

# Stenosi aortica

**Vizio caratterizzato da restringimento dell'ostio valvolare aortico per cui è ostacolato lo svuotamento del ventricolo sinistro durante la sistole**

**Ispezione ⇒ itto esteso, sollevante, spostato in basso, meno evidente rispetto all'insufficienza aortica**

**Palpazione:**

- **Evidenza meglio le caratteristiche dell'itto**
- **Fremite sistolico**

**Percussione ⇒ aumento dell'aia cardiaca**

**Ascoltazione**

- **Soffio sistolico, aspro, rude, olosistolico che si irradia nella regione sottoclaveare dx e ai vasi del collo**
- **Polso: piccolo e tardo per ostacolato e più lento svuotamento del ventricolo sx**

**Pressione arteriosa ⇒ di regola bassa**

**Episodi sincopali ⇒ perdita di coscienza e caduta dovuta ad ischemia cerebrale in seguito a sforzo, si possono avere anche convulsioni**

**Episodi stenocardici ⇒ da sforzo**

**Edema polmonare ⇒ meno frequenti che nella insufficienza**

# Stenosi della tricuspide

**Vizio caratterizzato da un restringimento dell'ostio tricuspide per cui viene ostacolato il passaggio di sangue dall'atrio al ventricolo dx durante la diastole ventricolare.**

**Circonferenza ~ 12 cm**

- **Affinché il sangue possa progredire attraverso l'orifizio ristretto in quantità sufficiente per la gittata, è necessario che vi sia un aumento della pressione a monte della stenosi nella cavità atriale. La contrazione atriale non ha importanza per il compenso emodinamico, perché un aumento della forza di contrazione farebbe refluire il sangue nelle due vene cave, di grosso calibro e non protette da valvole. Quindi l'aumento pressorio può essere mantenuto da ipertensione venosa attiva, dovuta esclusivamente ad ipertono della muscolatura venosa, per cui le vene si presentano sottili e spastiche**
- **Nell'ipertensione venosa passiva da stasi, le vene appaiono congeste e dilatate**

# Stenosi della tricuspide

- **La velocità del sangue nell'ipertensione attiva è normale o aumentata, invece nella passiva è diminuita. Nell'ipertensione venosa passiva sono presenti i segni di sofferenza periferica (edemi) mentre nell'attiva la nutrizione dei tessuti è conservata. Fa eccezione il fegato che viene precocemente compromesso: Epatomegalia da stasi che cronicizzando evolve in fibrosi. Perché il fegato?**

**Il circolo epatoportale è l'unico esempio dell'organismo di uno sbarramento interposto non tra un sistema arterioso e uno venoso, come per gli altri organi, ma tra due sistemi venosi (vena porta a monte del letto capillare intraepatico e vene sovraepatiche a valle). La forza che spinge da tergo il sangue (vis a tergo) nel sistema portale che raccoglie il sangue che ha già attraversato una barriera capillare (intestinale) è enormemente inferiore alla pressione esistente nelle ultime diramazioni dell'albero arterioso.**

# Stenosi della tricuspide

- **Isolata è rara. Frequente come vizio combinato a valvulopatia mitralica o mitroaortica**
- **Soffio diastolico con rinforzo presistolico sul focoloio tricuspideale**
- **Sono i segni indiretti che consentono una diagnosi di stenosi:**
  - ✓ **turgore delle giugulari esterne, dovuto ad uno stato ipertensivo attivo, che persiste anche durante i profondi atti respiratori e che contrasta con l'aspetto sottile e filiforme delle vene superficiali perché hanno uno strato muscolare scarso per cui cedono all'aumento di pressione a cui sono sottoposte.**
  - ✓ **Epatomegalia congestizia con ittero, ascite, senza segni di insufficienza periferica (edemi)**
  - ✓ **Scarsa pulsabilità di tali vasi che possono apparire quasi immobili.**

# Aspetti clinici della stenosi tricuspidale

## Stenosi della tricuspide associata a quella mitralica

- **Se la prima è più serrata si hanno i segni della ipertensione venosa attiva periferica (turgore delle giugulari, aspetto filiforme delle vene periferiche, epatomegalia congestizia, assenza di edemi agli arti inferiori, aumento della pressione venosa). Quadro, quindi di una stenosi tricuspidale isolata**
- **Se prevale la stenosi mitralica la sindrome venosa periferica è assente o poco evidente. Ciò perché il carico diastolico del ventricolo sinistro e quindi la gittata è ridotta, per cui il carico diastolico di dx deve mantenersi ridotto, perché la gittata sistolica dei 2 ventricoli deve essere uguale, altrimenti il sangue si ammasserebbe in una sola delle 2 sezioni di circolo (grande o piccolo).**
- **Se invece alla stenosi tricuspidale si associa l'insufficienza unitamente alla mitralica:**
  - **intervento di meccanismi di compenso da parte del circolo venoso periferico per contenere il reflusso di sangue dal ventricolo all'atrio dx.**

# Insufficienza tricuspидale

**Vizio caratterizzato da reflusso dal ventricolo dx all'atrio corrispondente durante la sistole, che si ripercuote sui grossi vasi venosi che sboccano in esso (vena cava superiore e sui grossi rami, vena cava inferiore e indi vene sovraepatiche)**

**La valvulopatia, se organica, si associa abitualmente alla stenosi. E', di norma funzionale, da dilatazione dell'ostio valvolare conseguente ad aumento di volume del ventricolo da vizio mitralico o broncopatia cronica.**

**Nel I caso la sintomatologia non differisce da quella della stenosi. Nel II caso sono evidenti i segni dell'insufficienza di circolo per la dilatazione associata ad insufficienza contrattile del ventricolo dx.**

# Insufficienza tricuspидale

**I segni obiettivi sono dovuti al reflusso:**

- a) Polso epatico sistolico espansivo che si può apprezzare palpando il bordo epatico**
- b) Polso venoso giugulare positivo: sollevamento sistolico delle giugulari a tipo espansivo più evidente a dx**
- c) Reflusso epato-giugulare: comprimendo il bordo epatico, il sangue refluisce verso l'atrio e quindi verso la cava superiore accentuando il polso giugulare positivo**

**La tricuspидalizzazione di una cardiopatia mitralica costituisce una tappa evolutiva, importante del vizio mitralico e ne aggrava il decorso. Il quadro clinico si confonde con gli aspetti clinici particolari della malattia mitralica (forma emoftoica, anginosa, embolizzante etc.).**