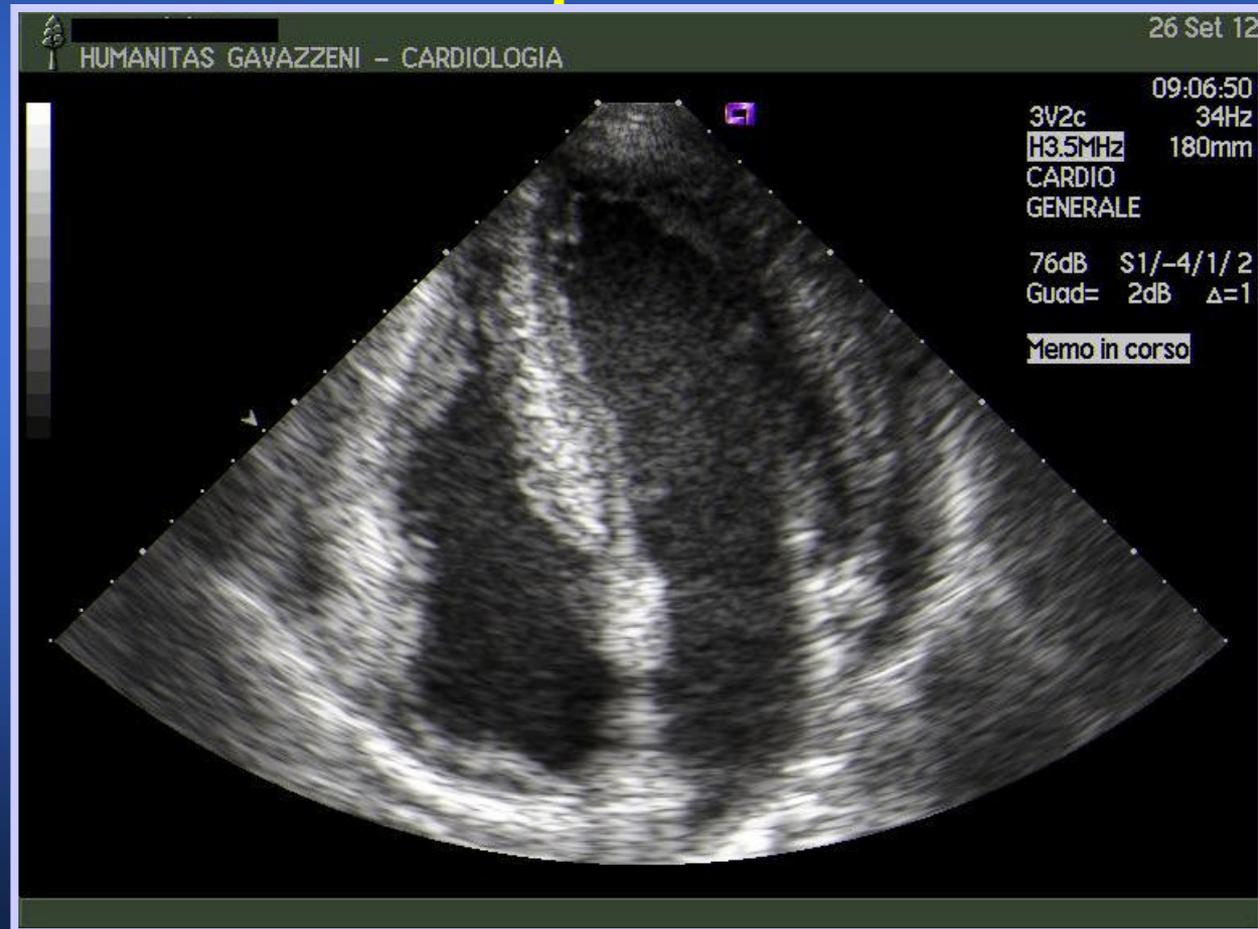
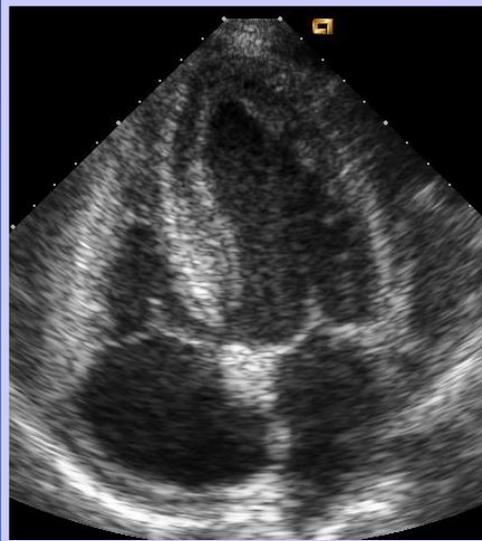
ATTENZIONE
alla falsa diagnosi
di collasso atriale!





Fisiologia del tamponamento cardiaco

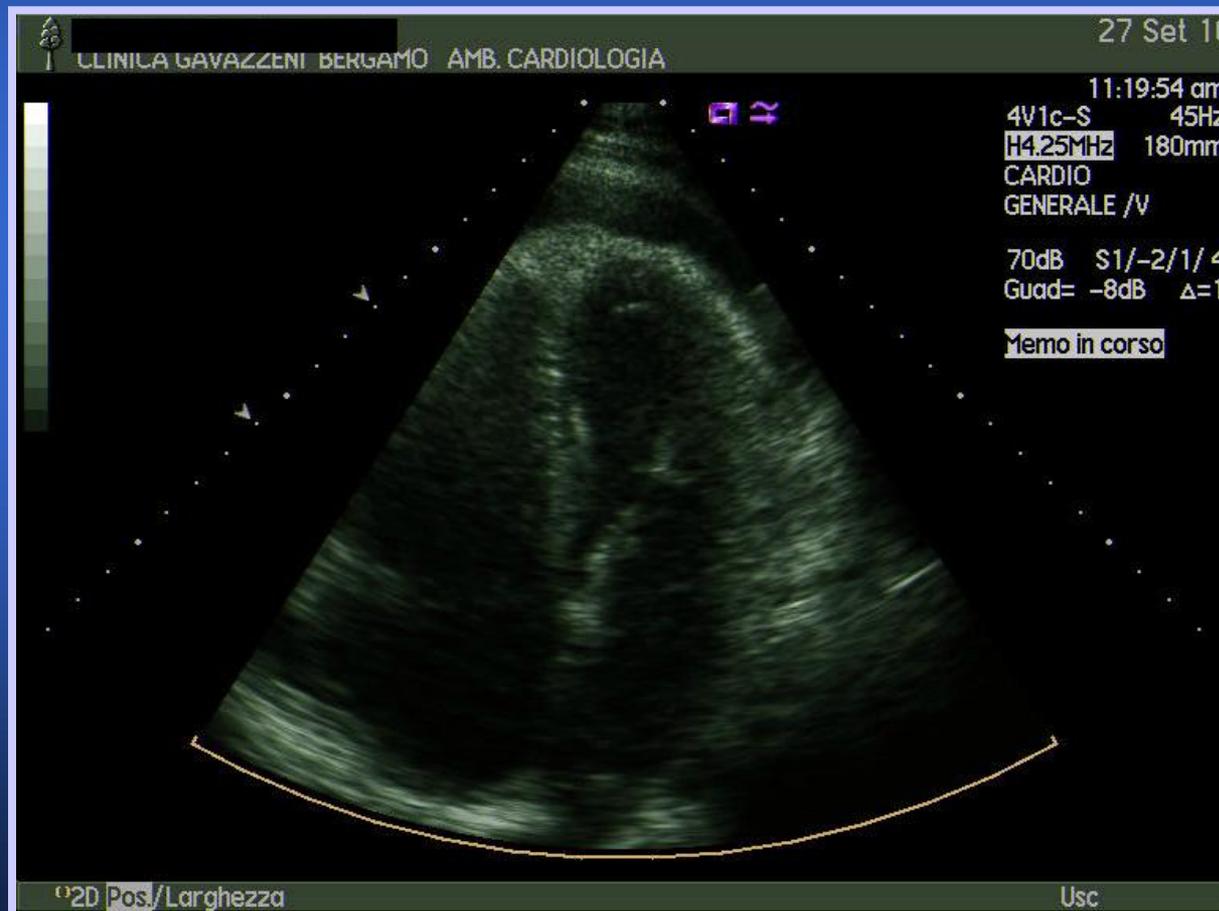
Collasso sistolico atriale





Fisiologia del tamponamento cardiaco

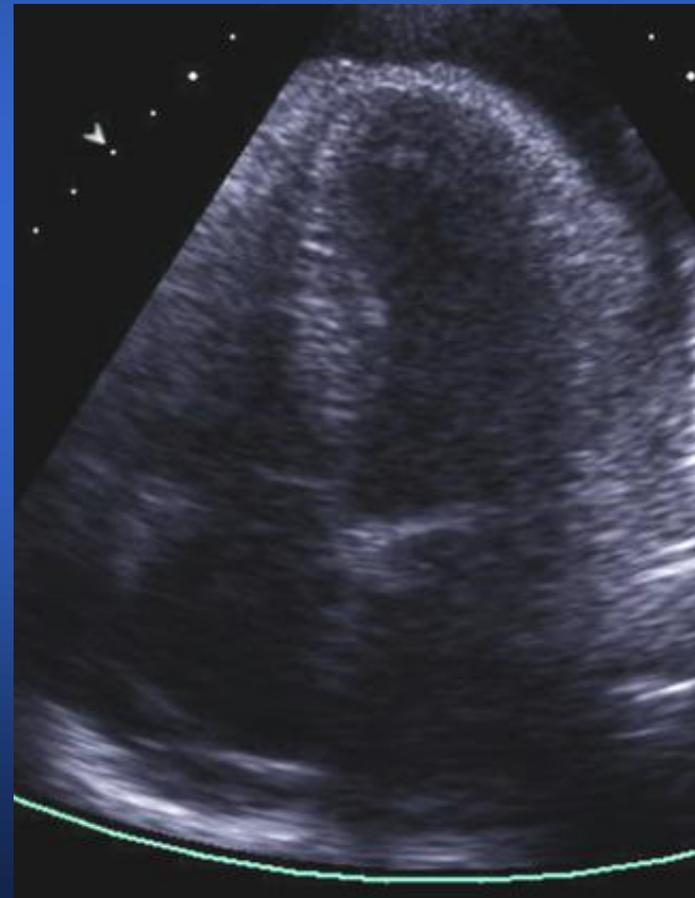
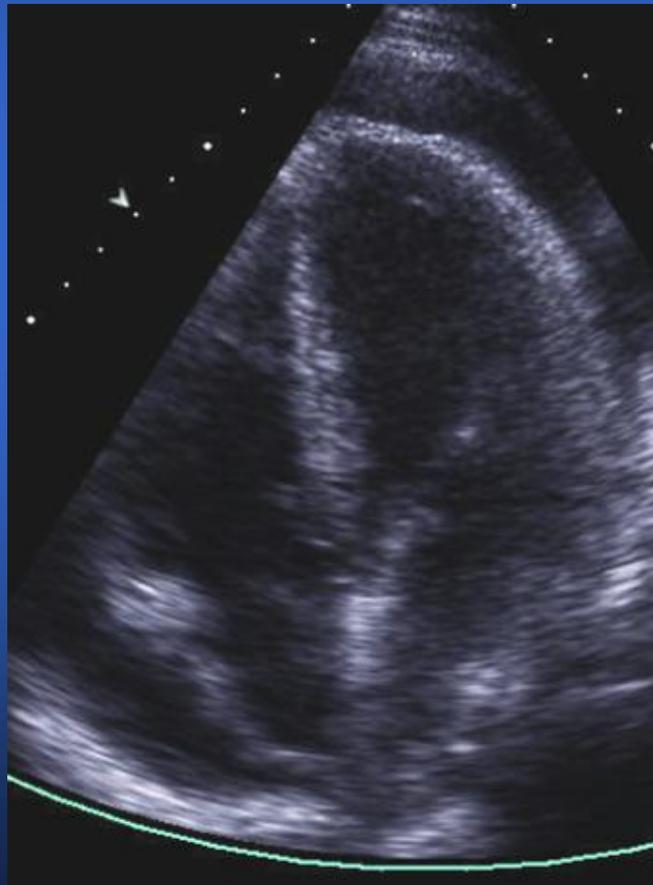
Collasso sistolico atriale dx





Fisiologia del tamponamento cardiaco

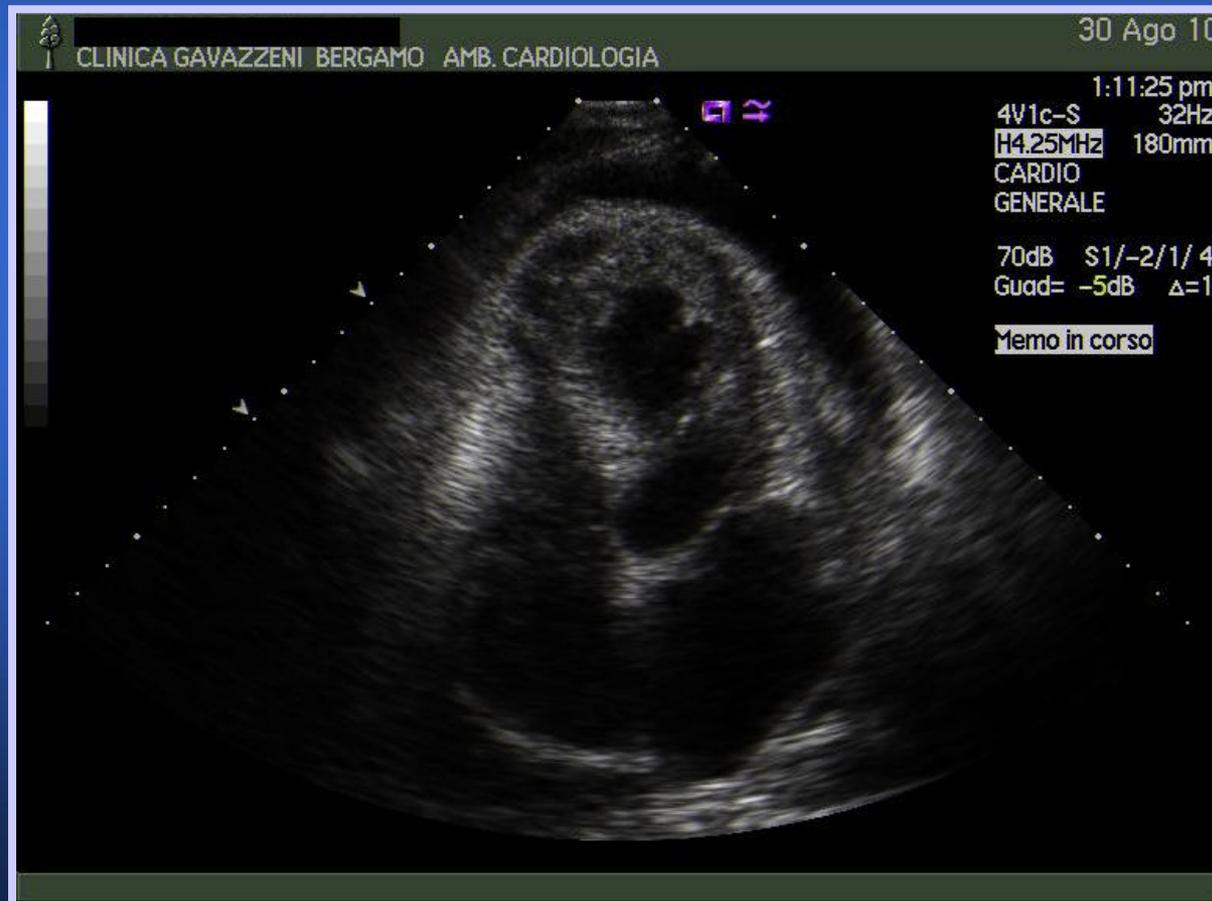
Collasso sistolico atriale dx





Fisiologia del tamponamento cardiaco

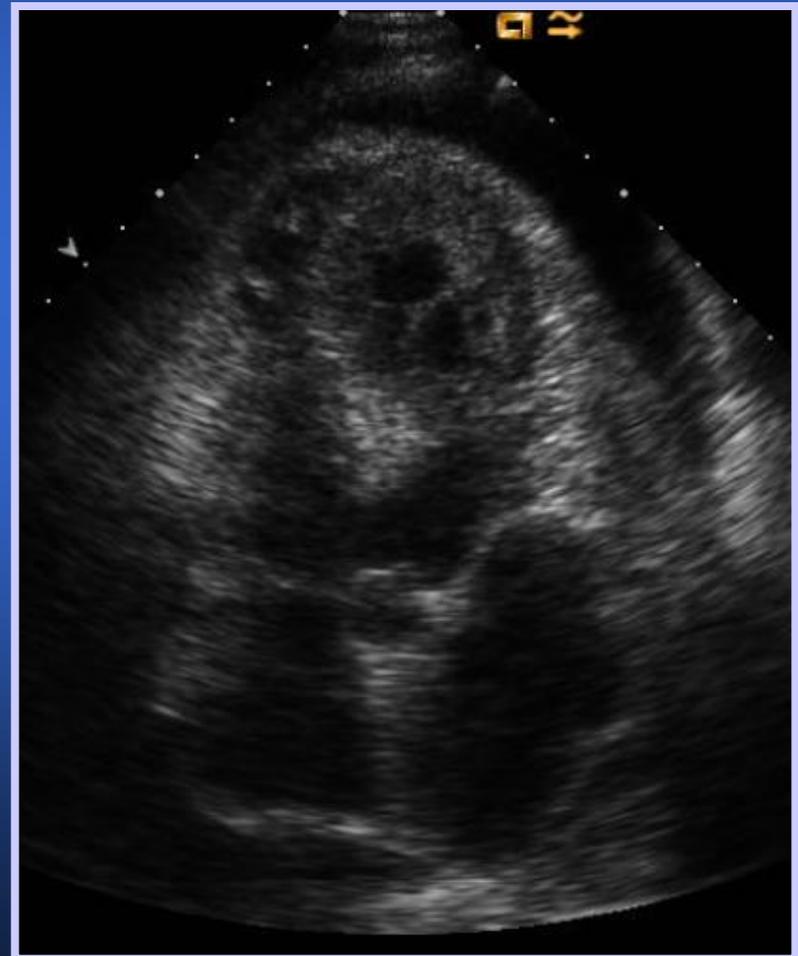
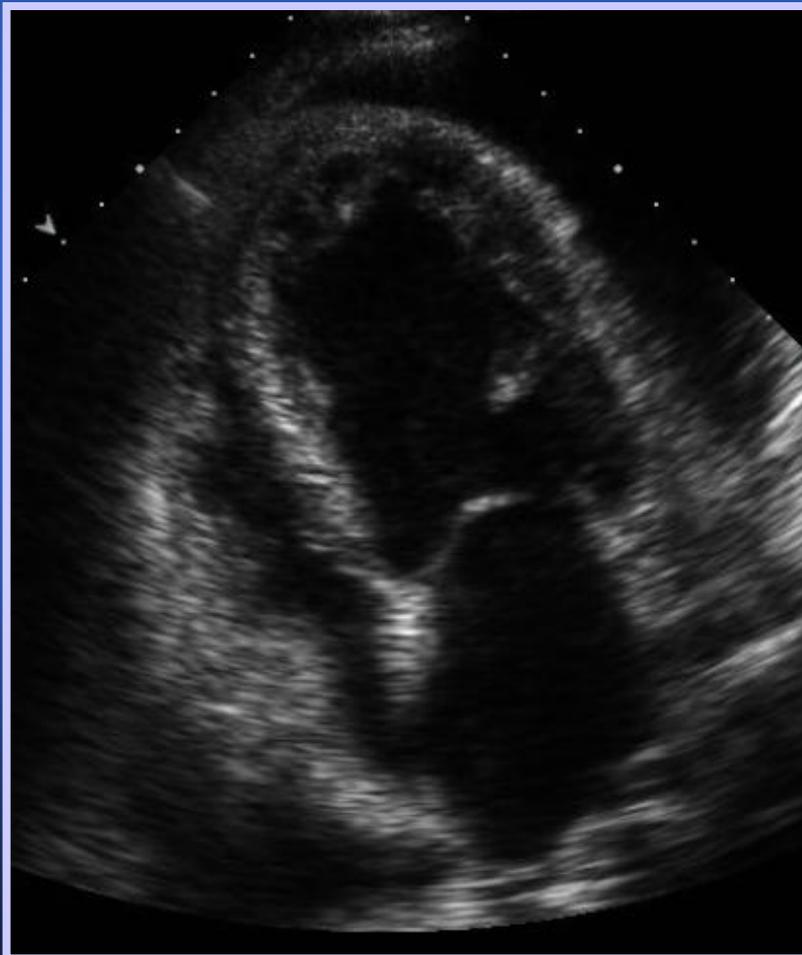
Collasso sistolico atriale dx





Fisiologia del tamponamento cardiaco

Collasso sistolico atriale dx





Fisiologia del tamponamento cardiaco

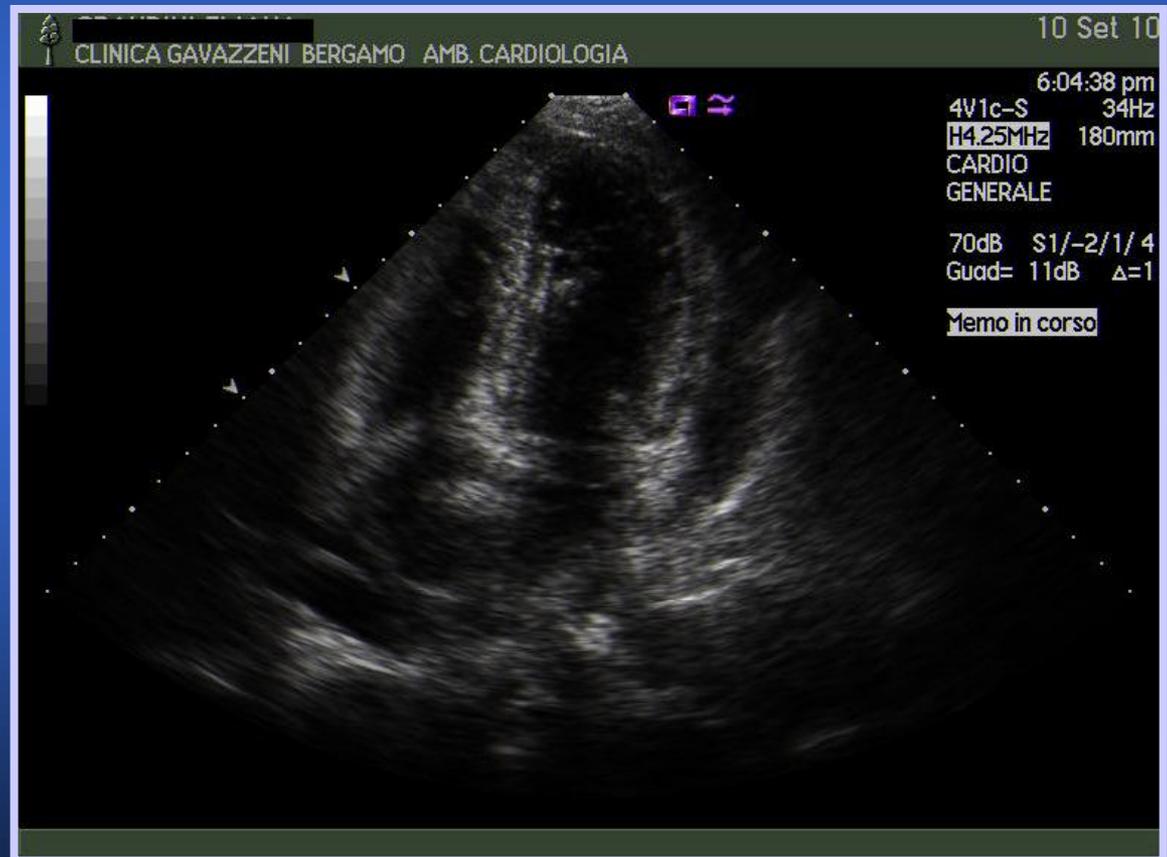
- ✓ **Swinging heart**
- ✓ **Collasso sistolico atriale dx**
- ✓ **Collasso diastolico ventricolare dx**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nei volumi ventricolari dx e sn**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nel riempimento ventricolare dx e sn**
- ✓ **Pletora della vena cava inferiore**



Fisiologia del tamponamento cardiaco

Collasso diastolico ventricolare destro

• pressione
intrapericardica >
pressione ventricolare
destra IN DIASTOLE

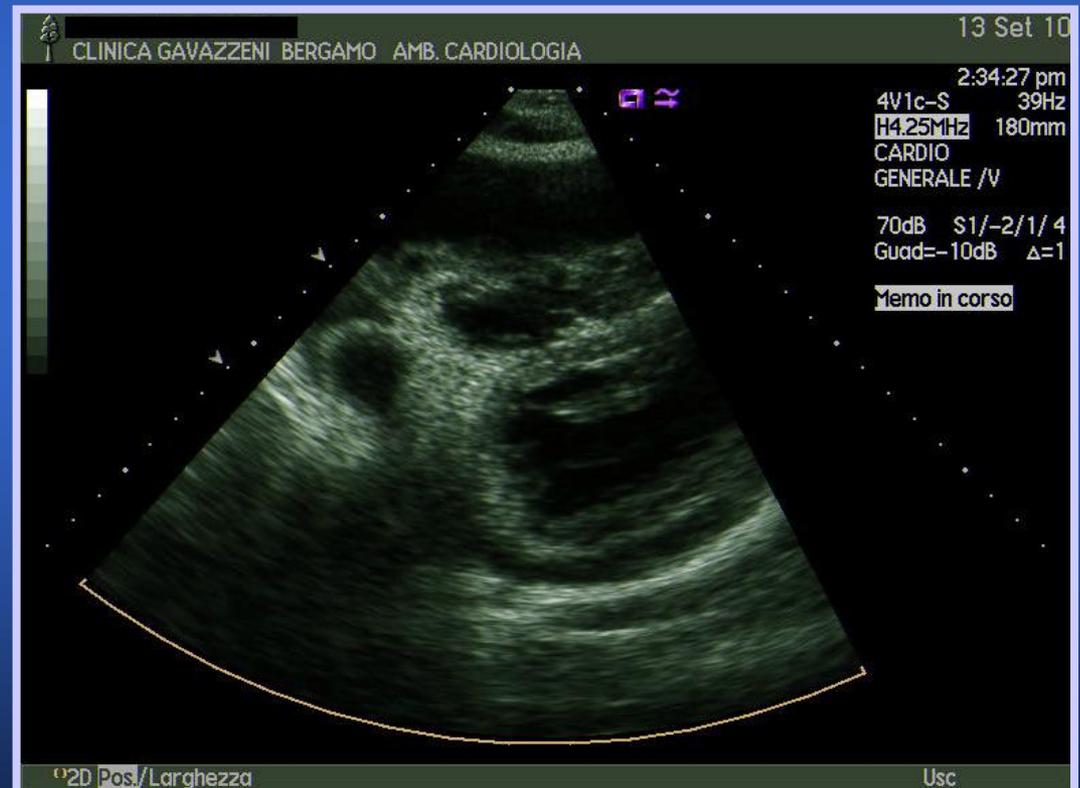




Fisiologia del tamponamento cardiaco

Collasso diastolico ventricolare destro

- Si visualizza meglio in parasternale asse lungo o in sottocostale
- utile registrazione m-Mode per meglio evidenziare la correlazione temporale.
- segno meno sensibile (60-90%) ma più specifico (85-100%) rispetto a un breve collasso sistolico atriale

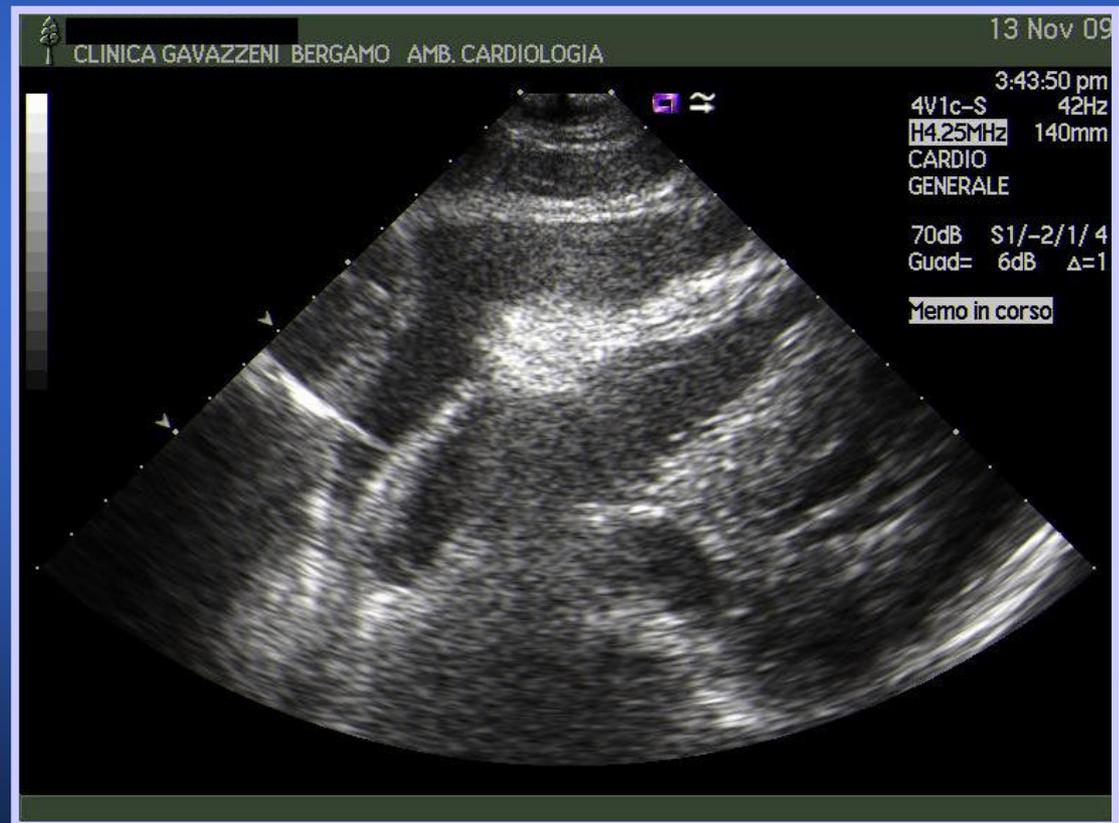




Fisiologia del tamponamento cardiaco

Collasso diastolico ventricolare destro

parete ventricolare
destra ispessita per
ipertrofia o patologia
infiltrativa → gradiente
tra pressione
intrapericardica e
pressione
intraventricolare in
assenza di collasso





Fisiologia del tamponamento cardiaco

- ✓ **Swinging heart**
- ✓ **Collasso sistolico atriale dx**
- ✓ **Collasso diastolico ventricolare dx**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nei volumi ventricolari dx e sn**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nel riempimento ventricolare dx e sn**
- ✓ **Pletora della vena cava inferiore**



Fisiologia del tamponamento cardiaco

Reciproche variazioni respiratorie nei volumi ventricolari destro e sinistro

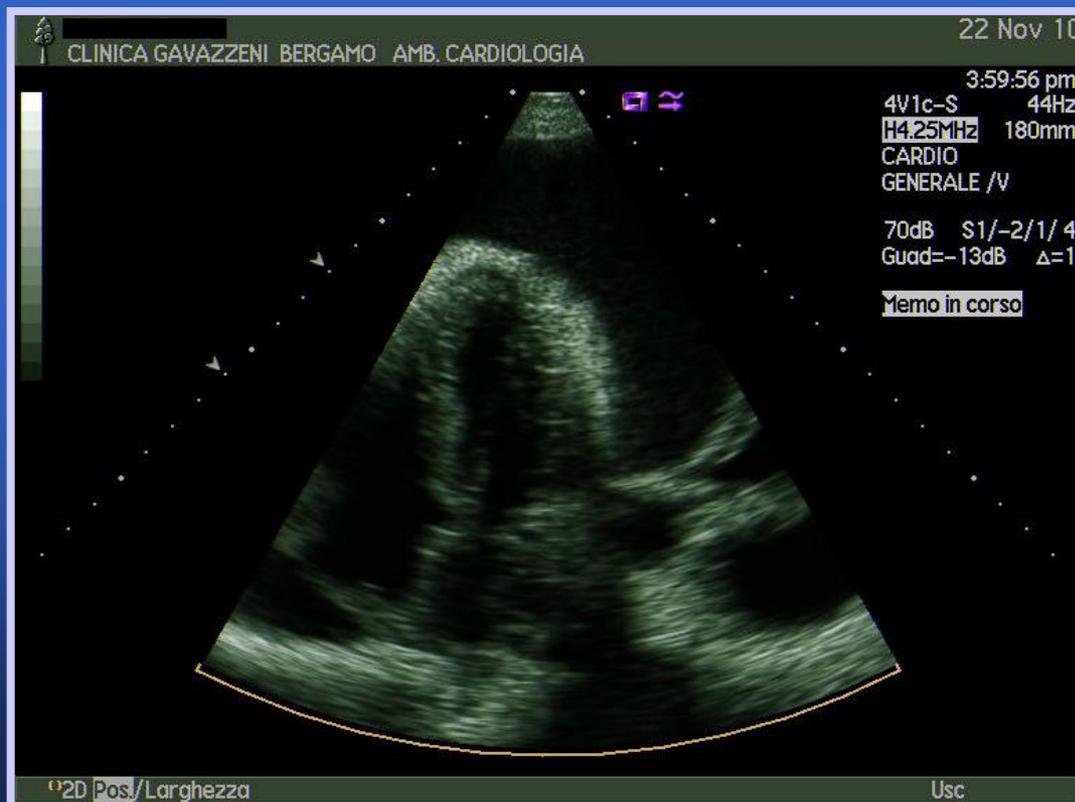
Inspirazione:

spostamento del setto interventricolare verso il ventricolo sinistro in diastole e verso il ventricolo destro in sistole

Espirazione:

normalizzazione del movimento del setto.

Polso paradossale!





Fisiologia del tamponamento cardiaco

Reciproche variazioni respiratorie
nei volumi ventricolari destro e sinistro

E' una questione di spazio!...

Il volume pericardico totale (liquido intrapericardico + liquido intracardiaco) è fisso in una condizione di tamponamento → quando la pressione intratoracica, in inspirazione, diventa più negativa, l'aumento del riempimento ventricolare destro limita il riempimento ventricolare sinistro.





Fisiologia del tamponamento cardiaco

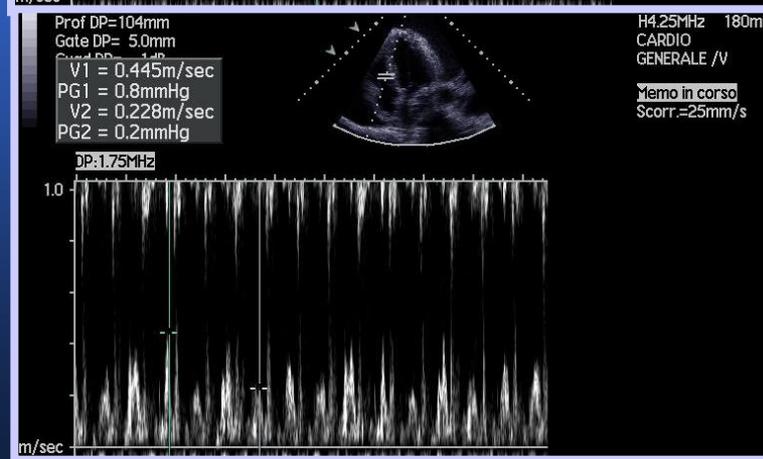
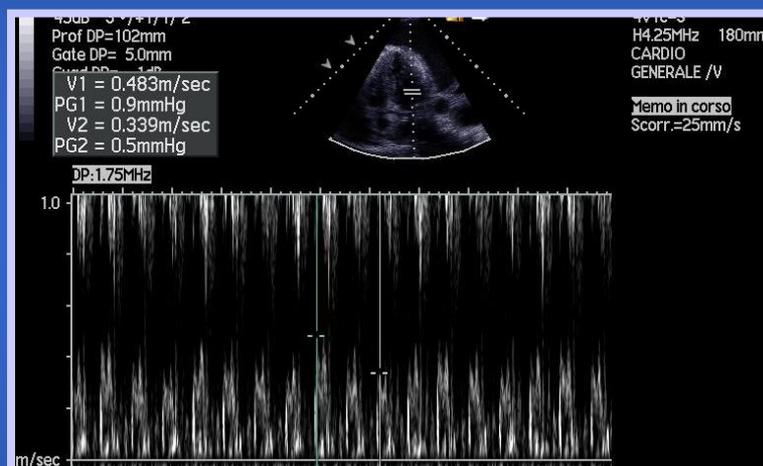
- ✓ **Swinging heart**
- ✓ **Collasso sistolico atriale dx**
- ✓ **Collasso diastolico ventricolare dx**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nei volumi ventricolari dx e sn**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nel riempimento ventricolare dx e sn**
- ✓ **Pletora della vena cava inferiore**



Fisiologia del tamponamento cardiaco

Reciproche variazioni respiratorie nel riempimento ventricolare destro e sinistro

- consegue a quanto detto sulla variazione inspiratoria dei volumi.
- **Inspirazione:**
 - aumento dell'onda E tricuspidale e dell'integrale della velocità di flusso polmonare
 - riduzione dell'onda E mitralica e dell'integrale della velocità di flusso aortica





Fisiologia del tamponamento cardiaco

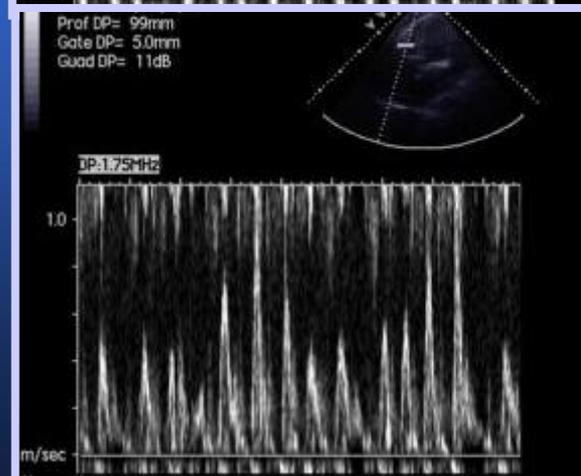
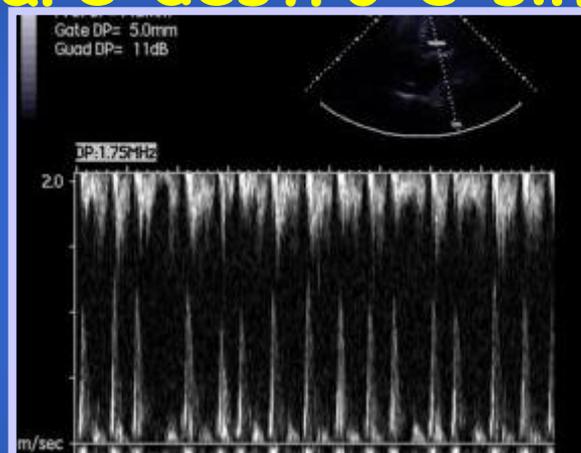
Reciproche variazioni respiratorie nel riempimento ventricolare destro e sinistro

ATTENZIONE:

il tamponamento non è un fenomeno tutto o nulla:

diversi gradi di compromissione emodinamica

Cut-off 25% variazione!





Fisiologia del tamponamento cardiaco

- ✓ **Swinging heart**
- ✓ **Collasso sistolico atriale dx**
- ✓ **Collasso diastolico ventricolare dx**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nei volumi ventricolari dx e sn**
- ✓ **Reciproche variazioni respiratorie nel riempimento ventricolare dx e sn**
- ✓ **Pletora della vena cava inferiore**



Fisiologia del tamponamento cardiaco

Pletora della vena cava inferiore

riflette l'elevata
pressione atriale
destra

dilatazione della vena
cava inferiore con
una riduzione
inspiratoria inferiore
al 50%

sensibilità 97%
specificità 40%



HUMANITAS
GAVAZZENI

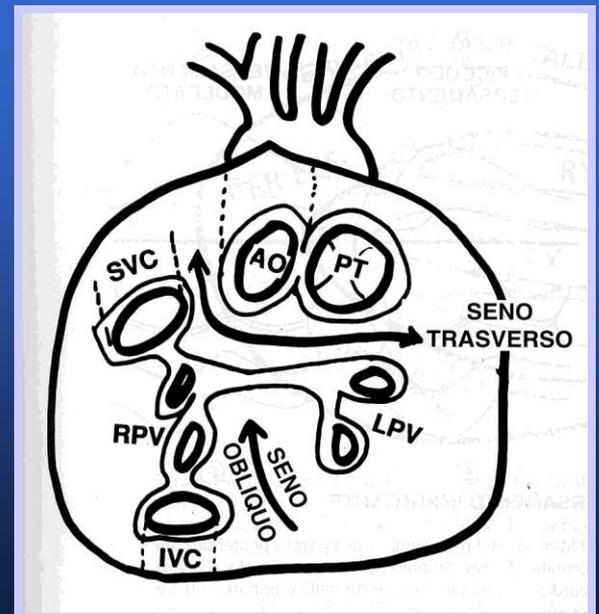
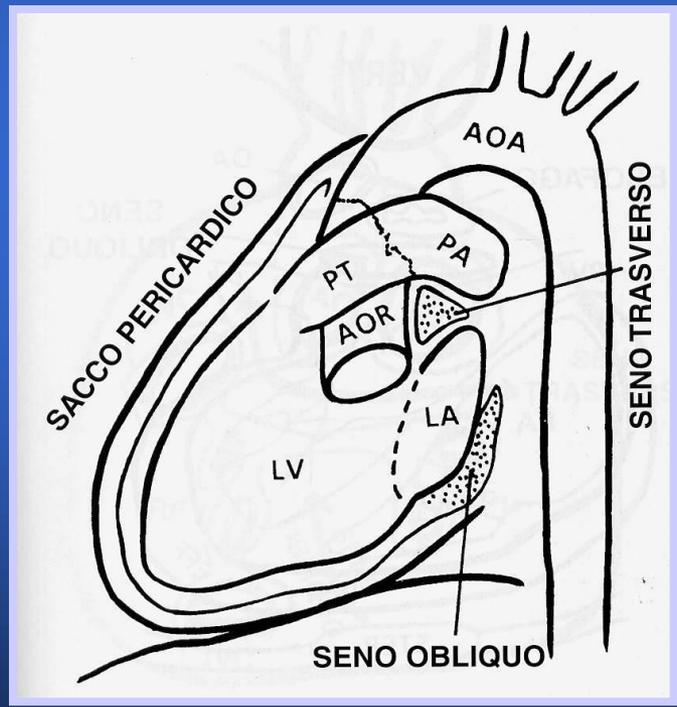
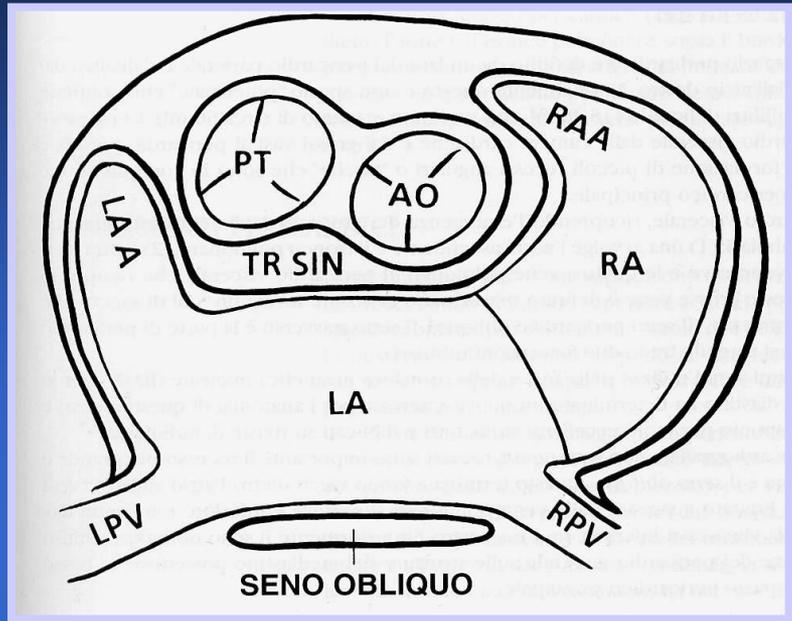


U.O. RIABILITAZIONE

Dott. Bruno Passaretti



Superiorly, the pericardium extends a short distance along the great vessels, with a small "pocket" of pericardium surrounding the great arteries posteriorly—the *transverse sinus*. The pericardial space extends lateral to the left atrium, and a blind pocket of the pericardium extends posterior to the left atrium, between the four pulmonary veins—the *oblique sinus*





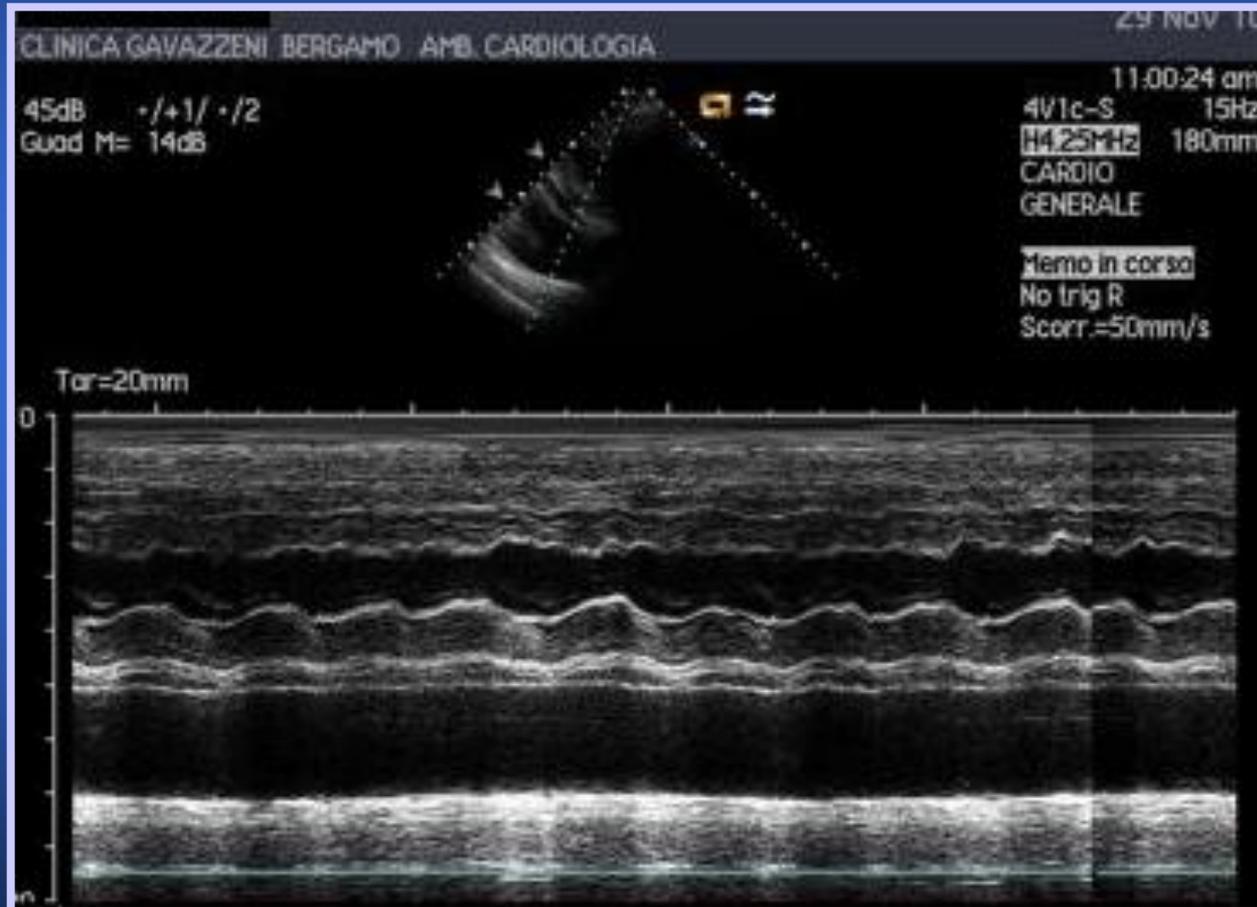
Versamento pericardico diffuso

m-Mode in caso di piccoli versamenti posteriori:

consente di:

distinguere l'eco rifrangente del foglietto pericardico posteriore piatto e dal foglietto epicardico che si muove separandosi dal precedente

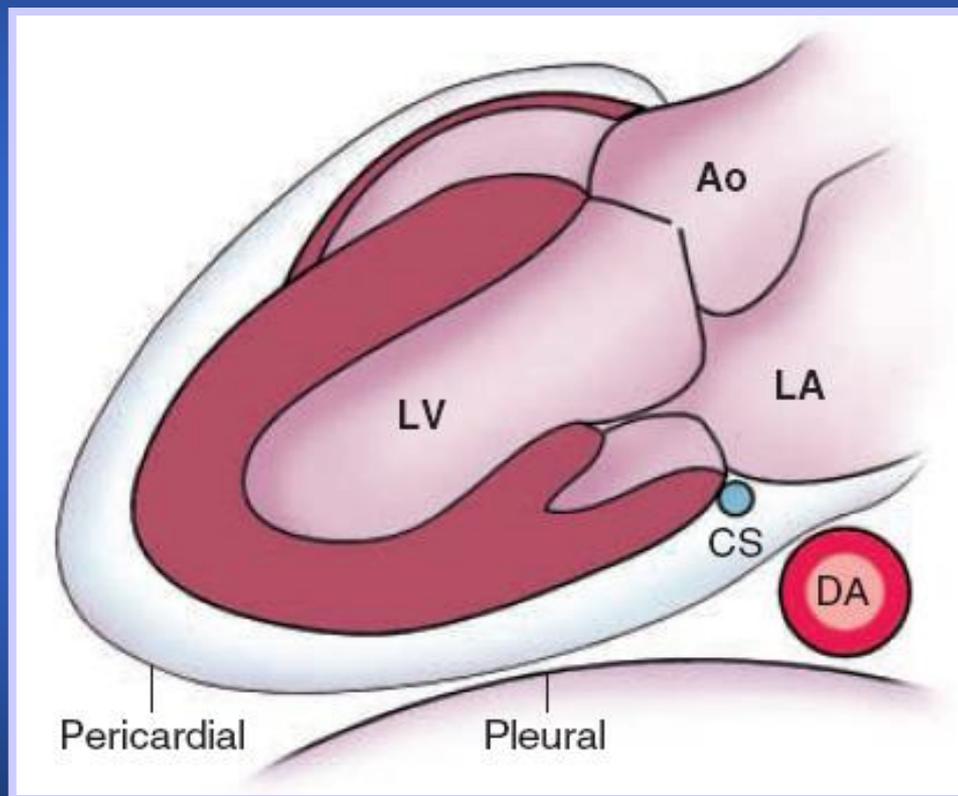
distinguere il versamento pericardico da quello pleurico





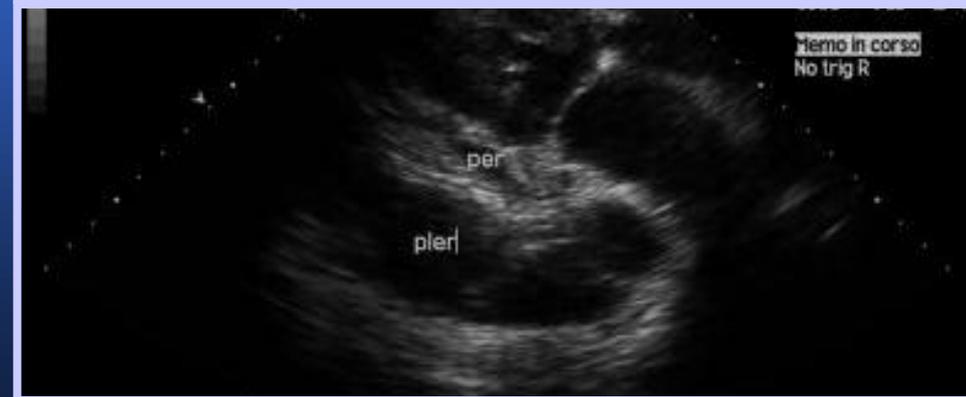
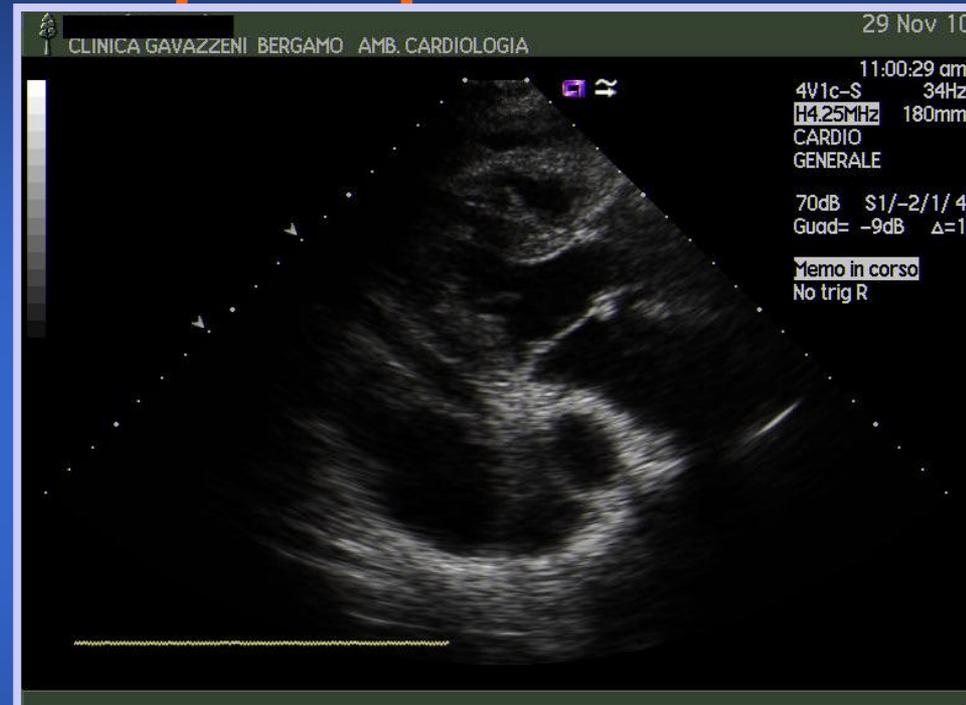
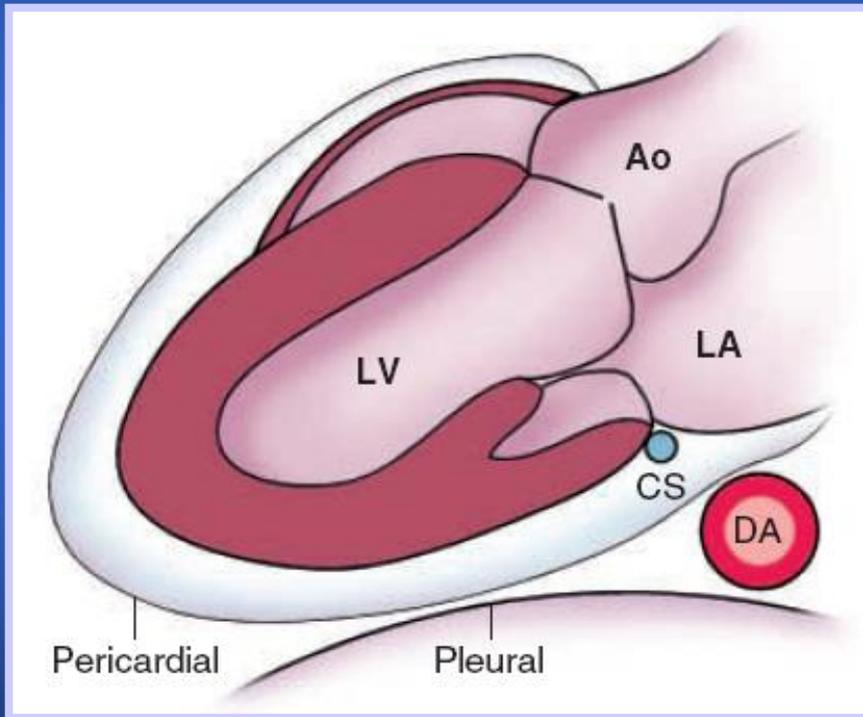
Distinzione con il liquido pleurico

- Utilizzare varie proiezioni!
- Approccio parasternale
 - Fare attenzione al seno coronarico e all'aorta discendente:
 - 1) non devono essere confuse con il liquido pericardico
 - 2) possono aiutare a distinguere il liquido pericardico dal liquido pleurico: il liquido pleurico decorre posterolateralmente all'aorta discendente, il pericardico anteriormente.





Distinzione con il liquido pleurico

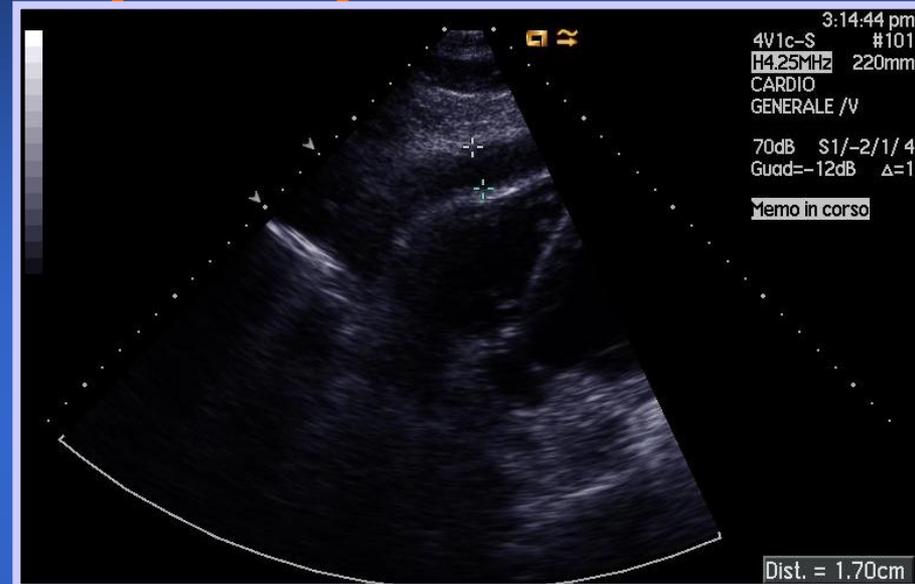




Distinzione con il liquido pleurico

- Nelle proiezioni sottocostali si visualizza liquido tra il diaframma e il ventricolo destro, particolarmente importante in quanto patognomonico per versamento pericardico.

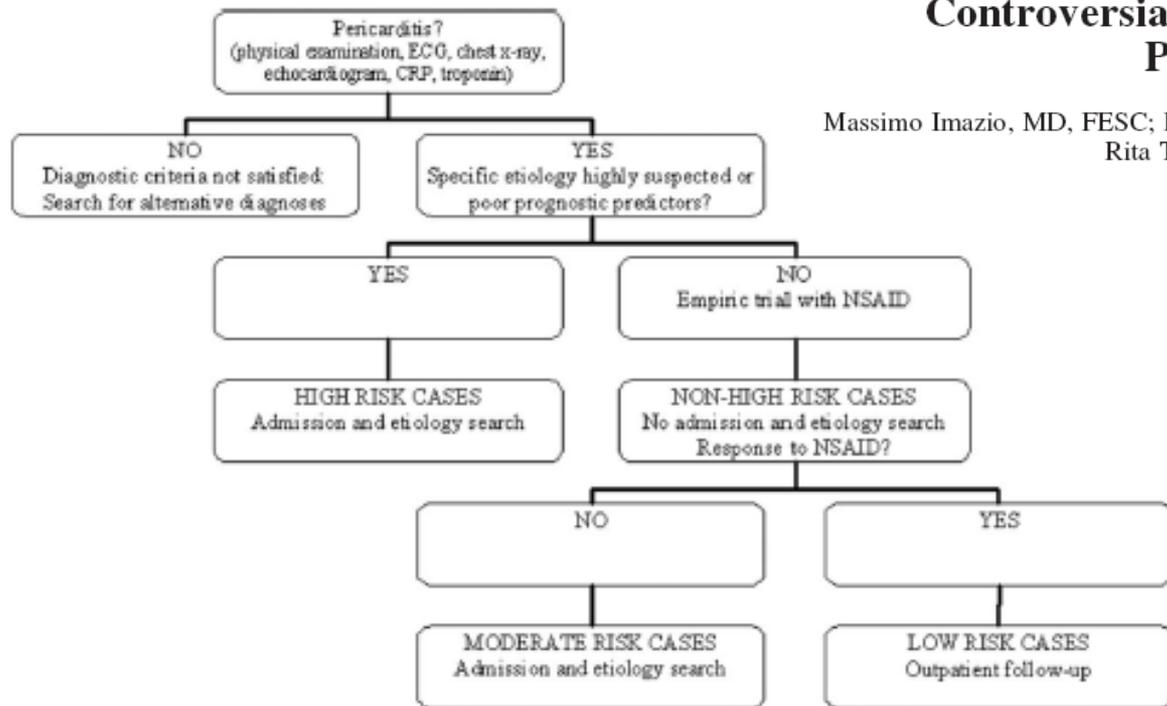
(ATTENZIONE:
un'area
relativamente
ecogena anteriore
in assenza di
versamento
pericardico in
genere è normale
grasso pericardico).





Controversial Issues in the Management of Pericardial Diseases

Massimo Imazio, MD, FESC; David H. Spodick, MD, DSc, FAHA; Antonio Brucato, MD; Rita Trincherò, MD; Yehuda Adler, Prof



Circulation. 2010;121:916-928

Clinical Poor Prognostic Predictors* for Pericarditis

Major

Fever >38°C

Subacute onset

Large pericardial effusion

Cardiac tamponade

Lack of response to aspirin or NSAIDs after at least 1 wk of therapy

Minor

Myopericarditis

Immunodepression

Trauma

Oral anticoagulant therapy

Indicators of Poor Prognosis of Acute Pericarditis

Massimo Imazio, MD; Enrico Cecchi, MD; Brunella Demichelis, MD; Salvatore Ierna, MD; Daniela Demarie, MD; Aldo Ghisio, MD; Franco Pomari, MD; Luisella Coda, MD; Riccardo Belli, MD; Rita Trincherò, MD

Circulation 2007;115:2739-2744



Controversial Issues in the Management of Pericardial Diseases

Massimo Imazio, MD, FESC; David H. Spodick, MD, DSc, FAHA; Antonio Brucato, MD; Rita Trincherò, MD; Yehuda Adler, Prof

Myopericarditis

Cases of pericarditis may present with troponin elevation,³³⁻³⁵ an expression of concomitant myocardial involvement. Concomitantly, widespread ST-segment elevation, usually considered a hallmark of acute pericarditis,^{1,2,17,18} shows sub-epicardial myocardial involvement rather than simple “pericarditis”



Key points: (1) Myocarditis and pericarditis share common etiologic agents, mainly viruses, with a spectrum ranging from pure pericarditis to forms with increasing myocardial involvement (myopericarditis and perimyocarditis); (2) myocardial involvement requires admission for monitoring, and antiinflammatory therapy is reduced to control symptoms and to minimize possible deleterious effects on the myocarditic process; and (3) prevalent pericarditis (ie, myopericarditis) generally has a good overall prognosis.