STEMI COMPLICATO DA ACC TESTIMONIATO, CON RCP DI 55 MINUTI E RECUPERO NEUROCOGNITIVO COMPLETO.

Autori: F.Barbati A.Dellaselva S.Viberti L.Capra E.Ravera.

Ospedale di Alba - A.S.L. CN 2 Alba Bra – Cuneo.

Paziente di 68 anni, condizioni generali buone, in trattamento con fosinopril/idroclorotiazide per HTA dal 2005 e acido acetilsalicilico in prevenzione primaria. Ex fumatore dal 2002.

In data 20 agosto 2015 il paziente giunge presso il nostro DEA, per comparsa di nausea e ripetuti episodi di vomito. Al triage, durante l'esecuzione dell' ECG, ACC con ritmo in FV. MCE ed IOT secondo protocollo ALS. Persistenza di ritmo in FV per cui dopo due scariche elettriche (SE) viene somministrato Cordarone 300 mg e.v. Somministrata Adrenalina 1 mg ogni 3-5 min secondo protocollo. Dopo sei scariche elettriche erogate, con somministrazione di MgSO₄ 2 gr e lidocaina 40 mg e.v, comparsa di PEA con ritmo giunzionale. Al primo Ega, eseguito durante RCP, riscontro di ipokaliemia (3.2 mEq/l) con grave acidosi metabolica. Correzione con KCl. Si eseguono ripetute ecocardiografie TT dove si evidenzia una acinesia completa delle cavità cardiache.

ROSC dopo 55 min di MCE con comparsa di ritmo giunzionale non rispondente a 2 mg di atropina per cui si avvia Pacing Transcutaneo con FC 70'. Si inizia supporto aminico con dopamina 6 mcg/kg/min e noradrenalina 0.8 mcg/kg/min e si somministra Flectadol 250 mg ed eparina sodica 4000 u.i ev per la presenza di ST sopraslivellato. Comparsa di movimenti afinalistici ai quattro arti per cui si somministra midazolam 10 mg a dosi refratte.

Trasferito presso l'emodinamica, esegue una coronarografia che mette in evidenza una malattia coronarica monovasale con occlusione del tratto prossimale della Cdx, per cui viene posizionato uno stent medicato Xience e POBA su ramo del ventricolo destro.

Viene posizionato PM temporaneo trasvenoso VGI dx in funzione VVI a 60 bpm per la persistenza di un RS bradicardico. Somministrata terapia antiaggregante con ticagrelor.

Trasferito presso la nostra rianimazione, si inizia protocollo per l' ipotermia terapeutica della durata di ventiquattro ore. Durante la degenza, progressiva riduzione del supporto aminico con alternanza di RS a ritmo da PM durante tutta la fase di ipotermia terapeutica. All'Ecg comparsa di onde q in sede inferiore e T negative. Esegue ecocardiografia TT che pone in evidenza una cinesi segmentaria conservata con FE: 50%.

Scambi respiratori discreti fino all'estubazione avvenuta in 2° giornata. Alla sospensione della sedazione, paziente vigile, cosciente, orientato, esegue ordini semplici senza deficit motori apparenti. Cerebral Performance Category: 1. NSE a 24 ore: 34 mcg/l.

Trasferito in 3° giornata presso il reparto UTIC dove esegue ecocardiografia di controllo in 6° giornata, che mostra una acinesia / ipoacinesia del segmento postero basale e funzione contrattile globale conservata (FE: 60%). Durante tutta la degenza il paziente rimane asintomatico per angor, dispnea e cardiopalmo.

Dimissione in 8° giornata.