

Organizzato da

Dipartimento di Cardiologia
ASL 4 Chiavarese
Ospedali del Tigullio

Centro Prevenzione
Malattie Cardiopolmonari
"Nuccia e Vittore Corbella"

12° Corso di Aggiornamento
Multidisciplinare in Cardiologia

1° Corso Teorico e Pratico sulla Sincope
Organizzato da GIMSI Gruppo Italiano Multidisciplinare
per lo Studio della Sincope



Impianto di pacemaker in paziente con sincope traumatica e blocco bifascicolare. Un caso clinico.

V.M. Chisciotti (Firenze), F. Tesi, A. Ceccofiglio, M. Rafanelli, Piccioli L, G. Toffanello, G. Bulli, S. Venzo, D. Romagnolo, G. Rivasi, N. Marchionni, A. Ungar

Premessa.

Le linee guida ESC sulle Transitorie Perdite di Coscienza suggeriscono alcune considerazioni sull'utilizzo dell'elettrocardiogramma (ECG) dinamico secondo Holter per l'inquadramento diagnostico della sincope. Il razionale dell'ECG dinamico nei pazienti con sincope è rappresentato dalla possibilità di individuare (o di escludere) la natura aritmica dei sintomi.

Materiali.

Un paziente di 80 anni, affetto da OSAS, ipertensione con storia di crisi ipertensive recidivanti in attuale terapia con ramipril norvasc e furosemide al bisogno; presenta un'episodio di perdita di coscienza preceduto da sintomatologia prodromica fugace a rapida e spontanea ripresa con l'assunzione del clinostatismo. È stato quindi condotto al DEA con rilievo di elevati valori pressori (190/115 mmHg) con FC 110 bpm, trattato con labetalolo con parziale beneficio. Ha eseguito Angio TC dell'aorta toraco-addominale in assenza di segni di dissecazione aortica, rilievo di tumefazione ipodensa surrene dx. Alla Tc cranio encefalopatia multilacunare con esito lacunare a carico della testa del caudato-n.lenticolare-corona radiata sinistra, in regione rolandica sinistra presenza di formazione espansiva extrassiale di verosimile natura meningiomatosa. All'ecocardiogramma rilievo di stenosi aortica moderata e lieve ipertensione polmonare. Rilievo inoltre di frattura della mano destra. Dopo circa venti giorni giunge a valutazione presso la nostra Syncope Unit, al ECG rilievo di tachicardia sinusale, ed elevati valori pressori in presenza di ipotensione ortostatica precoce grave (165/100 in clinostatismo, 120/80 in ortostatimo al tempo 0'). Eseguito massaggio del seno carotideo in clinostatismo in assenza di modificazioni elettrocardiografiche. Si somministra verapamil con ripristino di ritmo sinusale normofrequente e normalizzazione dei valori pressori. Il Tilt Test è risultato positivo per sincope vasovagale di tipo misto (VASIS I). Sono state quindi prescritte misure comportamentali con indicazione ad indossare calze elastocompressive. All'ECG dinamico secondo Holter rilievo di BAV di I grado associato a BAV di II grado Mobitz II. Il paziente è stato quindi sottoposto ad impianto di PM.

Al fine di indagare l'eziologia delle crisi ipertensive è stata richiesta RM addome per approfondimento della tumefazione surrenalica e dosaggio delle metanefrine urinarie nelle 24 ore previa dieta.

Discussione.

Il nostro paziente presentava un quadro di ipertensione non controllata con ipotensione ortostatica precoce grave associata a tachicardia sinusale e sincope traumatica. È stato trattato mediante impianto di PM e modifiche della terapia antipertensiva ed aritmica e consigliate misure comportamentali. Il follow-up a 3 mesi ha evidenziato assenza di recidive sincopali e buon controllo dei valori di pressione arteriosa al domicilio in assenza di crisi ipertensive.