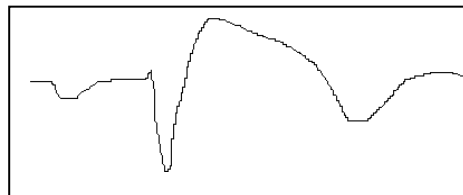


Un uomo di 75 anni giunge in Pronto Soccorso per episodio sincopale testimoniato. L'esame obiettivo rileva una fvm di 55 bpm con una pressione arteriosa di 105/60 mmHg. In anamnesi, storia di ipertensione arteriosa e ipertrofia prostatica in terapia con finasteride, enalapril, rabeprazolo, cardioaspirina e atorvastatina.

L'ECG mostra bradicardia sinusale con rSr' e sopraslivellamento del tratto ST nelle derivazioni V1 e V2. Gli esami ematochimici sono normali con troponina T nei limiti della norma in tre successive rilevazioni a distanza di 6 ore.

Il test ergometrico è negativo per ischemia miocardica, l'ECG holter è nei limiti rimanendo invariata la morfologia del QRS in V1-V2. Il Tilt test risulta positivo per sincope neuromediata di tipo misto (PA non rilevabile, fvm 43 bpm) al 15° minuto di ortostatismo passivo a 70 gradi.



La sindrome di Brugada viene definita dalla triade clinica 1) blocco di branca destro (BBdx) all'ECG; 2) sopraslivellamento del tratto ST in V1-V2; 3) morte improvvisa cardiaca.

Il caso descritto rientra invece nel gruppo dei pazienti con riscontro occasionale di segno di Brugada all'ECG (BBdx con sopraslivellamento del tratto ST a dorso di sella in V1-V2), in assenza di fattori di rischio per aritmie maligne associate a sindrome di Brugada (familiarità per morte improvvisa cardiaca, etnia Sud-Est asiatica e sincope non spiegata da altre patologie) e senza cause secondarie del pattern ECG tipo Brugada (patologia del ventricolo destro, farmaci antiaritmici bloccanti i canali del sodio, iperkaliemia o ipercalcemia).

Tali pazienti andrebbero sottoposti a follow-up clinico e, nei casi con episodi sincopali multipli recidivanti nonostante l'adeguata terapia della causa nota di sincope, andrebbe eseguito lo studio elettrofisiologico, un test genetico nel paziente e nei familiari per mutazioni del gene il canale del sodio ed eventualmente l'impianto di un defibrillatore automatico (ICD).

L'ICD è pure indicato in quei casi con segno di Brugada all'ECG, sincopi idiopatiche recidivanti e familiarità per morte improvvisa cardiaca non correlata a infarto miocardico acuto. Nei casi incerti lo studio elettrofisiologico, il test genetico del paziente e lo screening genetico dei familiari permettono una stratificazione del rischio di aritmie maligne in merito alla necessità di impiantare l'ICD.

Littman L, Monroe MH, Kerns WP et al. Brugada syndrome and "Brugada sign": clinical spectrum with a guide for the clinician. Am Heart J 2003;145: 768-78.