

**INTRODUZIONE:** Nel soggetto anziano, la diagnosi differenziale delle diverse cause di perdita di coscienza è particolarmente problematica. L'indagine anamnestica appropriata e l'applicazione di protocolli diagnostici standardizzati consentono tuttavia di formulare la diagnosi corretta e, quindi di intraprendere la terapia adeguata. Viene descritto il caso clinico di un'anziana signora, affetta da frequenti episodi di transitoria perdita di coscienza (TPC) per anni erroneamente interpretati nel quadro di una sindrome epilettica, rivelatisi infine di natura sincopale.

**DESCRIZIONE DEL CASO:** Z.V., donna di 83 anni affetta da ipertensione arteriosa essenziale, ipercolesterolemia, cardiopatia ipertensiva con lieve riduzione della funzione sistolica globale ventricolare sinistra, in buon compenso emodinamico con terapia farmacologica.

Riferisce episodi di TPC sin dalla giovane età, che si verificano sia in ortostatismo che in posizione seduta, preceduti da prodromi quali intensa sudorazione algida e fosfeni (riduzione del visus), in assenza di perdita di urine o feci, con rapido recupero spontaneo e con frequenza di circa un episodio al mese (N.B. probabilmente in età giovanile erano episodi occasionali e sono divenuti più frequenti con l'avanzare dell'età finché a 70 anni è stato deciso di procedere con gli accertamenti). All'età di 70 anni, la paziente viene sottoposta a visita neurologica e TC del cranio, che risultano nella norma, ed a ripetuti elettroencefalogrammi intercritici, che mostrano la presenza di alterazioni aspecifiche. Viene posta diagnosi di epilessia ed intrapresa terapia con fenitoina, senza tuttavia miglioramento del quadro clinico. Gli episodi di TPC, infatti, recidivano con frequenza sostanzialmente invariata, sebbene la paziente assuma terapia antiepilettica regolarmente per 13 anni. All'età di 83 anni, la paziente giunge alla nostra osservazione presso l'Ambulatorio Geriatrico di questa U.O.. L'esame obiettivo non mostra reperti significativi (n.b. non c'era neppure ipotensione ortostatica?), la storia clinica pone invece il sospetto di sincope a probabile natura vaso-vagale. Inviata presso il nostro Centro di Studio della Sincope, la paziente viene sottoposta a valutazione neuroautonomica. Il massaggio dei seni carotidei induce pause di 3.48 sec sia in clinostatismo che in ortostatismo, associate a sensazione presincopale, riconosciuta come tipica, ed è quindi positivo per sindrome senocarotidea di tipo cardioinibitorio. Il Tilt Table Test è positivo per sincope vaso-vagale di natura mista (VASIS 1). Dopo sospensione della terapia con fenitoina, la paziente viene sottoposta ad impianto di pace-maker bicamerale e si mantiene asintomatica ad un follow up di due mesi, in totale assenza di episodi di TPC.

**COMMENTO:** Il caso presentato dimostra che la raccolta approfondita della storia clinica, l'attenta interpretazione dei sintomi e l'applicazione di un protocollo d'indagine standardizzato consentono di ottenere un inquadramento diagnostico corretto e di intraprendere una terapia efficace anche in presenza di reperti strumentali (es. EEG) potenzialmente fuorvianti.