

## Sincope aritmica in paziente con EEG suggestivo per epilessia

### Presidente Onorario

Giulio Masott, Firenze

### Presidente GIMSI

Andrea Ungar

*Direttore dell'Unità di Geriatria e Cure Intensive Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Firenze*  
Mail: [aungar@unifi.it](mailto:aungar@unifi.it)

### Membri Direttivo

P. Abete, Napoli  
G. Baldi, Bologna  
M. Brignole, Lavagna  
Domenico M. Carretta, Bari  
I. Casagrande, Alessandria  
P. Cortelli, Bologna  
A. Del Rosso, Empoli  
R. Furlan, Milano  
G. Gaggioli, Genova  
A. Lagi, Firenze  
M. Lunati, Milano  
C. Menozzi, Reggio Emilia  
G. Micieli, Milano  
F. Rabaioli, Moncalieri (TO)  
R. Tongiani, Massa

### Segreteria Associativa



Via Sassonia, 30 – Rimini  
Tel +39 0541 305 847  
mail [info@gimsi.it](mailto:info@gimsi.it)

Ernesto Grifoni<sup>o</sup>, Doriana Frongillo<sup>o</sup>, Giovanni Sarli<sup>o</sup>, Ernesta Bagaglini\*

<sup>o</sup> UOC Cardiologia UTIC – Syncope Unit – Ospedale “San Sebastiano Martire” – Frascati (RM)

\* UO Neurologia – Ospedale “San Giuseppe” – Marino (RM)

Paziente di 78 anni, ristoratore, in APR nega patologie e/o f.d.r. cardiovascolari, a parte rari episodi di perdita di coscienza (pdc) circa 10 anni fa, prevalentemente in ortostatismo, raramente in posizione seduta, mai in clinostatismo, spesso preceduti da sudorazione algida e caratterizzati da perdita del tono muscolare con caduta a terra, assenza di convulsioni tonico-cloniche e pronta ripresa dopo pochi secondi; non angore né palpitazioni, mai traumi. Successivamente è rimasto asintomatico fino al 2017, quando, per la ripresa degli episodi, esegue presso altro centro EEG che evidenzia “discrete anomalie lento-parossistiche intercriche sulle regioni fronto-centro-temporali di destra, tendenti alla diffusione, meglio evidenti in corso di veglia” (FIG. 1). Su tale base viene posta diagnosi di epilessia e iniziata terapia con LEVIRACETAM 1,5 g x 3, ma con aumento della frequenza degli episodi (2-3 a settimana, quasi sempre durante il lavoro ed in ortostatismo), per cui viene ricoverato presso il nostro reparto a Novembre 2017.

Durante il ricovero è rimasto asintomatico con assenza di aritmie in telemetria. Esami ematici, ECG ed Ecocardiogramma Doppler nella norma. Ripetuti massaggi seno-carotidei in clino ed ortostatismo negativi. TILT TEST (protocollo italiano) interrotto al 32' minuto per reazione vaso-vagale protratta senza perdita di coscienza (FIG 2). In dimissione protetta esegue ECG Holter 96 ore: “Numerosi episodi di tachicardia sopraventricolare, verosimilmente da rientro del nodo atrio-ventricolare con FC max di 170-180 bpm e durata max di 2 minuti” (FIG. 3). Durante uno di questi, in 3<sup>a</sup> giornata, episodio presincopale durante il lavoro, dalle caratteristiche simili a quelli descritti in anamnesi. E' stata pertanto iniziata terapia con VERAPAMIL (dosaggio incrementale fino a 80 mg + 80 mg + 40 mg) e sospesa gradualmente la terapia con leviracetam, con regressione totale degli episodi sincopali. Un ECG Holter ad 1 anno evidenzia ritmo sinusale costante con FC media 87 bpm, 2700 BESV, 190 coppie e 14 episodi di tachicardia sopraventricolare di massimo 5 battiti a FC max 150 bpm. Al momento paziente asintomatico, periodicamente seguito dalla nostra SYNCOPE UNIT.

Il caso ribadisce l'importanza di una corretta valutazione iniziale, soprattutto dell'anamnesi e della descrizione degli episodi di pdc ai fini dell'approccio diagnostico e terapeutico; gli esami clinici non possono essere avulsi da tali valutazioni, pena un aumento di frequenza degli errori diagnostici e terapeutici.