

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 rara forma di sincope: la vagotonia maligna

V.A. Russo^o, F. Pierri^o, M.G. Matino*

^o S.C. Cardiologia/UTIC P.O. SS. Annunziata Taranto, * S.C. Cardiologia/UTIC P.O. M. Giannuzzi Manduria

Uomo di 47 anni giunto c/o l'ambulatorio per lo studio della sincope della nostra struttura lamentando episodi sincopali dall'età di 12 anni.

Aumentati nel tempo per frequenza e durata, spesso notturni, in posizione supina. La routine clinica, l'esame elettrocardiografico, l'ECG Holter e l'ecocardiografia sono risultati nei limiti della norma. Dopo esecuzione di Head Up Tilting (HUTT) test risultato negativo per sincopi inducibili è stato eseguito studio elettrofisiologico (SEF) (catetere tetrapolare in ventricolo dx e decapolare in atrio dx) con riscontro di normale TRNS assoluto e corretto, punto LW superiore a 145 bpm, retroconduzione VA sino a 130 bpm, pacing ventricolare con singolo, doppio, triplo extrastimolo e doppio ciclo di drive negativo per aritmie ventricolari inducibili.

Nell'ambito dello studio della sincope nel settembre 2009 è stato sottoposto a impianto di loop recorder (Reveal XT della Medtronic).

Non episodi sincopali sino al novembre 2010 quando ha presentato perdita di coscienza nelle prime ore del mattino, da seduto, dopo assunzione di caffè.

La trasmissione dati eseguita per mezzo del sistema Care link della Medtronic ha permesso di documentare pausa asistolica da arresto sinusale della durata di 42 secondi.

In conclusione: la negatività del SEF (pur senza blocco del Sistema Nervoso Autonomo) ha escluso alterazioni del nodo del seno potenzialmente responsabili della asistolia; la normalità del HUTT è sembrato escludere forme sincopali correlabili a un generico difetto del sistema autonomo; l'asistolia prolungata, manifestatasi nelle prime ore del mattino, a nostro avviso, appare quindi attribuibile ad abnorme ipertono parasimpatico con normalità della componente simpatica (assenza di ipertensione e tachicardia ortostatica). Tali dati ci hanno fatto porre diagnosi di una variante del "Failure Baroreflex" (insufficienza del baroriflesso): la VAGOTONIA MALIGNA ed è pertanto risultata mandatoria la necessità di sottoporre il paziente ad impianto di PM bicamerale che rappresenta l'unica terapia possibile di questa rara forma di sincope.