

**INTRODUZIONE:** La sincope è un sintomo spia delle più diverse patologie, dalle neuromediate a quelle che riconoscono un substrato organico cardiaco. Nelle sincopi di tipo neuromediato i pazienti possono essere suddivisi in base alla modalità di comparsa della sintomatologia. L'esecuzione di un tilt-test può essere utile, nella maggior parte dei casi ad identificare la patologia. Infatti la sincope potrà essere classificata, secondo la classificazione Vasis, in tipo I, mista, con presenza di calo della pressione e della frequenza cardiaca, tipo II, cardioinibitoria, se presente una asistolia >3 sec od una marcata bradicardia (<40 bpm) per più di 10 sec oppure tipo III quando si ha un calo isolato della pressione arteriosa. Nelle sincopi di tipo II vi è di solito l'indicazione all'impianto di un pacemaker. Nelle sincopi di tipo I e III il trattamento farmacologico ha dimostrato scarso successo. Di recente, molta attenzione si sta ponendo ai trattamenti fisici non farmacologici, quali il tilt training, oppure nell'esecuzione di manovre isometriche delle braccia e delle gambe che producono un aumento della pressione arteriosa limitando la sintomatologia.

**SCOPO:** Valutare l'efficacia delle manovre isometriche di contropressione nei pazienti affetti da sincope neuromediata di tipo I e III, in termini di riduzione/abolizione della sintomatologia e miglioramento della qualità di vita.

**METODO:** Abbiamo arruolato 40 pazienti, con una media di almeno 4 episodi/anno, tra gennaio 2002 e dicembre 2002, già valutati per episodi sincopali e con diagnosi di sincope neuromediata di tipo non cardioinibitoria al tilt test. Tali pazienti venivano quindi nuovamente sottoposti ad un tilt test. In 28 fu posta diagnosi di sincope di natura mista, tipo I secondo classificazione Vasis, nei restanti fu riscontrata un tipo III. Tali pazienti venivano poi educati sulle manovre di contropressione (arm tensing ed handgrip), spiegandogli di iniziarle alla comparsa dei prodromi (nausea, confusione, vertigini, annebbiamento della vista etc.). I pazienti venivano poi suddivisi in due gruppi a seconda se la durata dei prodromi era >30 sec ma < 60 sec, o > 60 sec. I pazienti eseguivano un controllo presso il nostro ambulatorio ogni 3 mesi, presentandoci un questionario da noi preparato dove si chiedeva di annotare la durata dei sintomi, se era occorsa sincope, quale manovra era stata preferita e se era stata efficace nel produrre un miglioramento della sintomatologia.

**RISULTATI:** Nei 18 mesi di follow-up si sono avuti 6 drop-out (4 donne e 2 uomini), 4 per mancata compliance, 1 per decesso per altra causa, 1 per sopraggiunta sindrome coronaria acuta. Dai dati ottenuti dai questionari si evince che le manovre sono state efficaci nel 97% dei pazienti, nel ridurre i sintomi e prolungare i prodromi, hanno efficacemente ridotto l'occorrenza di sincope nell'83% dei pazienti con sincope di tipo III, ma hanno ridotto il numero di episodi sincopali solo nel 55% dei pazienti classificati come tipo I. Di rilievo il dato che tutti i pazienti che continuavano ad avere episodi sincopali nonostante le manovre di contropressione avevano prodromi di più breve durata  $36 \pm 4$  sec.

**CONCLUSIONI:** Le manovre di contropressione sono efficaci nel migliorare la sintomatologia dei pazienti affetti da sincope di tipo I e III, riducendo efficacemente anche il numero degli episodi, in particolare per le sincopi di tipo III. La durata dei prodromi, sembra inversamente correlata con l'efficacia di tali manovre nell'impedire la sincope.