
SINCOPE: FENOMENO NEUROLOGICO O CARDIOLOGICO?

*E. Grifoni, G. Sarli, G. Giorgi
Ospedale San Sebastiano Martire, Frascati*

Illustriamo il caso della Sig.ra A.B , di anni 78, con storia di 2 episodi di F.A.P. trattati efficacemente con CVE ed in terapia cardiologica con sotalolo, irbesartan e ticlopidina. L'ECG sia in ritmo sinusale che durante FA evidenziava un ventricologramma ai limiti della norma. Nel Settembre 2007 per un episodio sincopale preceduto da palpitazioni e regredito prontamente dopo pochi secondi senza reliquati neurologici, la paziente si recava presso un P.S. dove all'ECG si aveva RS con BBD ed EAS; veniva effettuata una T.C. cerebrale con evidenza di esiti di ischemia in sede prerolandica destra, per cui veniva trasferita presso la neurologia di un altro Istituto, da dove è dimessa con diagnosi di "esiti di ischemia cerebrale in sede pre-rolandica destra e esiti di encefalopatia multiinfartuale" e con conferma della terapia cardiologia. Dopo 2 giorni la paziente presentava un episodio protratto di palpitazioni, astenia, vertigini e sudorazione algida; al P.S.

l'ECG evidenziava TSV con BBD ed EAS con PA intorno a 90/60 e minima stasi basale bilaterale. Dopo CSC si aveva RS con blocco trifascicolare e FC 80/min con normalizzazione dei parametri emodinamici. In reparto cardiologico durante la monitorizzazione si osservava un quadro di sindrome "bradi-tachi" con pause asistoliche fino a 3 secondi. Veniva perciò impiantato PMK bicamerale (ST JUDE IDENTITY ADX DR) e iniziata terapia con amiodarone e con anticoagulanti orali. A distanza di 3 mesi la paziente è asintomatica e in buone condizioni.

Il nostro caso dimostra come le linee guide per la sincope ancora vengono poco seguite presso i nostri centri ospedalieri e come la pleora di esami inappropriati eseguiti, spesso confondendo la sincope come un fenomeno di competenza neurologica, possano portare a terapie ed indirizzi diagnostici errati e talora pericolosi per il paziente.