

Organizzato da:

Dipartimento di Cardiologia
ASL 4 Chiavarese
Ospedali del Tigullio

Centro Prevenzione
Malattie Cardiopolmonari
"Nuccia e Vittore Corbella"

11° Corso di Aggiornamento
Multidisciplinare in Cardiologia

6° Corso Teorico e Pratico sulla Sincope
Organizzato da GIMSI, Gruppo Italiano Multidisciplinare
per lo Studio della Sincope

6° Corso per Infermieri in
interventistica coronarica e aritmologia



Una sincope cardiogena: tra depistaggio strumentale e clinico

Russo V.A. °, Pierri F°, Matino M.G. *

° S.C. Cardiologia/UTIC P.O. SS. Annunziata TARANTO, *S.C. Cardiologia/UTIC P.O. Orientale M. Giannuzzi, MANDURIA

Donna di 23 anni, non familiarità per patologie cardiovascolari. Dagli 11 ai 20 anni saltuari episodi sincopali definiti di natura vaso-vagale; a 22 anni espletamento di parto eutocico.

Tre mesi dopo comparsa di dispnea da sforzo e di sincopi, frequentemente da sforzo, talora in posizione supina.

Per la frequenza degli episodi la pz eseguiva visita cardiologica, ECG, Ecocardio, TILT e Test Ergometrico nella norma.

In seguito a nuova sincope associata a "morsus" ed a manifestazioni tonico-cloniche eseguiva visita neurologica che pur con negatività dell'EEG e della RMN encefalo, deponendo per manifestazioni ansiose post-partum, avviava la pz a terapia con carbamazepina.

L'antiepilettico non modificava la clinica; gli episodi sincopali divenivano più frequenti (sino a 4 episodi/week) comparando edemi declivi e dispnea a riposo.

Dopo l'ennesima sincope si ricoverava nel nostro reparto.

E.O. all'ingresso: sdoppiamento II tono, soffio sistolico polmonare, crepitazioni polmonari, edemi declivi, versamento ascitico e pleurico, oligoanuria, proteinuria, minimo incremento dei dimeri, ipossia ipocapnia all'EGA.

ECG: R/S a 90 bpm, conduzione AV nella norma. S1q3T3. BBDx, anomalie della ripolarizzazione (modificato rispetto al precedente).

Ecocardiografia: PAPs di 90 mmHG, sezioni dx dilatate (ADX 45 mm, VDX 64 mm) .

Posta diagnosi di scompenso cardiaco destro ed ipertensione polmonare la pz eseguiva le indagini atte ad escludere cause secondarie di aumento delle resistenze arteriose polmonari (Venezia 2003).

Scintigrafia polmonare perfusiva: "aumento della fisiologica ipoperfusione apicale in entrambi i campi polmonari, più accentuata ipoperfusione al segmento dorsale del lobo superiore bilateralmente" deponendo per una possibilità medio-alta di embolia polmonare; tale dato contrastava con la negatività della TAC Polmonare che escludeva la presenza di trombi nell'albero arterioso polmonare. Si avviava indagine emodinamica che concludeva: ipertensione polmonare di grado severo con I.C. elevato, non significativo il test di vasodilatazione con NO. Esame spirometric e valutazione degli scambi gassosi nella norma. Risolto il quadro acuto di scompenso destro e concluso per un quadro di ipertensione polmonare primitiva, si iniziava terapia con sildenafil, antagonisti della endotelina e prostaglandine per via inalatoria.

Organizzato da:

**Dipartimento di Cardiologia
ASL 4 Chiavarese
Ospedali del Tigullio**

**Centro Prevenzione
Malattie Cardiopolmonari
"Nuccia e Vittore Corbella"**

**11° Corso di Aggiornamento
Multidisciplinare in Cardiologia**

6° Corso Teorico e Pratico sulla Sincope
*Organizzato da GIMSI, Gruppo Italiano Multidisciplinare
per lo Studio della Sincope*

**6° Corso per Infermieri in
interventistica coronarica e aritmologia**



Conclusioni: Il caso clinico mostra superficialità nell'inquadramento della sincope; cardine nell'iter diagnostico è l'anamnesi che da sola avrebbe permesso diagnosi di sincope cardiogena (EGYSIS Risk Score). Esclusa l'embolia polmonare (scintigrafia/TAC), l'ecocardiografia sarebbe bastata ad avviare la pz al cateterismo cardiaco precoce.

La scarsa conoscenza delle cause e delle potenziali gravi conseguenze di un sintomo responsabile dell'1% degli accessi in P.S. ha fatto sì che la sintomatologia lamentata da una giovane donna venisse attribuita ad un problema neuropsichico ritardando la diagnosi e differendo l'inizio di una terapia efficace.