



PACEMAKER E RISPOSTA CARDIOINIBITORIA AL MASSAGGIO DEI SENI CAROTIDEI: SAPPIAMO DAVVERO CHI IMPIANTARE? L'ESPERIENZA DI UNA SYNCOPE UNIT

Rivasi G., Rafanelli M., Tesi F., Ceccofiglio A., Venzo S., Marchionni N., Ungar A.

Syncope Unit, Cardiologia e Medicina Geriatrica, AOU Careggi e Università di Firenze, Firenze

Introduzione: la Sindrome Senocarotidea cardioinibitoria (SSC-CI) rappresenta una delle indicazioni all'impianto di pacemaker (PM). Tuttavia, in Letteratura, numerosi studi mostrano una significativa percentuale di recidive sincopali nei pazienti impiantati; tale indicazione è quindi ancora oggetto di discussione, anche alla luce dei nuovi criteri diagnostici recentemente proposti per la SSC-CI (asistolia > 6 secondi). Questo studio esamina le caratteristiche di un'ampia casistica di pazienti con diagnosi di SSCCI o Ipersensibilità Senocarotidea cardioinibitoria (ISC-CI) e analizza la percentuale di recidive sincopali in pazienti sottoposti e non a impianto di PM.

Metodi: è stata effettuata un'analisi retrospettiva dei dati relativi ai pazienti valutati presso il nostro Centro Sincope e sottoposti a Massaggio dei Seni Carotidei (MSC) risultato positivo per ISC-CI o SSCCI, secondo i criteri previsti dalle linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC). La recidiva sincopale è stata indagata in tutti i pazienti mediante follow-up telefonico rivolto anche ai parenti e ai caregivers; la durata media del periodo di follow-up è stata di quattro anni.

Risultati: in una popolazione di 1273 soggetti sottoposti a MSC presso il nostro Centro, 124 pazienti (9.74%) presentavano una risposta cardioinibitoria (ISC/SSC-CI). In 16 pazienti non è stato possibile eseguire il follow-up telefonico, per cui sono stati esclusi dalla nostra casistica. La popolazione oggetto di studio includeva quindi 108 pazienti, di cui 79 con diagnosi di SSC-CI (73.1%) e 29 con ISC-CI (26.9%); l'età media era di 74.8 ± 11.7 anni (range 33-91 anni).

La durata media dell'asistolia al MSC era di 5.6 ± 2.2 secondi (range 3-12.5 sec); l'asistolia media è risultata maggiore nei pazienti con SSC (6.1 ± 2.3 sec) rispetto a quelli con ISC (4.4 ± 1.9 sec, $p=0.0002$). 76 pazienti (70.4%) sono stati sottoposti a impianto di PM, 65 per SSC-CI (82.3%) e 11 (37.9%) per SSCCI. Recidive sincopali dopo la valutazione presso il nostro Centro sono state riferite dal 13.9% dei pazienti (15/108). In particolare, tra i pazienti con diagnosi di SSC-CI la percentuale di recidive è stata del 16.9% nei pazienti con PM e del 7.1% nei pazienti non impiantati; in caso di ISC-CI la percentuale di recidive è stata del 9.1% per i pazienti con PM e dell'11.1% nei pazienti non impiantati. La durata dell'asistolia al MSC non presentava differenze significative tra pazienti con e senza recidive sincopali. Analizzando le caratteristiche dei pazienti con SSC-CI e recidive sincopali dopo l'impianto di PM (11/65, 16.9%), si osserva che 9 pazienti (81.8%) avevano episodi sincopali preceduti da prodromi neurovegetativi, 6 (54.5%) riferivano episodi in situazioni predisponenti e 6 (54.5%) avevano una risposta positiva non cardioinibitoria al Tilt Table Test (TTT); 7 pazienti (63.6%) assumevano farmaci ad azione ipotensivante.

Tra i pazienti con SSC-CI non sottoposti a impianto di PM, il 92.9% (13/14) non ha riferito recidive sincopali. In questo sottogruppo il 38.5% dei pazienti riferiva prodromi neurovegetativi e il 30.8% aveva storia di sincopi in situazioni favorevoli; il 46.2% assumeva farmaci ad azione ipotensivante e aveva una risposta positiva al TTT.



TIGULLIO
CARDIOLOGIA

Conclusioni: la più alta percentuale di recidive è stata registrata nei pazienti con SSC-CI portatori di PM, mentre i pazienti con SSC-CI non impiantati presentavano il più basso tasso di recidiva. I pazienti con recidive post-impianto avevano spesso una risposta positiva non cardioinibitoria al TT e una storia di sincopi avvenute in situazioni predisponenti, precedute da prodromi neurovegetativi.

Questi risultati, anche se ottenuti analizzando piccoli sottogruppi, dimostrano che è necessario migliorare la selezione dei pazienti da sottoporre a impianto di PM; in particolare, risulta essere importante un'attenta valutazione della storia clinica del paziente e della suscettibilità ipotensiva, associata ad un maggior rischio di recidiva. Tuttavia, il solo TTT non sembra essere sufficiente per individuare i pazienti con SSC-CI a maggior rischio di recidiva post-impianto.