CHI SIAMO

SERVIZI

STUDI E RICERCHE

NEWS ED EVENTI CONTATTI

Studi e Ricerche

Patellofemoral Pain Syndrome: un <u>approccio più globale</u>

Convegno di medicina dello sport <u>Maratonina di Prato, ci siamo!</u>

**DANIELE MEUCCI CAMPIONE EUROPEO MARATONA A PRATO** 

Il convegno medico organizzato dalla Associazione medico sportiva di <u>prato sulla maratonina di Prat</u>

<u>L'alimentazione del runner : 5 luoghi</u> comuni da sfatare <u>appuntamento con la medicina</u> sportiva e ciclismo il 20 novembre

**CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA** CHE CAOS !!! Convegno di medicina dello sport in collaborazione con i farmacisti all'Hotel Palace il 2 luglio

Medici sportivi a convegno all'hotel <u>Palace</u> Medici sportivi a convegno all'hotel

Appuntamento il 24 maggio con la medicina dello sport all'Hotel Palace <u>di Prato</u>

**L'IMPORTANZA DELL'ALIMENTAZIONE NELL'ATLETA** <u>INFORTUNATO</u> Serata di aggiornamento sul Piede alla Medicalsport

Serata con Gigliotti per la preparazione della Maratonina di <u>Prato</u> Appuntamento con il Piede alla <u>Medicalsport</u>

Anche quest'anno con le vacanze di Pasqua si rinnova l'appuntamento con la Maratonina di Prat <u>Appuntamento all'Hotel Palace per</u> <u>affrontare al meglio la Maratonina di</u>

convegno di Medicina dello sport ed emergenza sabato 15 febbraio al teatro Magnolfi di Prato Come affrontare l'emergenza in <u>campo sportivo ?</u> <u>Il ginocchio del podista</u>

Convegno di medicina dello Sport alla Medicalsport **Functional Movement Screen:** <u>innovativa metodologia di</u> valutazione motorio-funzionale nelle <u>disabili</u> <u>il kinesiotaping, moda o realta'?</u>

Legge Balduzzi sui certificati sportivi ... ma che caos !!! Parliamo di Fitwalking.... **CONDROPATIE E INTEGRATORI SPORT E STRESS OSSIDATIVO INTEGRATORI NELLO SPORT** 

<u>INQUADRAMENTO</u>

<u>ALIMENTAZIONE, INTEGRATORI E</u> <u>INFORTUNI</u> **INTEGRATORI ALIMENTARI** La Associazione Medico Sportiva di Prato alla Notte bianca di Prato <u>L'ipotermia nel podismo</u> CONVEGNO DI MEDICINA DELLO **SPORT "BENEFICI E DANNI DA** SPORT" IL 23 MARZO 2013 **CONVEGNO SPORT E SALUTE A** PRATO IL 28 FEBBRAIO

<u>Italiani, popolo di maratoneti</u> <u>Le vibrazioni in medicina</u> **AGLIO E CIPOLLE ... STOP ALL'ARTROSI** <u>Una vecchia nuova novità per l'atleta</u> ... i bagni di ghiaccio Alimentazione dello sportivo: Alimentazione a pane e acqua

L'enciclopedia della fisioterapia

Medici e infermieri a rischio influenza

!! Ma attenzione il picco è in agguato

<u>per tutti !</u>

<u>strumentale</u>

<u>normodotati</u>

Correre fa bene al sesso! **ELEZIONI REGIONALI DELLA FMSI** <u>TOSCANA</u> Convegno Alimentazione e infortuni all'espo Firenze Marathon 2012 Serata sulla Lombalgia alla <u>Medicalsport</u> Maratona di Firenze non solo corsa!

Serata di spessore al Panathlon Prato

La pubalgia, III Congresso Nazionale

sullo Sport integrato fra disabili e

<u>Kinemovecenter</u> ...ma il kinesiotaping funziona davvero? il ginocchio del runner <u>Viene confermato come presidente</u> della Associazione Medico Sportiva <u>di Prato il dr Luca Magni</u>

<u>INFORTUNI DEL PODISTA</u>

SPORTIVA AMATORIALE

;TENDINITE DELL 'ACHILLEO si è concluso con un gran successo <u>il 32 CONGRESSO MONDIALE DI</u> Certificato medico sportivo per tutti? **CERTIFICATI PER L'ATTIVITA'** 

la corsa allunga la vita !! <u>L'ULTRAMARATONA : FA BENE O FA</u> MALE? Sport e fitness protagonisti al <u>giardino Buonamici</u> CONSIDERAZIONI SUL DOPING

tolleranza al dolore! Successo di partecipazione anche nel terzo incontro del ciclo <u>Prevenzione e Sport</u> Siamo nati per correre !! **Doping: positivo 3% dilettanti** 

**Grande partecipazione anche alla** seconda serata del ciclo informativo

<u>Prevenzione e sport</u>

sport !!!

Gli atleti hanno una maggiore

Grande soddisfazione della Ams Prato per la riuscita dei 2 eventi informativi del 7 e 8 maggio 2012 Chi corre vive più a lungo! Prevenzione infortuni e il protocollo Quanti malori diventati tragedia nello

Appuntamento con lo sport dall'8 maggio alla Villa Smilea di Montale LA RIANIMAZIONE **CARDIOPOLMONARE COME** PREVENZIONE SECONDARIA Appuntamento il 7 maggio con il

**CONVEGNO LA PREVENZIONE** 

**DEGLI INFORTUNI** 

Automatico?

Le verifiche importanti, a partire

dall'elettrocardiogramma per l'Atleta

NOVITA' seminario della SCUOLA **DELLO SPORT CONI A FIRENZE IL 21** <u>04 2012</u> La nuova frontiera del Doping, gli ORMONI PEPTIDICI Chi può utilizzare il Defibrillatore

Morosini: medici sportivi, una tragedia ma evitare allarmismi La morte di un calciatore **GALANTI**, SFATIAMO un mito. I controlli sugli sportivi in Italia non sono i migliori del mondo.

LA DIETA A ZONA NEL BASKET

<u>il trauma cranico sportivo</u> <u>traumi cranici recidivanti : quali</u> <u>conseguenze?</u> 28 03 2012 ALLA MEDICALSPORT **CORSO TEORICO PRATICO DI** TRAZIONI LOMBARI ATTIVE

PER GLI ATLETI : Un braccialetto per <u>il cuore degli sportivi</u> Cosa è la Sindrome di Brugada ? Ma il pompelmo aiuta davvero a perdere peso? il massaggio ,che toccasana !!!!

<u>parlato»</u> la Medicalsport sara' uno degli sponsor della MARATONINA DI **PRATO 2012** CHI FA L'ORTO CONSUMA PIU' FRUTTA E VERDURA !!! <u>l'acqua : anche la memoria migliora</u>

Il medico e il dramma di Muamba:

«Morto per 78 minuti. Poi mi ha

Colpo della strega, italiani scoprono molecola responsabile a che ritmo devo o posso correre al <u>km?</u> Per un recupero ottimale lesioni dello sportivo non è necessario ricorrere " **AI MAGHI "!!!!** 

La corsa nel cardiopatico

Hai un dolore ? puoi risolverlo con <u>I'AUTOMASSAGGIO !!!</u> Correre nelle ore di buio : consigli per il podista CRAMPI ... Mamma mia che dolore

il Ghiaccio ... consigli per l'uso ! Riabilitazione delle amputazioni dell' <u>arto inferiore</u>

sport negli amputati di arto inferiore

<u>e superiore</u> valvulopatie e sport di squadra Aritmie e sport di squadra OBESITA' E SPORT DI SQUADRA

DIABETE E SPORT DI SQUADRA

<u>Ipertensione e sport di squadra</u> Il basket in carrozzina 2° incontro medicalsport INFORMA <u>Functional movement systems</u> Le Disabilita' negli sport di squadra:

<u>le cardiopatie</u>

TERAPIA!!

La laserterapia di ultima generazione , I' FP3 system 15 dicembre 2011 Convegno una terapia MISTERIOSA : LA CRM

Le Disabilita' negli sport di squadra

<u>handicap e sport</u> <u>handicap e sport 2 parte</u> **STORIA DEL CIP COMITATO ITALIANO PARAOLIMPICO** 

Mamma mia !!!! Ho il bacino spostato

3 11 2011 Incontro alla Medicalsport sulla nuova tecnica ARP THERAPY

NORMATIVE DELLA MEDICINA

...l'improvvisa passione per la

inequivocabile del rincretinimento

maratona è il nuovo segno

**SPORTIVA NEL DISABILE** 

...un dolore alla coscia che non migliora ... e se fosse una MIOSITE OSSIFICANTE? La laserterapia questa sconosciuta

Wheelchair rugby

Gli integratori nello sport, questi sconosciuti! Cosa sono gli OMEGA 3?

metodo mc Kenzie?

particolare : l'Hoffite !!!

della tendinite rotulea

<u>la sindrome del piriforme</u>

ARP THERAPY arriva dall'America la nuova terapia che riduce i tempi di recupero da infortunio nell il podismo : sport popolato da atleti <u>anziani :</u>

<u>l'influenza dei salti nell'insorgenza</u>

la rotula ... questa sconosciuta !!!!

Lombalgia: meglio il pilates o il

<u>Un dolore al ginocchio un po'</u>

**SETTEMBRE:TEMPO DI VISITE DI IDONEITA' SPORTIVA** <u>il superallenamento</u> La fascite plantare : un problema spinoso per tutti gli sportivi

IL PANE E LO SPORT : consigli per

Supplementazione con leucina

durante esercizio fisico

la maratona 2

Le onde d'urto

'na tazzulella e' CAFFE' contro la fatica fisica ... ma è proprio vero ? **DOMS** (delayed - omset muscle soreness) o DOLORE MUSCOLARE **TARDIVO Estate : la stagione della FRUTTA!** la Maratona

<u>erercizi per la core stability</u> core stability lo stretching L'APPORTO IDRICO NELLO <u>SPORTIVO</u>

<u>Plantari sì, plantari no ?</u>

+ Share

valvulopatie e sport di squadra

(f)

lezione per gli studenti di T.T.D. degli sport di squadra adattati

MALATTIE VALVOLARI E ATTIVITA' FISICA NELL'AMBITO DELLE VALVULOPATIA CARDIACHE E'IMPORTANTE CONSIDERARE -LA VALVOLA COINVOLTA

-LA PRESENZA E GRAVITA' DELLA STENOSI O INSUFFICIENZA VALVOLARE -L'EVENTUALE PRESENZA DI DISFUNZIONI VENTRICOLARI SX E O PATOLOGIA CORONARICA COESISTENTE PER QUESTO PRIMA DI PERMETTERE QUALUNQUE SPORT E' INDISPENSABILE EFFETTUARE UN ECOCARDIOGRAMMA COLOR DOPPLER CLASSIFICAZIONE

PROLASSO VALVOLA MITRALE (protrusione di 1 o 2 lembi della valvola mitrale all'interno dell'atrio) -INSUFFICIENZA MITRALE -STENOSI MITRALE

-INSUFFICIENZA AORTICA

-STENOSI AORTICA -FORME COMBINATE TUTTE QUESTE FORME POSSONO ESSERE -LIEVI -MODERATE- GRAVI Stenosi aortica: definizione

OSTRUZIONE DEL FLUSSO EMATICO ATTRAVERSO LA VALVOLA AORTICA DURANTE LA SISTOLE VENTRICOLARE SINISTRA. epidemiologia Sotto i 40 anni: forme congenite.

 Incidenza valvola bicuspide: 4/1000 Rapporto maschi / femmine: 4/1 • Tra i 40 ed i 70 anni: forme reumatiche Oltre i 70 anni: forme degenerative calcifiche, sclerosi aortica (incidenza in crescita: 26% popolazione adulta).

• 3% popolazione adulta tra i 75 e 86 anni è affetta da stenosi critica. • 5% affetta da forma moderata Isolata o combinata ( stenosi mitralica). Eziologia Degenerazione calcifica Malformazioni congenite

 Febbre reumatica In associazione a malattie sistemiche (Paget disease), insufficienza renale cronica, ocronosi Grading della stenosi aortica Normale area nell'adulto:3-4 cm² • Stenosi aortica lieve: area > 1.5 cm<sup>2</sup> Stenosi aortica moderata: area 1-1.5 cm²

 Stenosi aortica severa: area >0.75 < 1.0 cm²</li> Stenosi aortica critica: area <0.75 cm²</li> • Progressione stenosi: 0.12 cm<sup>2</sup> / anno Progressione gradiente: 15 mm Hg/anno **VALVOLE AORTICHE PATOLOGICHE**  Stenosi valvolare aortica degenerativa. Stenosi valvolare aortica bicuspide. Stenosi valvolare aortica reumatica Fisiopatologia

 Effetti anatomici secondari: Ipertrofia ventricolare sinistra Dilatazione poststenotica aorta ascendente Embolismo sistemico Occlusione coronarica Insufficienza mitralica secondaria Fisiopatologia della Stenosi Resistenza all'eiezione

-lpertrofia ventricolare sinistra compensatoria Dilatazione ventricolare sinistra Depressione della funzione contrattile del ventricolo sinistro Riduzione della gittata cardiaca • Ipertensione polmonare Manifestazioni Cliniche Dispnea Angina pectoris

• Creazione di un gradiente di pressione tra ventricolo sinistro ed aorta

-Progressivo incremento pressione sistolica ventricolare sinistra

• Area: 3-4 cm<sup>2</sup>: la sua riduzione porta ad un:

Sincope

SINTOMI

Valvole meccaniche

Approccio riparativo

• Prolasso di una cuspide

Marfan sindrome

□ Anomalie congenite

☐ Febbre reumatica

Endocardite

Degenerazione calcifica

Insufficienza aortica cronica:

□-Sempre

Autograft

Aortite

latrogena

Valvole biologiche

· Insufficienza cardiaca

Morte improvvisa

Storia Naturale e Prognosi • Presentazione clinica media: 48 anni d'eta' Adulti con sintomi: sopravvivenza media:< 3anni</li> Mortalita' improvvisa:> 10%/ anno. Aspettativa di vita media stenosi emod significativa: □4 anni dopo angina ∃3 anni dopo sincope □ 2 anni dopo scompenso cardiaco Terapia chirurgica: stenosi AREA VALVOLARE: 0.8 CM2 • GRADIENTE DI PICCO:> 50 MM HG

 Approccio percutaneo Insufficienza valvolare:definizione • Rigurgito di sangue nel ventricolo sinistro attraverso la valvola aortica durante la fase diastolica del ciclo cardiaco: incontinenza valvolare Insufficienza aortica acuta: etiologia Dissezione aortica acuta Endocardite infettiva Trauma Disordini acuti del tessuto connettivo

Insufficienza aortica cronica: etiologia Progressivo e lento ingrandimento della radice aortica Disfunzione delle cuspidi valvolari.

□ Dilatazione aortica degenerativa dell'anziano Connettiviti ☐ Ipertensione arteriosa severa ☐ Farmaci Insufficienza aortica acuta: fisiopatologia Sovraccarico acuto di volume Riduzione acuta gittata sistolica Scompenso cardiaco acuto

fisiopatologia Sovraccarico cronico di volume • Ingrandimento progressivo del ventricolo sinistro Ipertrofia miocardica • Dilatazione ventricolare sinistra Scompenso cardiaco Terapia chirurgica:insufficienza Forme acute:

□-Forme severe o moderate con E.P.A

□-Dissezione aortica • Forme croniche: □-Pazienti con sintomi □-Disfunzione ventricolare sinistra □-Diametro telesistolico >55 mm Protesi valvolari cardiache • Tipi di protesi artificiali Meccaniche Biologiche Tipi di protesi "umane" Homograft

Valvole meccaniche: I "nove" comandamenti Prevenzione eventi tromboembolici; Durata; Facilità e stabilità diimpianto; Preservazione dei tessuti circostanti; Riduzione della turbolenza; Riduzione dell'emolisi Riduzione del rumore · Materiali biocompatibili

Metodi di sterilizzazione e conservazione.

Protesi valvolari cardiache

 Meccaniche Gabbia e palla Bidisco - Monodisco Starr Edwards Philip Admunson, stenosi mitralica; 02/09/1960, la prima sostituzione valvolare mitralica nell'uomo coronata da successo; • Sopravvisse per 15 anni, morì perr caduta accidentale mentre verniciava casa. • Biologiche (porcine, bovine, equine) Con supporto (Stented)

 Umane Homograft Autograft (Ross operation)Sostituzione valvolare Rimozione della valvola nativa e successivo sizing dell'anulus aortico per il posizionamento della protesi valvolare

Posizionamento di protesi valvolare mediante puntisingoli ad U con pledgets INDICAZIONI PROTESI MECCANICA Pazienti con lunga aspettativa di vita Presenza di protesi meccanica in altra posizione Pazienti con Insuff. Renale, Dialisi, Ipercalcemia Pazienti già in terapia con AO per "rischio tromboembolico" Età inferiore a 65 aa se SVA Età inferiore a 70 aa se SVM

Pazienti in cui non è attuabile la terapia con AO (per ragioni sociali ecc...) Controindicazioni / mancata compliance alla terapia con AO Età superiore a 65 aa se SVA in assenza di fdr tromboembolico Età superiore a 70 aa se SVM in assenza di fdr tromboembolico COS'E' LA VALVOLA MITRALE ? Complesso anatomofunzionale composto da:

INDICAZIONI PROTESI BIOLOGICA

sinistro

Patogenesi

affaticamento

Esami

-Angiografia coronarica

verso il cervello e provocare un ictus.

durante la sistole ventricolare Eziologia In passato la causa più comune di insufficienza mitralica era la malattia reumatica, che causava retrazione e fibrosi delle cuspidi, associando quindi alla insufficienza anche una forma di stenosi mitralica. Attualmente la causa più comune è la degenerazione mixomatosa della valvola, talvolta associata a difetti congeniti del tessuto connettivo, come ad esempio la sindrome di Marfan. Lo sviluppo di una cardiomiopatia dilatativa può portare a una insufficienza mitralica "funzionale", ossia determinata non da alterazioni anatomiche della valvola, ma da alterazioni volumetriche dell'atrio e del ventricolo sinistro. Anche corde tendinee

provoca la retrazione, i secondi in caso di rottura a seguito di un infarto miocardico.

Ulteriori cause sono l'endocardite e il prolasso valvolare mitralico.

L'insufficienza mitralica viene distinta in due forme, una acuta e una cronica. La forma acuta è causata da un'endocardite acuta o dalla rottura di un muscolo papillare, e la conseguente insufficienza non concede all'atrio sinistro il tempo di dilatarsi e di ipertrofizzare per compensare l'aumento di volume e di pressione. Si crea così un rapido aumento di pressione all'interno dell'atrio e nelle vene polmonari, quindi nei capillari polmonari con conseguente edema polmonare.

e muscoli papillari possono causare insufficienza valvolare: le prime se interessate da un processo reumatico che ne

Questa valvulopatia può rimanere asintomatica, fino alla sua evoluzione in scompenso cardiaco, evoluzione che però si protrae per decenni e non sempre avviene. I sintomi tipici sono: -cardiopalmo, dovuto a fibrillazione atriale o a extrasistoli ventricolari dispnea, nel caso si arrivi allo scompenso ventricolare Astenia

**L'esame obiettivo**, in particolare l'auscultazione, permette al medico di individuare una serie di segni: -Soffio sistolico, che è il principale segno clinico della malattia. Questo non è in diretto rapporto con la gravità della valvulopatia, infatti se il soffio è intenso può indicare un'insufficienza lieve, mentre un soffio di debole intensità rivela una forma più grave in quanto la valvola non riesce a fare la minima resistenza al flusso retrogrado. -primo tono ridotto, a causa della mancata coaptazione dei lembi della valvola durante la sistole. -secondo tono normale o leggermente aumentato. -comparsa del terzo tono.

-Ecocardiografia, diagnosi elettiva che consente di identificare la causa della malattia e, attraverso l'ecocolordoppler, ne quantifica l'entità -Esami di laboratorio Terapie Se il rigurgito mitralico è lieve, non serve un trattamento specifico ma l'ecocardiogramma deve essere ripetuto periodicamente. Se compare la fibrillazione atriale, gli ace-inibitori riducono il rigurgito dell'atrio e quindi possono essere aggiunti al trattamento. [1] In casi più acuti o complicati è necessaria la ricostruzione della valvola cardiaca o la sostituzione

Cateterismo cardiaco, con il quale si comprende la gravità dell'insufficienza

-ECG, si mostra un ingrandimento dell'onda P e dei complessi QRS;

Sintomatologia La conseguenza del restringimento valvolare è un aumento di pressione all'atrio sinistro, aumento pressorio che con il tempo si trasmette per via retrograda a tutto il sistema circolatorio del polmone. I sintomi sono: mancanza di respiro per piccoli sforzo (dispnea); emoftoe, ovvero sputo ematico; facile affaticamento, causato da una bassa gittata cardiaca, cioè da una ridotta quantità di sangue che viene spinto dal ventricolo sinistro verso tutto l'albero arterioso. L'edema polmonare, cioè un passaggio di liquido dai capillari all'interno degli alveoli polmonari, per improvviso aumento

della pressione nei capillari stessi, con conseguente grave sintomatologia dispnoica, può intervenire nei casi più gravi.

causa sintomatologia soggettiva di cardiopalmo, mentre i trombi possono staccarsi come emboli e migrare soprattutto

possibile comparsa di trombi sulle pareti dell'atrio sinistro o più propriamente all'interno dell'auricola sinistra. La fibrillazione

Frequente è la comparsa di fibrillazione atriale, causata dalla valvulopatia e dall'ingrandimento dell'atrio destro con

Diagnosi L'elettrocardiogramma, quando il paziente è in ritmo sinusale evidenzia un'alterazione dell'onda P molto caratteristica, tanto da definirla P mitralica; l'ecocolordoppler è diagnostico per la malattia valvolare nel 100% dei casi. L'Rx del Torace è una tecnica ormai abbandonata per la diagnosi di stenosi mitralica. Terapia

precarico, onde evitare l'edema polmonare. Per prevenire gli episodi di fibrillazione atriale possono essere utilizzati degli antiaritmici, ma quando l'aritmia è cronica si userà solo la digossina. L'intervento chirurgico di valvuloplastica, di commissurotomia, di riparazione valvolare o di sostituzione valvolare si rende necessario prima che la presenza della stenosi diventi severa e, associata alla fibrillazione atriale, causino un grave declino della funzionalità cardiaca. La commissurotomia si può effettuare soltanto qualora i lembi non siano calcifichi e sia conservato l'apparato sottovalvolare. Tramite una toracotomia anteriore-laterale sinistra, si accede al torace attraverso lo spazio di resezione della V costa. Aperto il pericardio attraverso l'auricola sinistra, si introduce nell'ostio mitralico un divulsore che, aprendosi, forza i lembi valvolari in modo da separare le commissure fuse. Oggi tale approccio può essere sostituito dalla

valvuloplastica a palloncino], procedura simile all'angioplastica. La sostituzione valvolare mitralica prevede una toracotomia antero-laterale sinistra con escissione sotto-periostale della V costa; il paziente viene posto in circolazione extracorporea (CEC). La valvola, viene sostituita con una protesi di misura congrua all'annulus naturale. La riparazione della valvola mitralica dà risultati migliori nelle insufficienze mitraliche da prolasso e rottura di una corda tendinea (intervento per il quale rappresenta la prima scelta terapeutica). Non può essere attuata nella valvulopatia reumatica dove la deformazione non è riparabile. L'intervento è eseguito in CEC. Può comprendere:

anello di Carpentier Per Insufficienza tricuspidale o rigurgito tricuspidale in campo medico, si intende un reflusso di sangue dal ventricolo destro all'atrio destro durante la sistole. Può risultare asintomatica in assenza di ipertensione polmonare. In caso di ipertensione polmonare i sintomi sono edema, affaticamento, debolezza, pulsazioni nelle vene del collo, ortopnea. Durante l'esame obbiettivo il medico può notare cianosi, ittero, epatomegalia, splenomegalia, rumori anormali durante l'auscultazione del cuore con lo stetoscopio, e nei casi gravi anche ascite e cirrosi. Eziologia

Gli esami utilizzati per valutare al meglio la valvulopatia sono: -Radiografia del torace, dove si riscontra sia la cardiomegalia sia un ingrossamento del ventricolo destro che diventa sporgente, inoltre vi evidenzia anche la presenza di ascite; -Cateterismo cardiaco -Angiografia coronarica -Elettrocardiogramma, per diagnosticare eventuali aritmie

del ventricolo vengono trattati con diuretici. Per insufficienza polmonare in campo medico, si intende il manifestarsi del reflusso dal tronco polmonare nel ventricolo destro, dovuto ad un'anomalia della valvola polmonare, una delle quattro valvole cardiache. Tale scompenso porta ad un lavoro maggiore per il muscolo cardiaco

Sintomatologia I sintomi e i segni clinici sono di difficile individuazione per colpa delle complicanze. Durante gli esami si possono

Esami Molti esami si utilizzano per valutare al meglio la valvulopatia: Radiografia del torace, dove si riscontra un ingrossamento del ventricolo destro e dell'arteria polmonare; Angiografia coronarica ECG, che indica nornalmente la presenza di un lavoro eccezionale del ventricolo destro. Ecocardiografia, viene mostrata un ingrossamento del ventricolo destro

IN TUTTI I CASI MONITORAGGIO ECG ED ECOGRAFICO ACCURATO

copyright © 2025 | Poliambulatorio di Fisiokinesiterapia e Medicina della Sport

MEDICAL SPORT Via del Castagno 72-80 59100 Prato | p.iva: 01537840975 | Privacy Policy Cookie Policy

idealmedia

Il trattamento in assenza di sintomi (o con pochi sintomi) può essere non necessario. Alcuni pazienti possono essere

Risonanza magnetica, questo esame valuta la gravità della dilatazione del ventricolo destro **Terapie** 

Senza supporto (Stentless)

• atrio sinistro, anello mitralico, lembi valvolari, corde tendinee, muscoli papillari e ventricolo Per insufficienza mitralica o rigurgito mitralico, si intende il manifestarsi del reflusso di sangue dal ventricolo sinistro all'atrio sinistro, dovuto ad un'anomalia che determina un'imperfetta coaptazione dei lembi mitralici

La forma cronica invece è caratterizzata da rigurgiti ad intensità graduale, permettendo così all'atrio sinistro di adattare le sue pareti mantenendo la pressione al suo interno relativamente stabile. Però il sangue rigurgitato si va a sommare al normale ritorno venoso e al successivo ciclo andrà nel ventricolo sinistro, causando in questo un aumento del volume e della pressione telediastolica che deteriorerà le pareti, alla lunga diminuirà la frazione di eiezione e quindi la gittata cardiaca. Segni e sintomi

-Radiografia del torace, dove si riscontra un ingrossamento delle camere cardiache di sinistra, si può riscontrare un edema polmonare

con protesi valvolare cardiaca. La stenosi mitralica si definisce come la riduzione dell'orifizio valvolare mitralico del cuore, causata a volte da un processo infiammatorio che colpisce i lembi valvolari od il loro apparato di sostegno, talora invece da processi degenerativi, come la calcificazione dell'anulus legata all'età. Questo determina un ostacolo al passaggio di sangue dall'atrio sinistro al ventricolo sinistro. Può essere, sebbene in pochi casi, anche di origine congenita Eziopatogenesi La causa della stenosi mitralica era di solito reumatica in era pre-antibiotica. Gli streptococchi di gruppo A possiedono

antigeni di superficie strutturalmente simili ad alcune proteine presenti nella struttura valvolare; la reazione antigene -

incontro a calcificazione e retrazione. Il processo può estendersi alle corde tendinee, che rappresentano il supporto meccanico delle valvole, provocandone il loro irrigidimento fibrotico, con conseguente arresto del movimento dei lembi

valvolari, i quali, una volta calcificati, danno alla valvola l'aspetto a "bocca di pesce".

trasposizione delle corde tendinee o sostituzione con corde sintetiche

uso di anelli contenitrici per ridurre o rimodellare l'annulus dilatato e deformato

anticorpo che ne deriva causa la formazione di numerosi piccoli noduli fibrotici sui lembi valvolari, che con il tempo vanno

Nessuna terapia è indicata per i pazienti asintomatici di grado 1 della classificazione NYHA (New York Heart Association)che non abbiano fibrillazione atriale. Nel caso della presenza di dispnea necessita ridurre il cosiddetto

accorciamento di corde tendinee allungate sezione di parte di un lembo valvolare

La causa più comune è la dilatazione del ventricolo destro, provocata a sua volta da insufficienza cardiaca sinistra, cardiomiopatia dilatativa, infarto ventricolare destro. Altre cause sono sindrome di Marfan, , endocardite infettiva, lupus eritematoso sistemico, tumori cardiaci (come il mixioma), febbri reumatiche e traumi. Esami

-Ecocardiografia, per valutare la gravità dell'insufficienza e le funzioni rimaste al ciclo cardiaco. Terapie operati per riparare o sostituire la valvola danneggiata, i pazienti con insufficienza tricuspidale dovuta a malfunzionamento

riscontratre presenza di soffi cardiaci. Eziologia La causa più frequente di tale insufficienza è la un'anomalia congenita, a volte un'altra causa è l'endocardite infettiva che può colpire una qualunque delle valvole.

Il trattamento farmaceutico consiste nella somministrazione di glicosidi ove necessitano, il trattamento chirurgico necessita raramente NELLE CARDIOPATIE VALVOLARI SEVERE E 'SCONSIGLIATA QUALSIASI ATTIVITA' SPORTIVA IL CASO DI FORME LIEVI E MODERATE E' POSSIBILE INTRAPRENDERE SPORT A IMPEGNO MODERATO