

Syncope UNIT – Az. Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I di ROMA (Resp. : prof. Stefano Strano)

Presidente Onorario

Giulio Masott, Firenze

Presidente GIMSI

Andrea Ungar

Direttore dell'Unità di
Geriatriche e 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

Autore: Claudia Urani

(Dirigente Medico in servizio presso Syncope Unit e Day-Service Cardioangiologico - Area Coordinata di Cardiologia e Cardiochirurgia)

Caso clinico:

Il paziente L.A., di 53 anni, sportivo dilettante (maratona non agonistica) affetto da ipertensione arteriosa e pregressa tiroidite. Giunge alla nostra osservazione per un **unico episodio sincopale** senza esito traumatico, avvenuto in ortostatismo e preceduto da prolungati prodromi presincopali neurovegetativi. **Episodi limitati ai soli sintomi presincopali** erano invece **riferiti come ricorrenti** da circa 4 mesi (maggio 2018) e caratterizzati da insorgenza improvvisa di capogiro con malessere epigastrico ascendente e senso di mancamento e difficoltà a fare un respiro completo, sudorazione, cefalea ed acufeni che si verificavano soprattutto durante periodi di particolare stress psicofisico. Non erano riconoscibili specifici triggers o situazioni che potessero favorire o indurre tali episodi e tutti gli accertamenti cardiologici a cui il paziente fu sottoposto risultarono normali (ECG standard, ECG da sforzo, Ecocardio TT, ECG-D Holter 24 ore). Per tale motivo il paziente è stato sottoposto ad una valutazione iniziale integrata (raccolta dell'anamnesi con analisi delle caratteristiche cliniche dell'evento sincopale, esame obiettivo, ECG, stratificazione del rischio). La stima di un basso rischio di morte ad un anno (OESIL Risk Score=0) ci ha consentito di pianificare un percorso ambulatoriale per il paziente. Il pz è stato sottoposto a vari esami diagnostici cardiologici (ECG-D 72 ore, TTE, esami ematochimici) per escludere cardiopatie strutturali non note. Poiché **l'ECG-D 72 ore** aveva evidenziato solo il riscontro di rari BEV monomorfi e rari battiti atriali isolati, il paziente ha eseguito l'**HUT** che è risultato positivo per sincope vaso-vagale con risposta emodinamica riflessa di tipo vasodepressivo nella fase di potenziamento con nitrati per os. Tuttavia **il test non ha riprodotto in modo puntuale i sintomi** riferiti in occasione degli eventi spontanei.

Pertanto, per il frequente ripresentarsi degli episodi presincopali con sintomi neurovegetativi associati a **sensazione di discomfort toracico**, si è deciso di sottoporre il paziente ad un nuovo **ECG-D 96 ore** con riscontro di ripetuti episodi di TVNS associati a presincope (sintomi neurovegetativi "vagali" preceduti da "fastidio" toracico) ed un episodio di TV sostenuta ad elevata frequenza (284 bpm) associato a sincope preceduta da prolungati prodromi presincopali analoghi a quelli

abituamente riferiti. In alcuni casi, gli episodi di TVNS innescavano una Fibrillazione Atriale parossitica verosimilmente per fenomeno di retroconduzione atriale. Il paziente è stato pertanto ricoverato presso l'UTIC del nostro Dipartimento Cuore e Grossi vasi per le cure e gli accertamenti del caso. Durante il ricovero il paziente ha eseguito:

RM Cuore senza e con mdc (23/10/2018) per la caratterizzazione tissutale che ha documentato il ventricolo sinistro lievemente ipertrofico, con regolari volumi cavitari e FE 55%, presenza di aree di late enhancement (LGE) subepicardico a livello della parete inferiore e infero-laterale, come per esiti miocarditici pregressi. **TC Cuore senza e con mdc (24/10/2018)** che ha documentato l'albero coronarico esente da alterazioni parietali patologiche (da segnalare, sulla DA, la presenza di un breve "bridging" di una porzione del tratto distale estesa per circa 15mm, il quale presenta calibro regolare). **Studio elettrofisiologico e mappaggio elettroanatomico del ventricolo sinistro (30/10/2018)** che non ha indotto aritmie sopraventricolari e ventricolari in condizione basali e durante infusione di isoproterenolo. Si confermava, al mappaggio elettroanatomico, piccola area di scar epicardica concordante con il LGE della RMN.

In considerazione di tali reperti, del quadro ECG evidenziato all'Holter in corrispondenza degli episodi di presincope e sincope e della storia clinica del paziente, è stata posta indicazione ad un impianto di ICD (31/10/2018), risultato perfettamente funzionante al successivo controllo e con nessun evento aritmico in memoria.

Discussione:

Obiettivo principale nella gestione del paziente con sincope è il riconoscimento precoce di una causa sottostante potenzialmente fatale, responsabile della perdita di coscienza evitando, o riducendo al minimo, costosi ricoveri ospedalieri. Il 75% dei costi per la gestione dei pazienti con sincope, infatti, è determinato dai ricoveri. Un approccio clinico basato sull'applicazione delle Linee Guida e sull'ottimizzazione dei percorsi determina una maggiore appropriatezza, un risparmio delle risorse e, quindi, migliori risultati sia in termini clinici che in termini economici.

Per un corretto inquadramento diagnostico la raccolta anamnestica risulta di fondamentale rilevanza, con particolare attenzione alle caratteristiche con cui si è verificato l'evento (anche con l'aiuto di testimoni o di videoregistrazioni, come da ultime Linee Guida 2018, sia in ambito ospedaliero che domiciliare, per la visione degli episodi sincopali spontanei).

Nelle nuove Linee guida 2018, alcune raccomandazioni sono state declassate, come quelle relative all'uso dell'HUT come criterio diagnostico (classe I retrocessa in classe IIa). Infatti, come insegna la nostra esperienza, il test può risultare positivo anche in pazienti con altre forme di sincope riflessa o in pz affetti da aritmie maggiori o da malattia del nodo del seno. Anche una risposta negativa non può escludere la presenza di tachiaritmie/asistolia in corso di sincope.

Pertanto, l'indicazione all'HUT viene posta fundamentalmente per confermare l'ipotesi diagnostica di sincope riflessa nei pazienti con una causa indeterminata di sincope dopo la valutazione iniziale. Invece, nei pazienti con OESIL Risk Score elevato o con rilievi clinici suggestivi di sincope aritmica, il tilt test si è dimostrato fuorviante e quindi da non eseguire.

Come nel nostro caso, è piuttosto indicato un monitoraggio ECG prolungato (con eventuale loop recorder impiantabile) di durata congrua alla frequenza degli episodi sincopali spontanei. In particolare, l'indicazione all'impianto dell'ILR (raccomandazione in classe I) è stata estesa ai pazienti con sincope ricorrente di origine incerta, assenza di criteri di alto rischio e un'alta probabilità di recidiva entro la durata della batteria del dispositivo. E' indicato anche in pazienti con criteri ad alto rischio nei quali una valutazione globale non ha dimostrato la causa di sincope o ha portato a un trattamento specifico, in assenza di indicazioni all'impianto di pacemaker o ICD (epilessia non dimostrata, pseudosincope, con cadute inspiegabili).

Conclusioni:

Come riportato dalle ultime linee guida, l'utilizzo degli scores di stratificazione del rischio non si è dimostrato più efficace del giudizio clinico basato sull'individuazione delle caratteristiche di alto e basso rischio. Infatti, gli scores non sembrano raggiungere una sensibilità, una specificità e un valore prognostico paragonabile al giudizio clinico sul possibile outcome sfavorevole a breve termine del paziente con sincope. Sono tuttavia molto utili per un rapido inquadramento del paziente in fase di valutazione iniziale ed orientare il medico nel successivo percorso diagnostico.

Infatti, nel caso clinico presentato un iniziale basso rischio OESIL si rivelato associato alla successiva identificazione di una caratteristica di alto rischio quale **i sintomi mal definibili in regione toracica durante la presincope**. Infine altri elementi che hanno determinato la scelta di proseguire le indagini al fine di individuare l'origine cardiaca della sincope sono stati **l'assenza di specifici triggers** o situazioni favorevoli e **la mancata riproduzione**, durante la sincope riflessa indotta al Tilt Test, **dei sintomi** riferiti in occasione degli eventi

spontanei. Il monitoraggio ECG prolungato, scegliendo appropriatamente il device e la durata di registrazione in rapporto alla frequenza della sincope, si è rivelata l'indagine di scelta in questa tipologia di pazienti.