

FIRST ANNOUNCEMENT
SAVE THE DATE



SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO E TERAPIE SOSTITUTIVE LVAD O TRAPIANTO, A CIASCUNO IL SUO

5^a CONFERENZA NAZIONALE DEL CLUB DELLE UTIC ANMCO
27 - 28 FEBBRAIO 2026

ESPERIENZA CONDIVISA: TERAPIA SOSTITUTIVA CARDIACA-LVAD

Programma
ANMCO
di cardiologia
dell'area critica

Teatro
del Maggio
FIRENZE

*Luca Villanova. Unità di Cure Intensive Cardiologiche.
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
Cardio-Center «De Gasperis»
luca.villanova@ospedaleniguarda.it*



Dr. Luca Villanova; Scompenso cardiaco avanzato e terapie sostitutive LVAD o trapianto, a ciascuno il suo. luca.villanova@ospedaleniguarda.it



Prima della crisi



❖ Uomo 49 anni

❖ 2006 primo riscontro di **cardiomiopatia ipocinetico-dilatativa in paziente asintomatico** (cardiomegalia ad RX torace), VUS per mutazione di Lamina

❖ **Progressiva riduzione** della frazione di eiezione (FE 50 > 43 > 36 > 32%), **Ventricolo destro** persistentemente nei limiti per dimensioni e funzione.

❖ Eseguita TC coronarica: albero coronarico indenne da stenosi; **valvola aortica bicuspid**

❖ Introdotta **terapia prognostica cardioattiva** ed impianto di **ICD in prevenzione primaria**.



Anticipiare, non rincorrere!



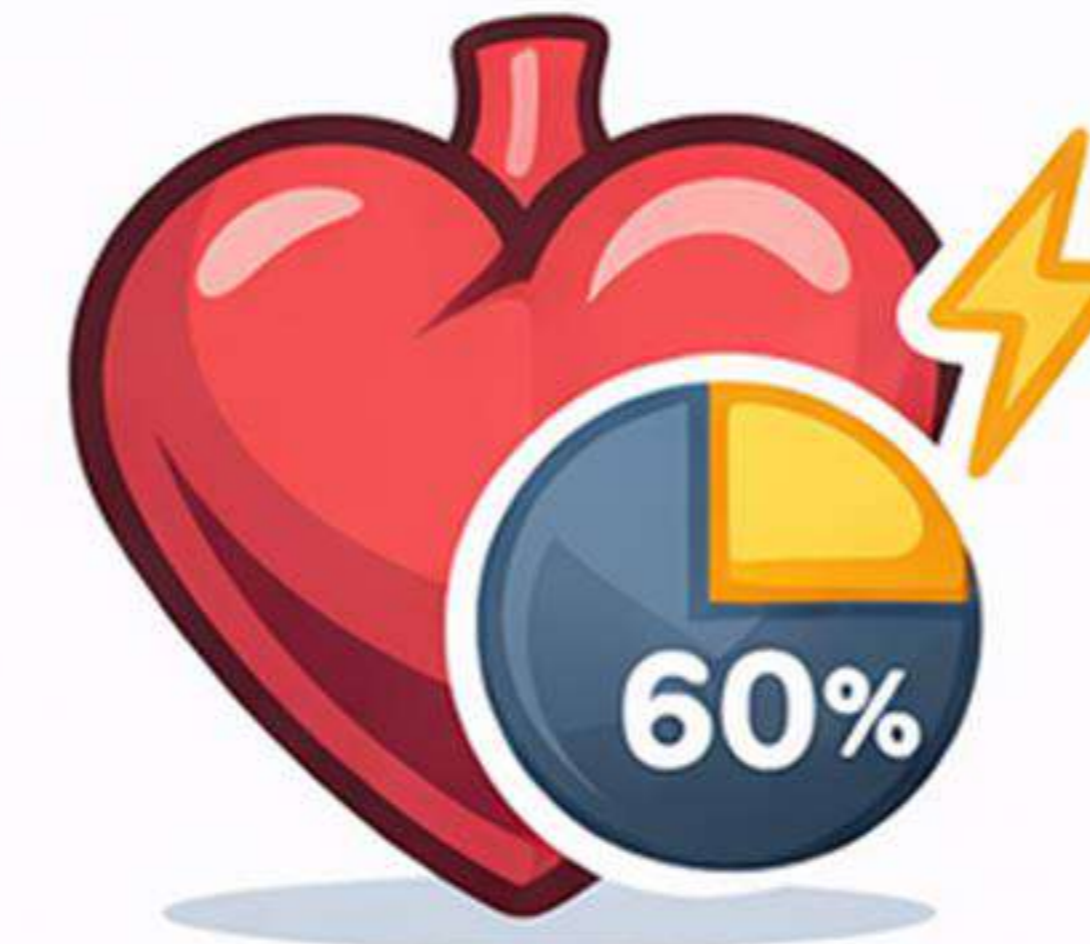
- ❖ Novembre 2024 **primo accesso** in PS presso altro centro per dispnea
Introdotta diuretico per os e dimesso a domicilio
- ❖ Febbraio 2025 nuovo accesso in PS per **dispnea a riposo** e dolore toracico.
Ripetuta coronarografia (indenni) e ciclo di **diuretico ev.**
- ❖ Marzo 2025 scompenso cardiaco. Ricovero in cardiologia presso altro centro.
Decongestione con cicli di NIV e diuretico. Primo riscontro di ventricolo destro dilatato ma ancora con buona funzione sistolica.
- ❖ Maggio 2025 **storm aritmico** trattato con farmaci e **supporto inotropo** in quadro di scompenso cardiaco avanzato. Severa disfunzione biventricolare.



Anticipiare, non rincorrere!



CPET



2020

VO2 max 24
(75% predetto)

No sintomi.
Non aritmie

FE 43%. VDx ok

No diuretico.

2022

VO2 max 20
(50% predetto)

No sintomi.
Non aritmie.

FE 36%. VDx ok

No diuretico.

2023

VO2 max 15
(38% predetto)

No sintomi.
Extrasistolia ventricolare
frequente

FE 32%. VDx ok

No diuretico.
Introdotta SGLT2i

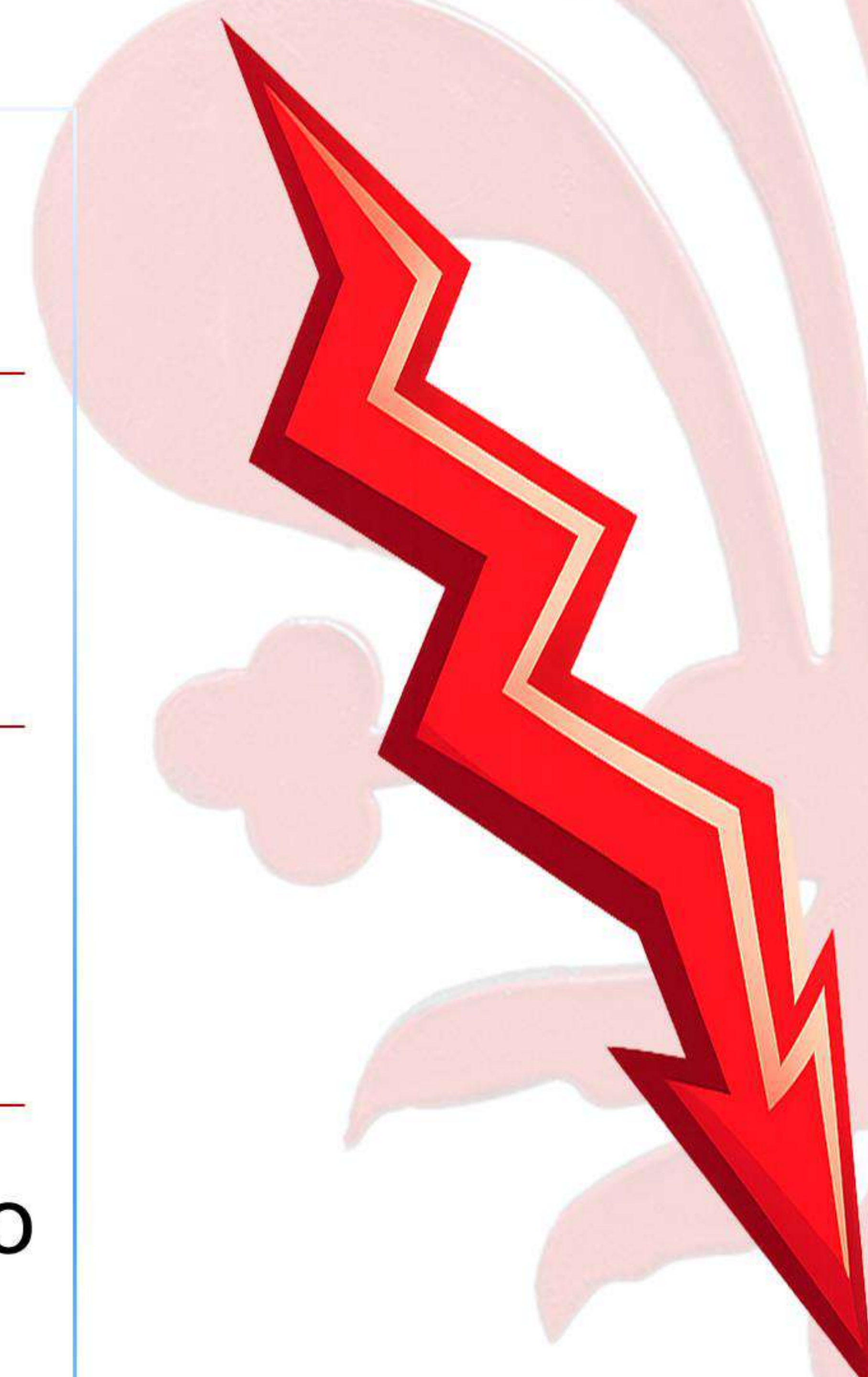
2024

VO2 max 12
(30% predetto)

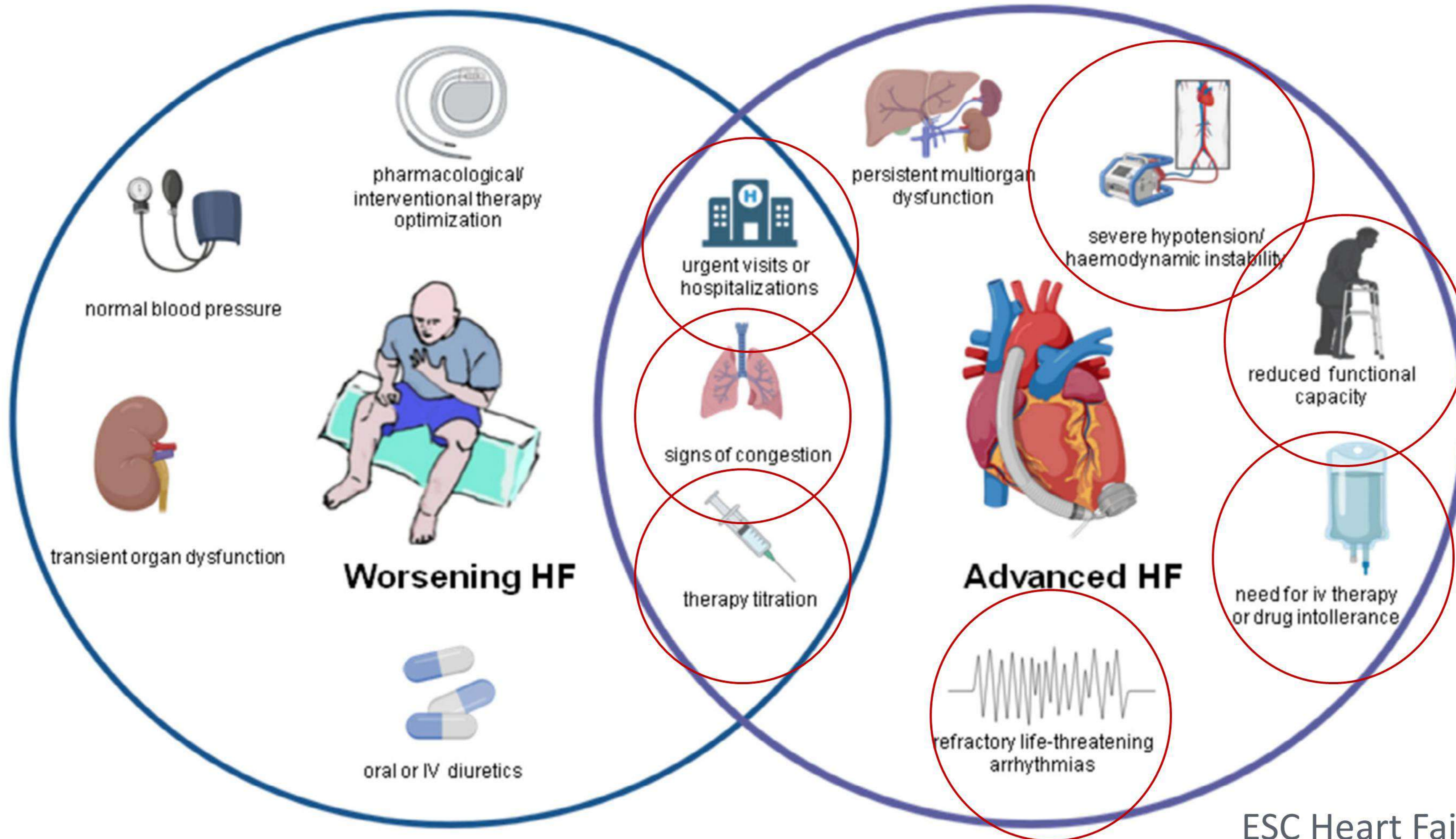
Dispnea da sforzo.
Extrasistolia ventricolare
frequente. TVNS

FE 28%. VDx ai
limiti superiori
per dimensioni

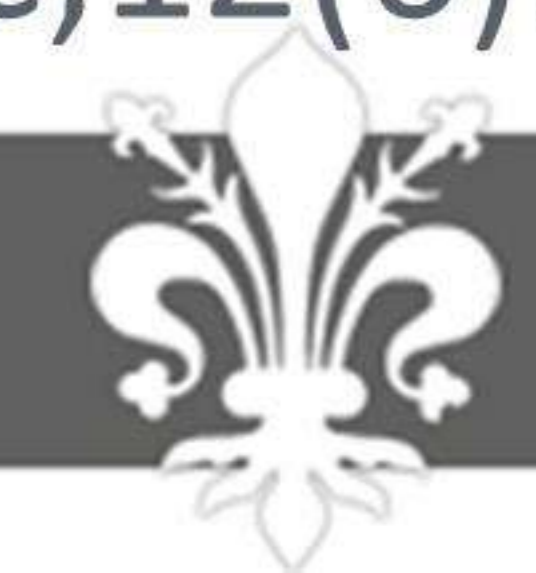
Introdotta diuretico
per os



Anticipiare, non rincorrere!



ESC Heart Fail. 2025 Dec;12(6):3856-3868.



Anticipiare, non rincorrere!

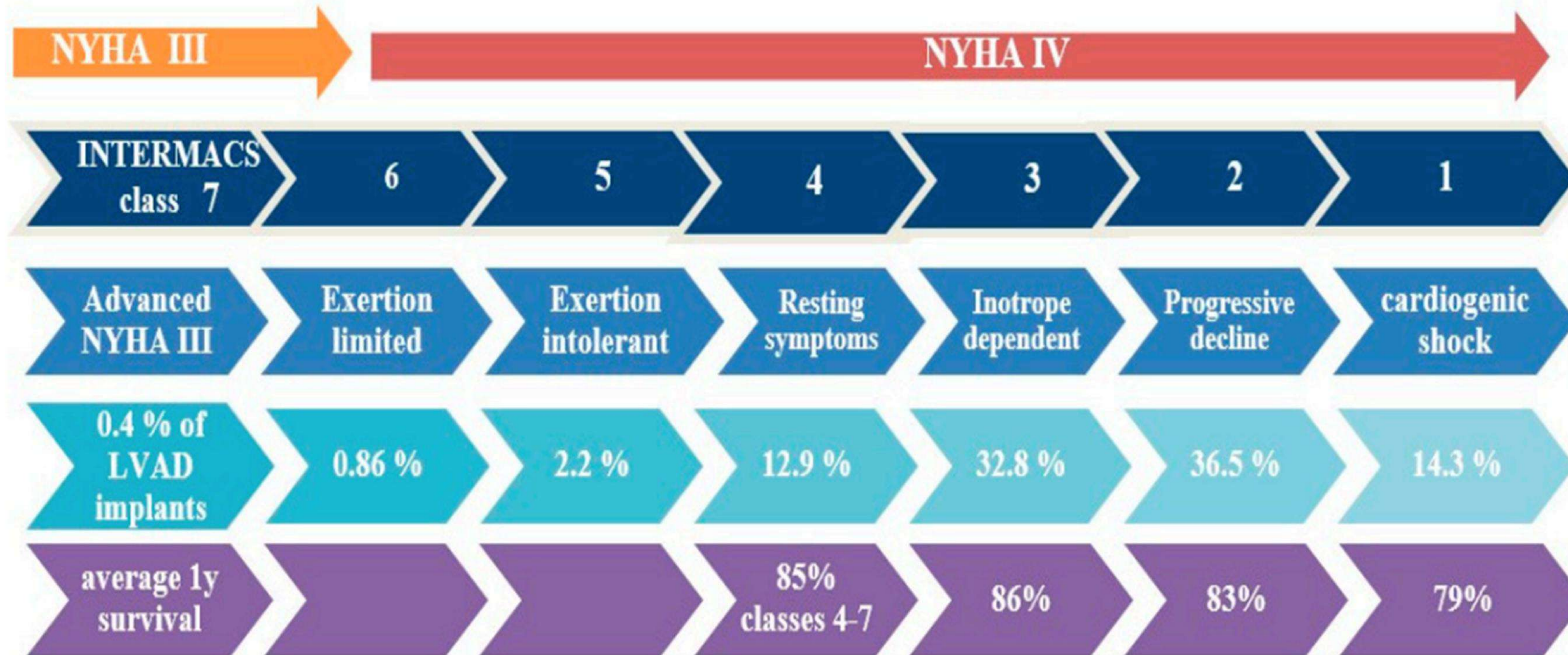


Figure 3. NYHA class and clinical status in INTERMACS classification. Percentage of patients implanted with a CF-LVAD and average 1-year survival, according to INTERMACS patient profile. Data from the Society of Thoracic Surgeons INTERMACS database annual report [15].

J Cardiovasc Dev Dis. 2024 Feb 16;11(2):61.





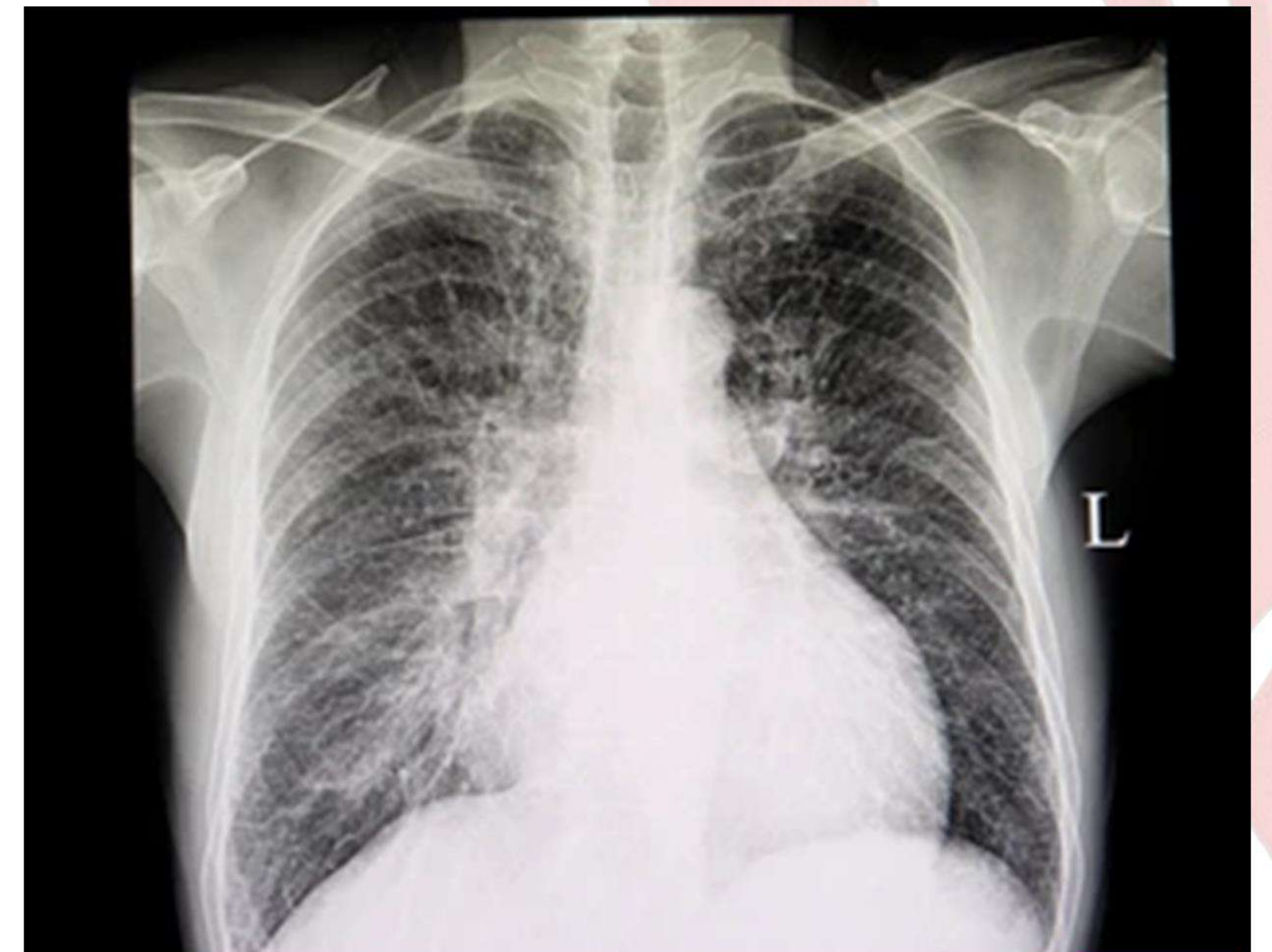
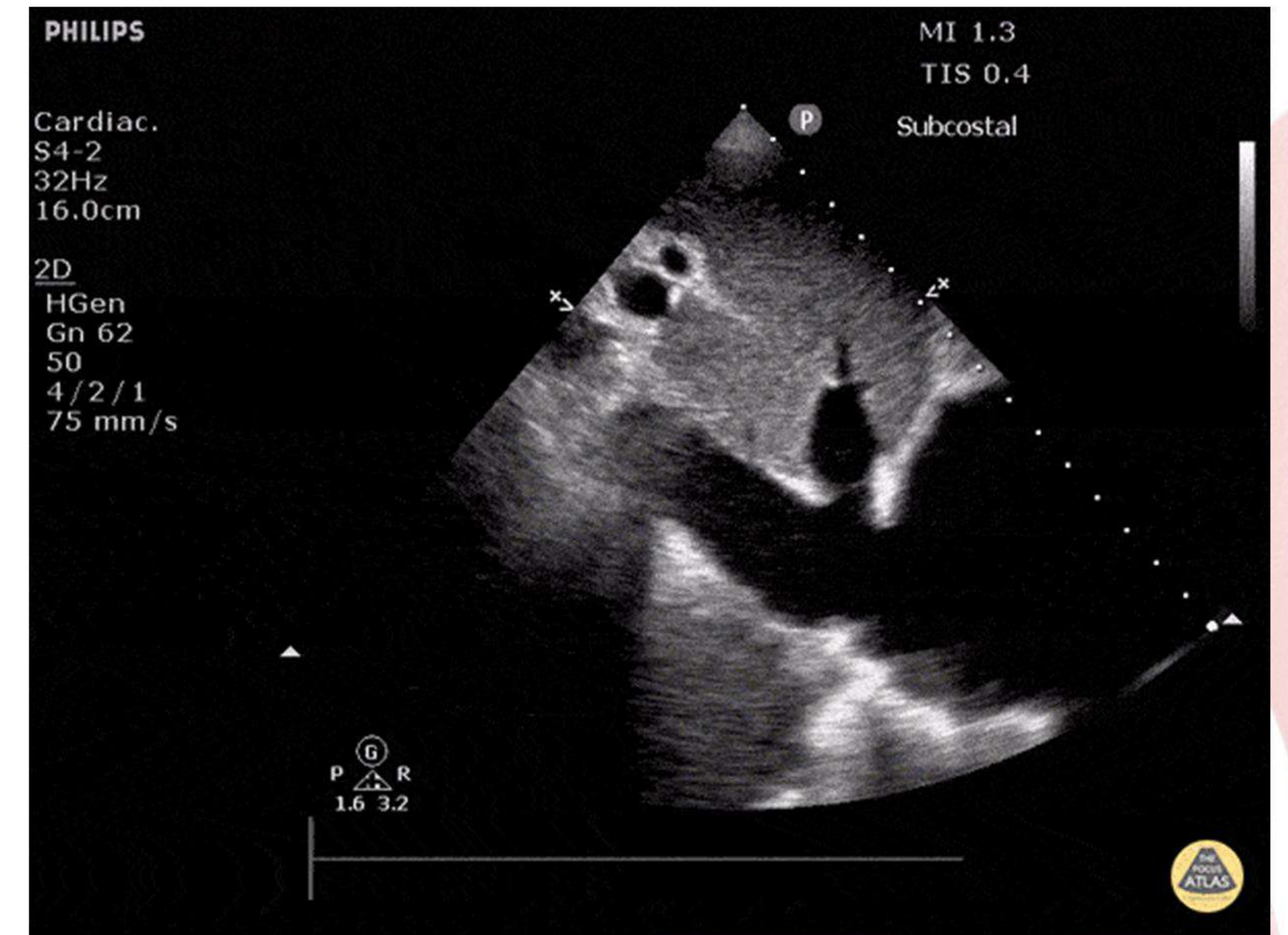
**Chiedi all'Esperto
la soluzione!**



Decidere cosa fare

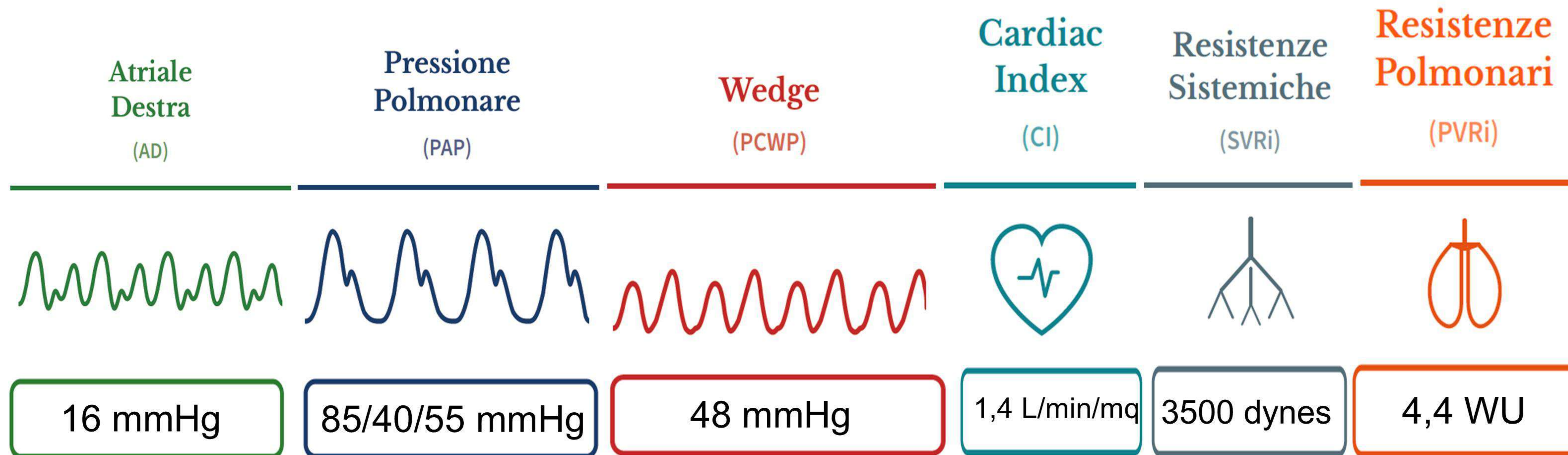


- ❖ All'arrivo in **UTIC** paziente soporoso, output urinario non soddisfacente, svO₂ 40%, marezatura periferica in corso di Dobutamina 3 y
- ❖ Shift ad Adrenalina a dosi crescenti fino a 0,12 y.
Miglioramento clinico: output urinario 0,5-1 ml/Kg/h; svO₂ 55%; Lac 4 > 2 > 1 in 4 ore. Introdotto **basso dosaggio di SNP**.
- ❖ Persiste **severa congestione centrale**.
Burden aritmico con frequente extrasistolia e TVNS



Decidere cosa fare

Compenso labile.
Persistenza di danno d'organo epatico.
Persistenza di congestione viscerale.

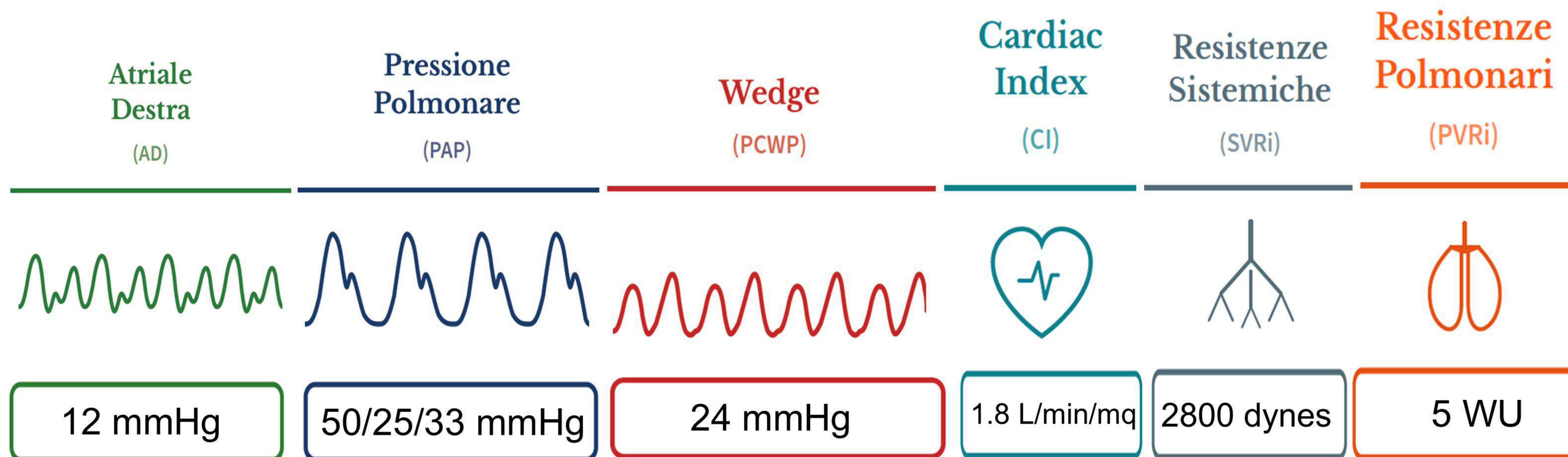


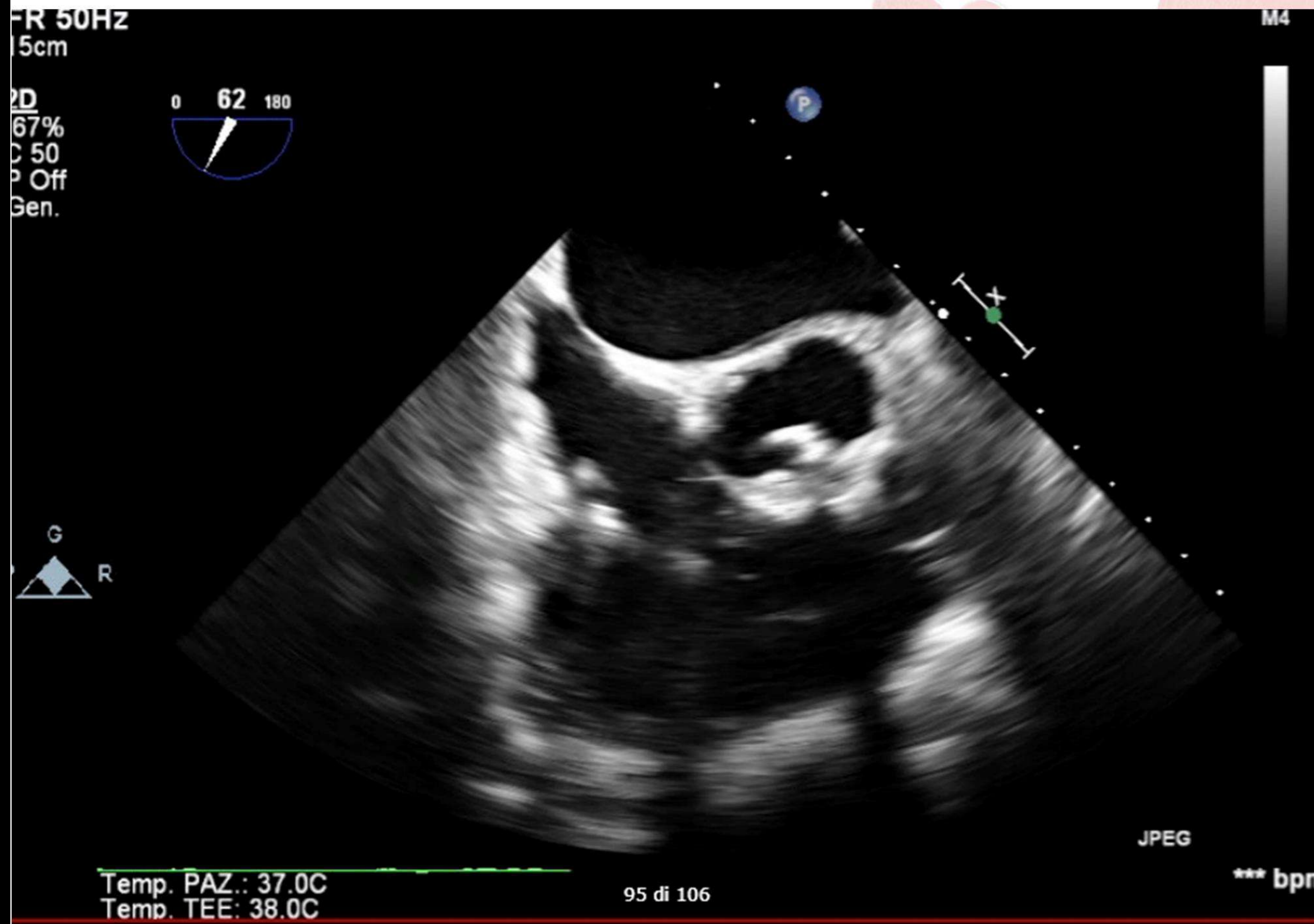
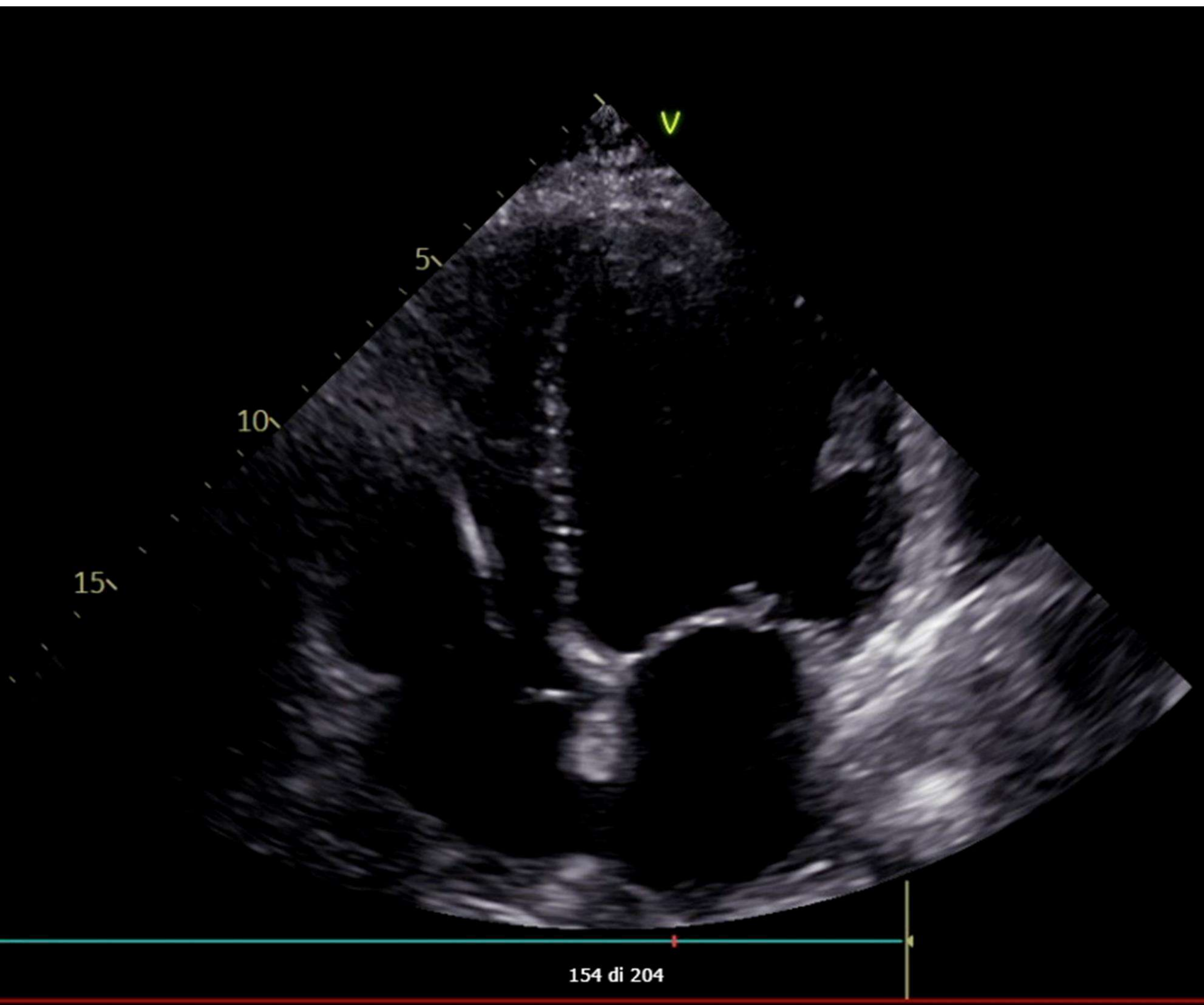
Introduciamo Milrinone 0,4 y



Decidere cosa fare

Nonostante supporto in atto (doppio inotropo + vasodilatatore + diuretico massimale) non svolta clinica: iperlattacidemia e sintomi post-prandiali; fluttuazioni della svO₂; IM severa





Decidere cosa fare



RAP (mmHg) 12 mmHg
PCWP (mmHg) 24 mmHg
RAP / PCWP 0.5
PAPi 2
PVR (WU) 5



Bilirubina 1.8
Creatinina 1.7
INTERMACS profile 2
HeartMate II Score 2
EUROMACS-RHF 4.5
MELD-XI 18.4



TAPSE 17 mm
S' (TDI) 10 cm/s
FAC (%) 32%
RV/LV ratio 0,7
Grado di IT Lieve-moderata





**Chiedi all'Esperto
la soluzione!**

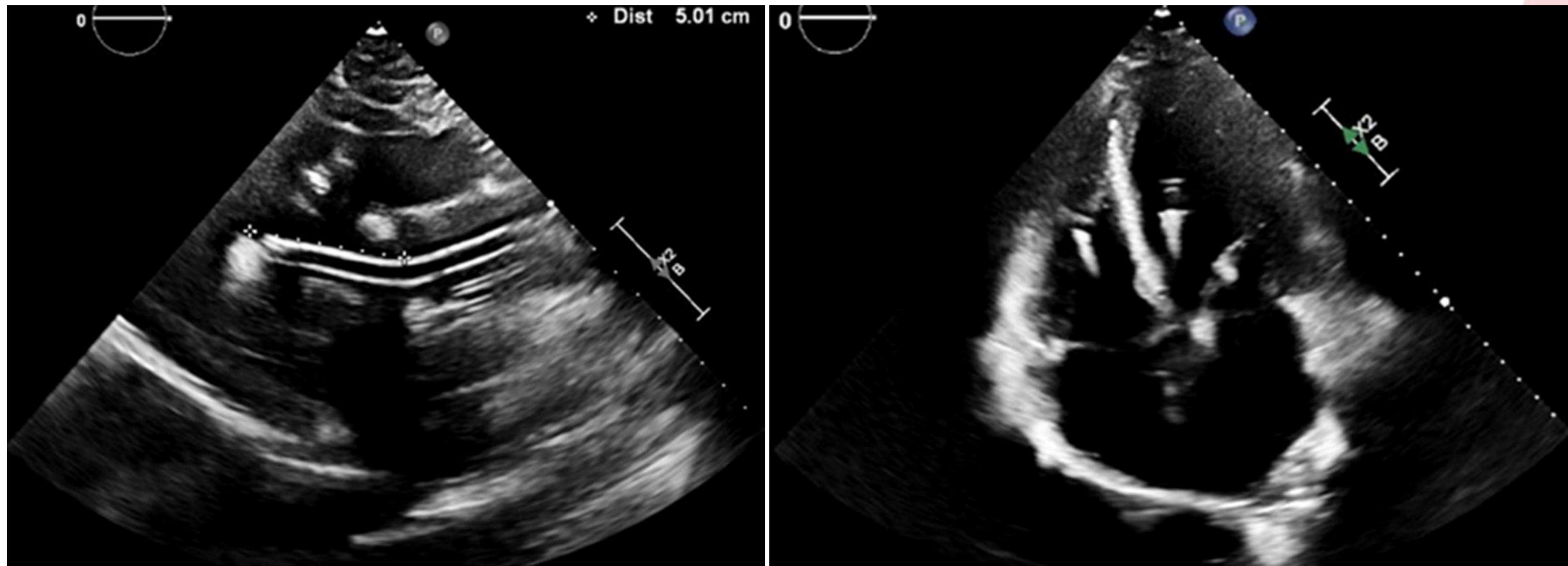
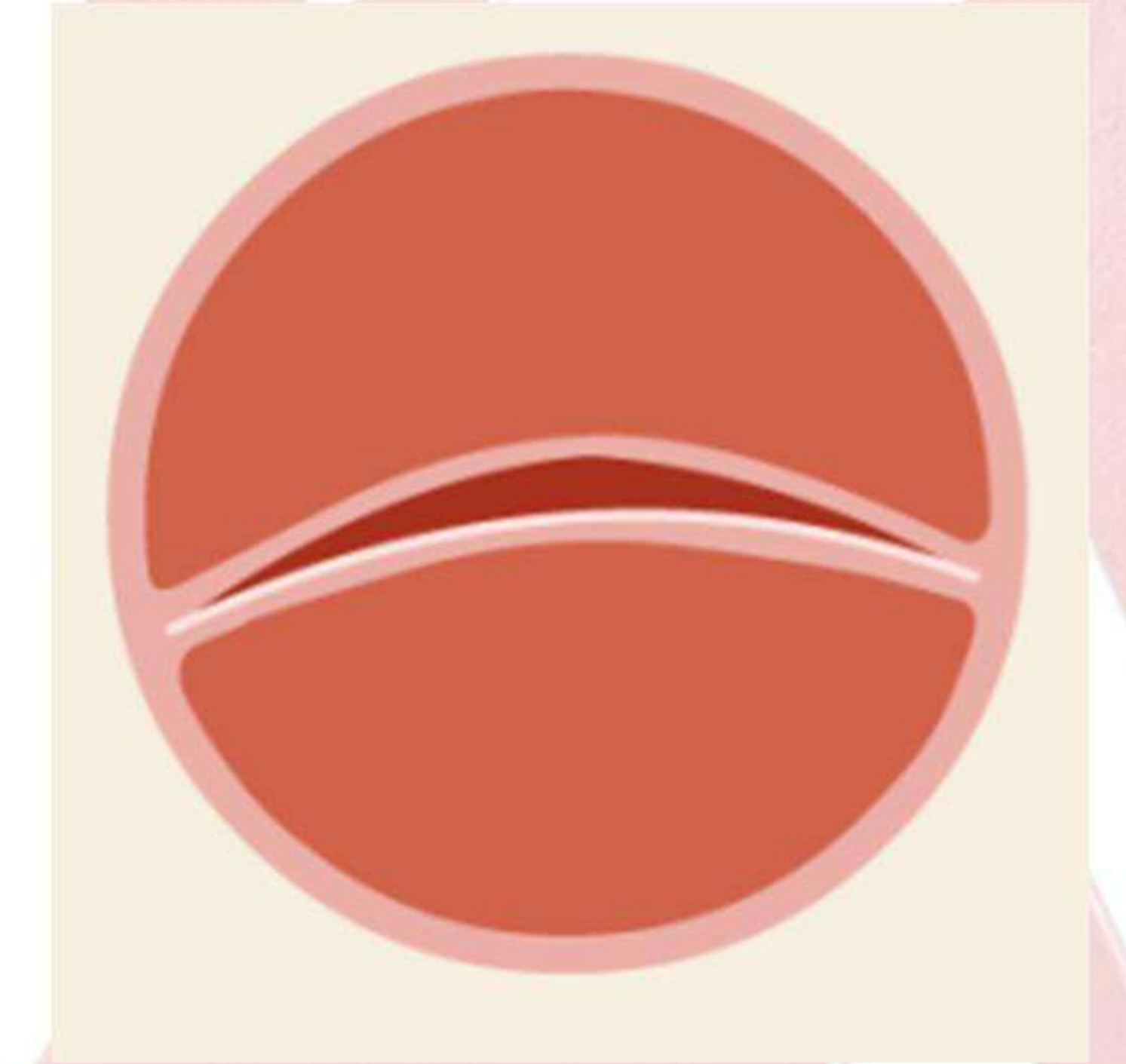
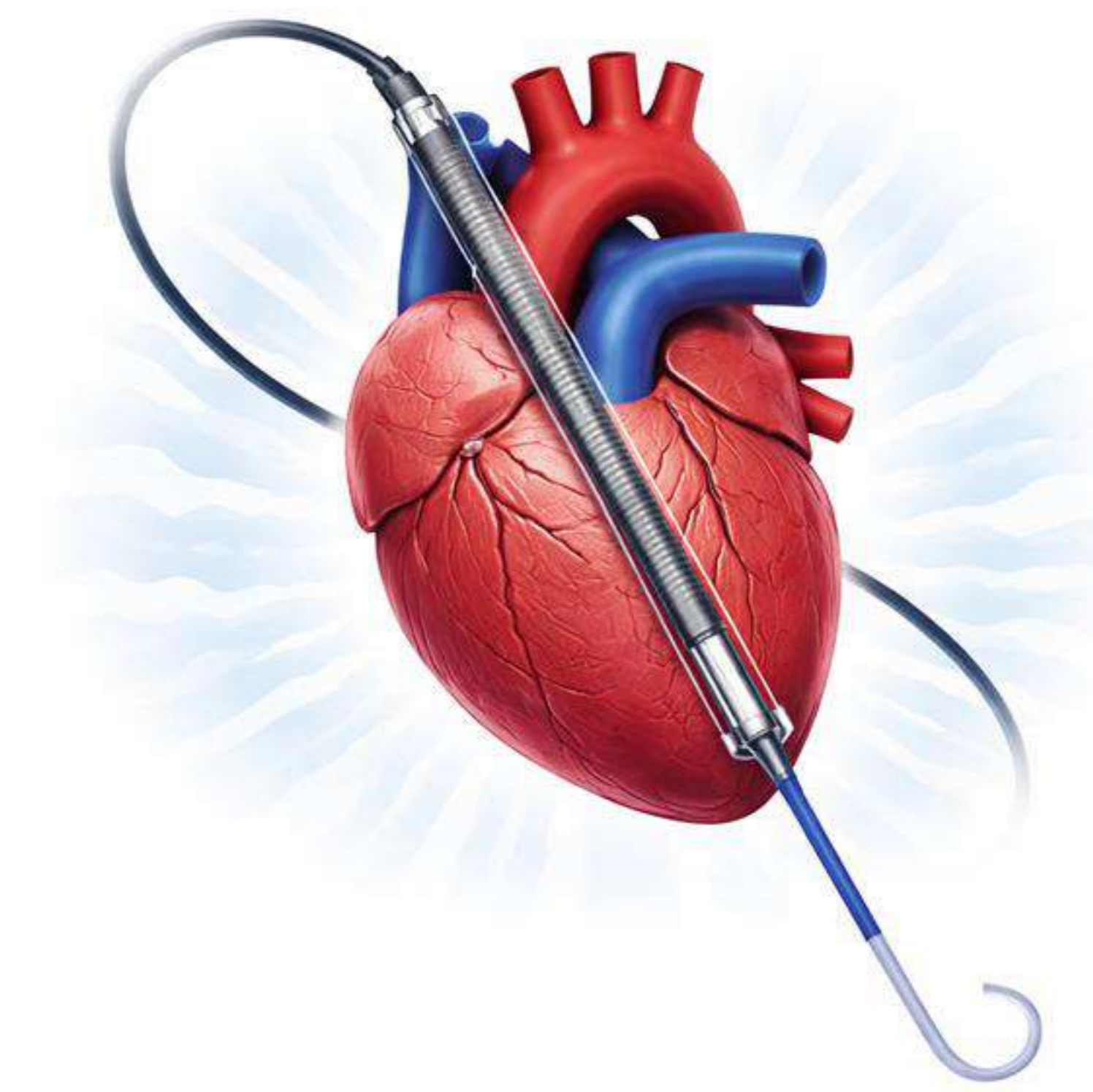


La soluzione

Sliding in inotropes

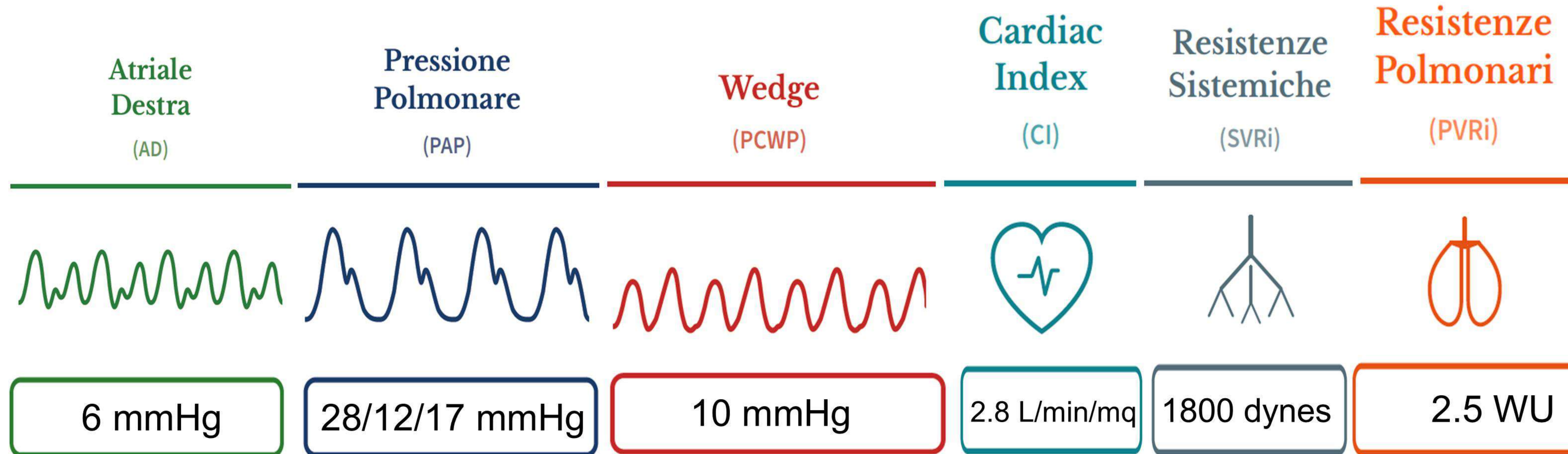
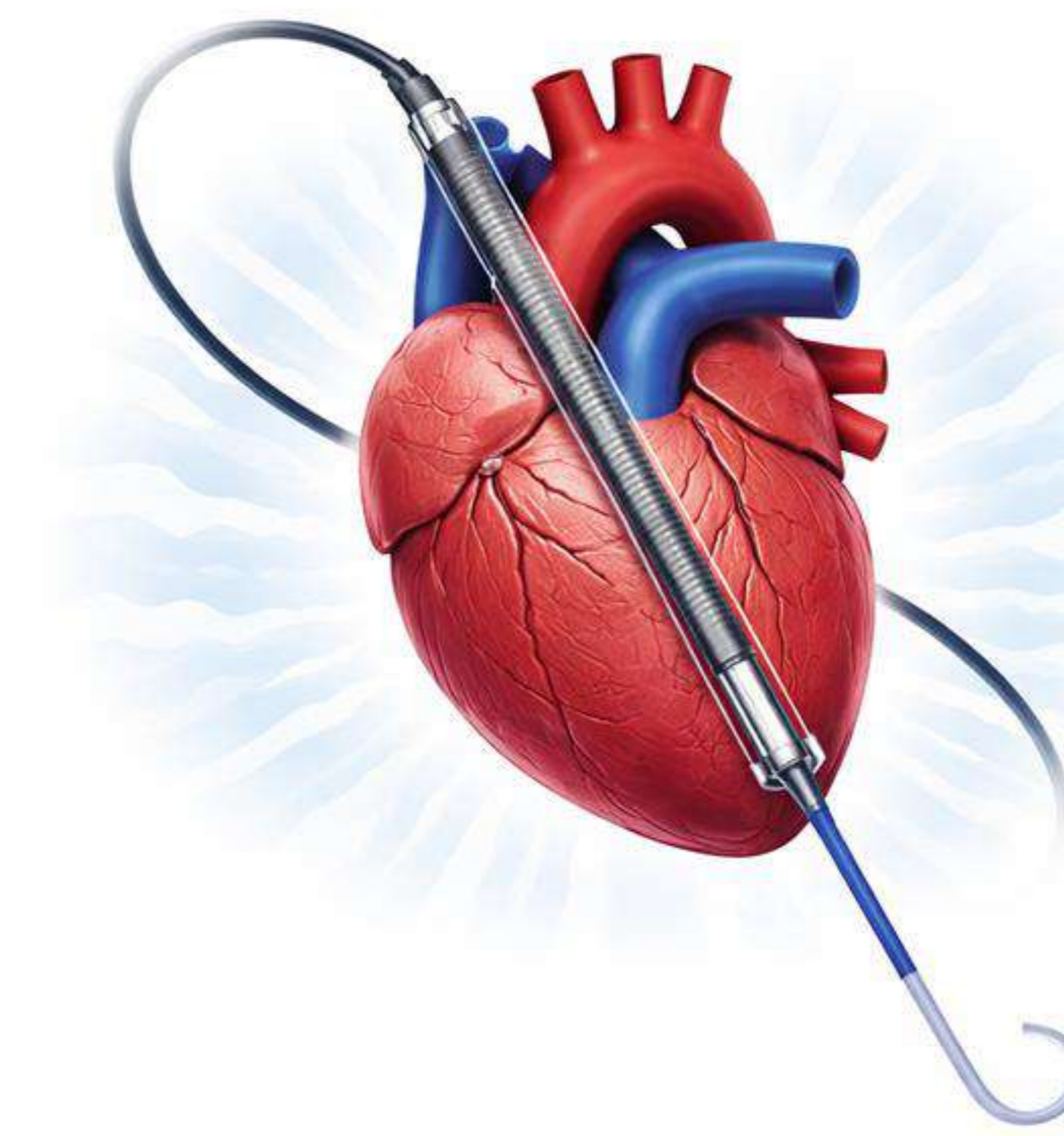
Profilo di rischio per impianto LVAD **intermedio-alto**

Si decide per impianto di Impella CP come **upgrade del supporto emodinamico e test del ventricolo destro**



La soluzione

Dopo 40 minuti di supporto Impella...



**Impianto LVAD a 72h con contestuale rimozione Impella e sostituzione valvola aortica.
Non complicanze.
Riabilitazione cardiologica dopo 2 settimane**





**Chiedi all'Esperto
la soluzione!**



