

## **L'IMPORTANZA DELLA RACCOLTA ANAMNESTICA IN PAZIENTI CHE RIPORTANO INSTABILITA' POSTURALE TALVOLTA ASSOCIATA AD ATTIVAZIONE NEUROVEGETATIVA**

S. Pupo, G. Rivasi, F. Lucchini, C. Ghiara, I. Marozzi, F. Sacco, N. Casini, M. Rafanelli, A. Ungar

### **Presidente Onorario**

Giulio Masott, Firenze

### **Presidente GIMSI**

Andrea Ungar

*Direttore dell'Unità di Geriatria a Cure Intensive  
Università di Firenze e Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Firenze  
Mail: 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

**Scopo:** descriviamo il caso di una paziente di 74 anni con pregressi episodi di caduta a genesi indeterminata e numerosi episodi apparentemente presincopali caratterizzati dalla comparsa di attivazione neurovegetativa in ortostatismo al mattino.

**In anamnesi:** Ipercolesterolemia; pregressa severa esposizione tabagica; cardiopatia ischemica cronica in coronaropatia multivasale con pregressi eventi cardiaci (NSTEMI e angina instabile), trattati con angioplastica e stenting; ateromasia carotidea; pregressa ulcera peptica sanguinante, trattata con terapia medica.

Nell'ottobre 2017 alcuni episodi di caduta a dinamica non chiara, senza perdita di coscienza; la paziente non ha riferito prodromi né ha riportato traumatismi.

Nei mesi successivi numerosi episodi caratterizzati dalla comparsa di diaforesi profusa, astenia agli arti inferiori, offuscamento visivo durante l'ortostatismo nella tarda mattinata; negata perdita di coscienza; riferita regressione della sintomatologia talvolta spontaneamente, a volte con l'assunzione di cioccolato. Tra gli approfondimenti diagnostici ha eseguito visita ORL (areflessia vestibolare dx), valutazione neurologica comprensiva di imaging (encefalopatia vascolare di tipo lacunare), valutazione cardiologica (nei limiti) ed infine valutazione presso la nostra Syncope Unit. Durante la prima valutazione nel nostro Ambulatorio, improvvisa comparsa di sintomatologia neurovegetativa riconosciuta come tipica, con rilievo di parametri emodinamici e glicemici nella norma, e regressione dei sintomi col clinostatismo; richiesti quindi ad approfondimento diagnostico curva da carico di glucosio e Massaggio dei Seni Carotidei (MSC). Da tali esami è risultata un'ipoglicemia reattiva, per cui ha ridotto l'introito glucidico mattutino, con beneficio, e una suscettibilità ipotensiva associata ad un'incompetenza cronotropa al MSC.

Gli episodi di caduta e quelli caratterizzati da attivazione neurovegetativa sono stati considerati come originati da molteplici componenti, tra cui la sindrome postprandiale (1), la suscettibilità ipotensiva e il disturbo vestibolare (2).

**Conclusioni:** abbiamo descritto un caso di complessa interpretazione, che ha richiesto approfondimenti diagnostici ad ampio spettro, senza alcuni dei quali, la risoluzione delle problematiche cliniche sarebbe stata probabilmente soltanto parziale. Ribadiamo quindi la necessità di eseguire una raccolta anamnestica il più possibile completa, che includa in primis le caratteristiche della sintomatologia, il momento di insorgenza dei sintomi, la durata degli stessi e la modalità con cui compaiono e regrediscono, in considerazione della possibile coesistenza di molteplici concause.

(1) Galati SJ et al, Endocrine practice 2014

(2) El-Kashlan HK et al, Otolaryngologic Clinics of North America 2000