



VALORE DIAGNOSTICO DEL TILT TEST E TERAPIA DELLA SINCOPE RIFLESSA CARDIOINIBITORIA

Dr. Elio Gorga, Dr.ssa Mara Gavazzoni, Dr.ssa Valentina Regazzoni, Dr.ssa Eleftheria Trichaki, Prof. Marco Metra, Prof. Riccardo Raddino

Cattedra e Unità Operativa di Cardiologia. Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica. Università degli Studi di Brescia.

BACKGROUND: le linee guida ESC sulla diagnosi e trattamento della Sincope si esprimono circa l'utilizzo del pacing cardiaco nelle sincopi riflesse neuromediate riservandolo ai pazienti con risposta di tipo cardioinibitorio indotta all'Head Up Tilt Table Test; in pazienti con sincopi ricorrenti, non prevedibili, età > 40 anni e dopo fallimento di terapie alternative. Tuttavia molta incertezza rimane anche in questa tipologia di pazienti, evidenziata dal basso livello di evidenza di tale indicazione (Classe IIB LOE c) conseguentemente ai risultati contrastanti di trial randomizzati controllati.

MATERIALI E METODI: dall'1/2008 all'1/2010 abbiamo valutato e sottoposto ad Head Up Tilt Table Test 313 pazienti (124 maschi e 189 femmine) di età compresa tra 10 e 78 anni afferenti al nostro ambulatorio per episodi sincopali recidivanti (almeno 3 episodi negli ultimi 6 mesi). 22 pazienti (13 donne e 9 uomini) hanno presentato una risposta di tipo cardioinibitorio (asistolia > 3 sec) all'Head Up Tilt Table Test e sono stati pertanto arruolati nel nostro studio che prevedeva una randomizzazione in aperto ad impianto PM definitivo (n: 8) o terapia medica e comportamentale (n: 14). La scelta si basava sulla presenza di fattori predittivi di sincope ad alto rischio: episodi multipli in assenza di sintomi prodromici e categorie lavorative ad alto rischio. End-Point Primario era la recidiva di evento sincopale; end point secondario la recidiva di episodi lipotimici. Il follow up è attualmente giunto a 4 anni; durante i primi due anni i pazienti sono stati monitorati tramite valutazione clinico strumentale (visita, monitoraggio Holter e ABPM a 3 mesi, 6 mesi, 12 mesi 18 mesi e 24 mesi) nei successivi due mediante contatto telefonico semestrale.

RISULTATI: durante il periodo di follow up in entrambe i gruppi non si sono verificati ulteriori episodi sincopali. Nel gruppo trattato con terapia medica si sono verificati episodi lipotimici nel 82% dei pazienti, solo nel 6% dei pazienti l'episodio è stato singolo. Nel gruppo trattato con PM definitivo si sono verificati episodi lipotimici in 3 pazienti (37.5%), tuttavia per tutti si è trattato di un singolo episodio. L'analisi dei tracciati Holter ECG 24 ore e ABPM non ha permesso di evidenziare alcuna alterazione patologica in entrambe i gruppi.

CONCLUSIONI: in pazienti con anamnesi di episodi sincopali recidivanti e risposta cardioinibitoria con asistolia > 3 sec. All'Head Up Tilt Table Test, l'impianto di PM definitivo si è dimostrato efficace nella prevenzione degli eventi sincopali e lipotimici. In questi pazienti il pacing permette un efficace controllo della componente cardioinibitoria del riflesso vasovagale che si riflette nella mancata insorgenza di episodi sincopali. Il device non incide sulla componente vasodepressiva che si manifesta con ipotensione



e conseguente lipotimia tuttavia la riduzione degli episodi lipotimici fa supporre che la conservata frequenza cardiaca permetta al paziente una più rapida ed efficace attuazione delle contromanovre comportamentali.

La terapia medica, caratterizzata dalle sole manovre di contropressione, è risultata altrettanto efficace nella prevenzione degli episodi sincopali, ma non nella prevenzione degli episodi lipotimici; evidenziando come la fase iniziale di bradicardia sia responsabile della sintomatologia iniziale del paziente e della maggior difficoltà ad applicare efficacemente le manovre stesse.

Alla luce di questi risultati appare ragionevole come terapia di prima linea un approccio conservativo caratterizzato dalla terapia comportamentale e dalle manovre di contropressione; se correttamente applicate sono infatti in grado di contrastare efficacemente l'insorgenza degli episodi sincopali. Il pacing definitivo andrebbe riservato a quei pazienti in cui le manovre contropressorie non sono in grado di controllare rapidamente i sintomi, o appartenenti a categorie lavorative a forte rischio. Malgrado risulti nettamente più efficace si deve infatti considerare il rischio di complicanze correlate all'impianto stesso esacerbato dalla spesso giovane età dei pazienti.