

GESTIONE DI TRE ESPERIENZE CLINICHE IN BASE ALLA FLOW-CHART DIAGNOSTICO TERAPEUTICA

Caso clinico

Federica Torri



- I have no disclosure



Ragazza, 25 anni

Da circa 1 anno 4 episodi sincopali e ripetuti episodi lipotimici tutti preceduti da cardiopalmo improvviso, forte e rapido e malessere

Anamnesi remota

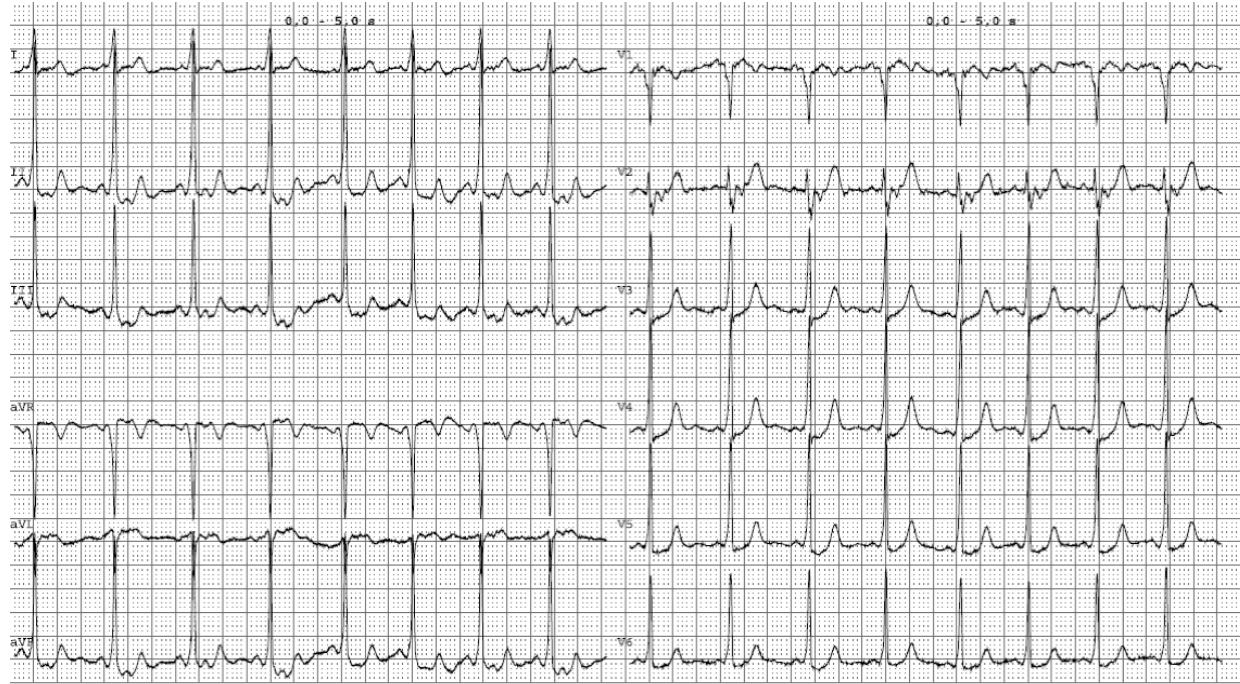
- Cugina della mamma con sindrome di WPW
- non familiarità per morte cardiaca improvvisa né cardiopatia ischemica
- non riferite patologie note, non assume farmaci



Esame obiettivo nella
norma

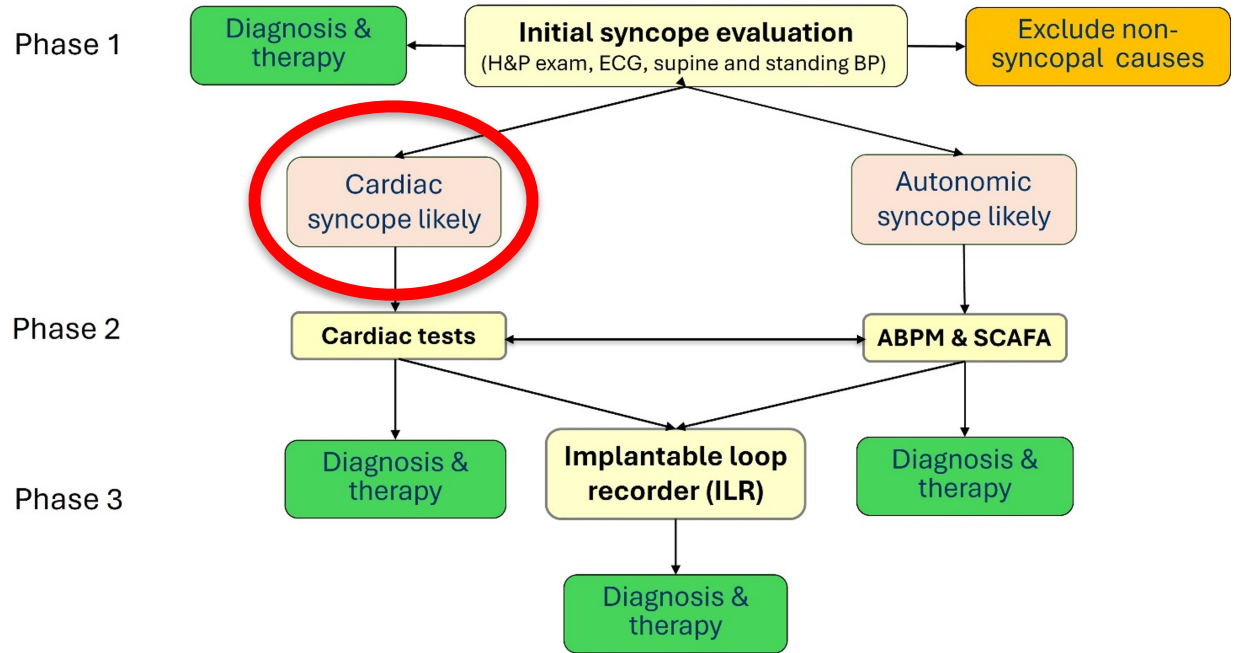
ECG: : ritmo sinusale
onda delta manifesta

Ecocardiogramma:
normale



Sulla base dei dati anamnestici e strumentali come ti orienti?

- 1) Sincope cardiaca
- 2) Sincope inspiegata
- 3) Sincope autonoma



Cardiac syncope

- During exertion or when supine
- Sudden onset palpitation immediately followed by syncope
- Family history of unexplained sudden death at young age
- Presence of structural heart disease or coronary artery disease
- ECG findings suggesting arrhythmic syncope:
 - Bifascicular block (defined as either left or right BBB combined with left anterior or left posterior fascicular block)
 - Other intraventricular conduction abnormalities (QRS duration ≥ 0.12 s)
 - Mobitz I second-degree AV block and 1° degree AV block with markedly prolonged PR interval
 - Asymptomatic mild inappropriate sinus bradycardia (40–50 b.p.m.) or slow atrial fibrillation (40–50 b.p.m.) in the absence of negatively chronotropic medications
 - Non-sustained VT
 - Pre-excited QRS complexes
 - Long or short QT intervals
 - Early repolarization
 - ST-segment elevation with type 1 morphology in leads V1-V3 (Brugada pattern)
 - Negative T waves in right precordial leads, epsilon waves suggestive of ARVC
 - Left ventricular hypertrophy suggesting hypertrophic cardiomyopathy

Linee guida ECS 2028

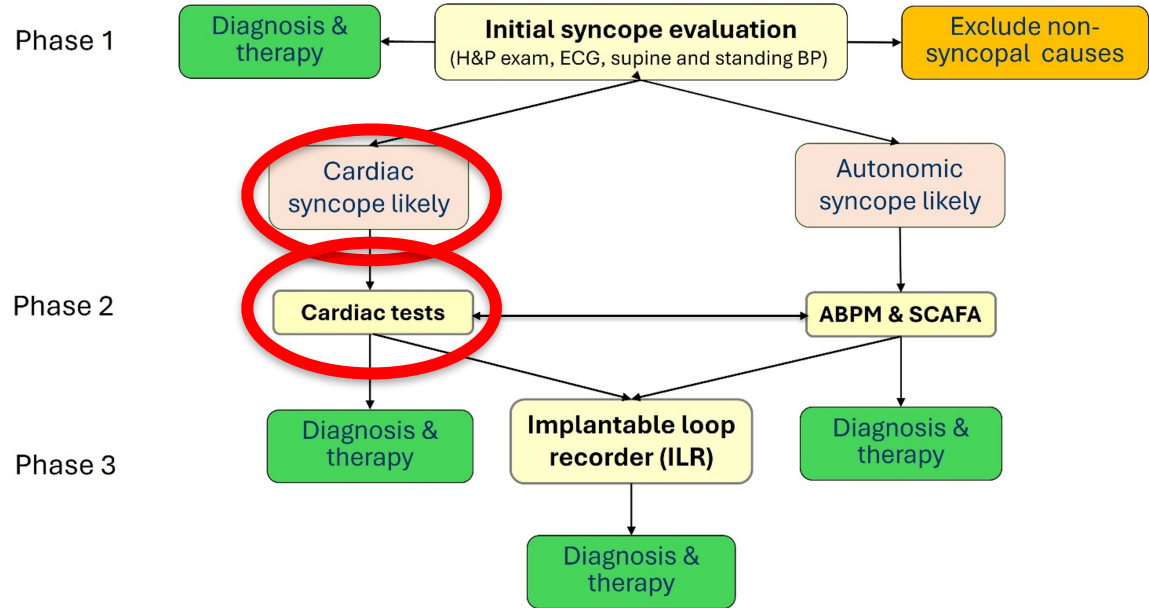
Table 4 Indications for catheter ablation and oral prophylactic antiarrhythmic drugs for recurrent SVT or VT

Clinical situation	Recommendation	Class	Level	Reference
WPW syndrome and episode of aborted SCD	Catheter ablation	I	C	
<u>WPW syndrome and syncope combined with preexcited RR interval during AF</u> <250 ms or antegrade APERP during PES <250 ms	Catheter ablation	I	C	
Incessant or recurrent SVT associated with ventricular dysfunction	Catheter ablation	I	C	
Recurrent monomorphic VT with haemodynamic compromise and amenable to catheter ablation	Catheter ablation	I	C	
WPW syndrome and recurrent and/or symptomatic SVT and age >5 years	Catheter ablation	I	C	
	Flecainide, propafenone	I		
	Sotalol	I		
	Amiodarone	IIb		

EHRA and AEPC-Arrhythmia Working Group joint consensus statement



Si consiglia
studio elettrofisiologico invasivo
per definire il rischio aritmico
della via accessoria ed eventuale
ablazione nel frattempo si inizia
flecainide cp senza miglioramento
clinico



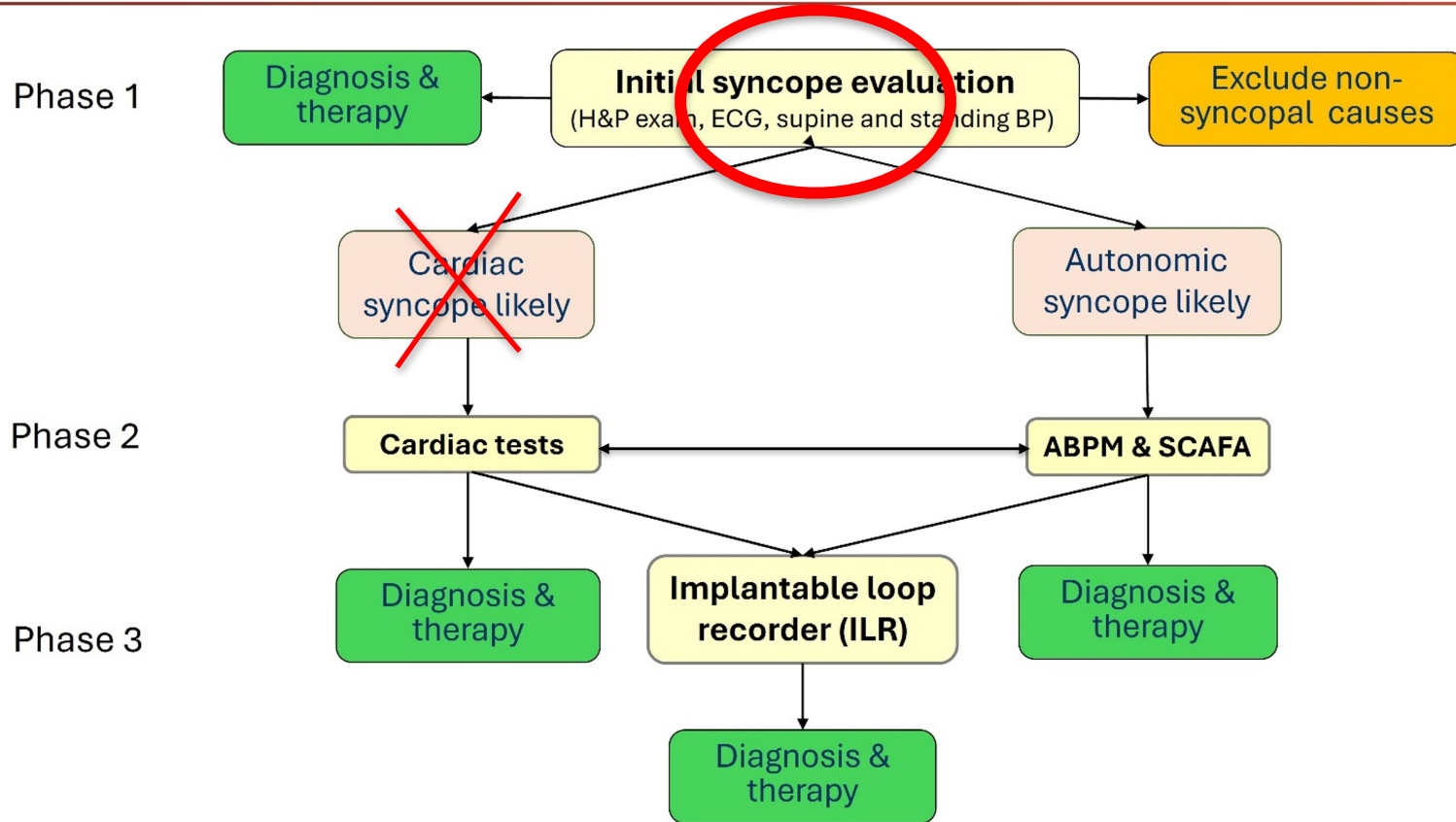
STUDIO ELETTROFISIOLOGICO

dopo sospensione della terapia antaritmica

Via accessoria nodo fascicolare con caratteristiche di benignità:

- assenza di conduzione retrograda e alto periodo refrattario effettivo del nodo AV
 - incapacità di sostenere un rientro AV anche in corso di isoprenalina
 - Conduzione anterograda con periodo refrattario effettivo della via accessoria > 250 ms anche in corso di isoprenalina
-
- **assenza di inducibilità di aritmie anche con protocollo aggressivo di stimolazione**
 - **Localizzazione della via parahissiana → ad alto rischio per BAV completo in corso di ablazione**





Visita nell'ambulatorio della sincope

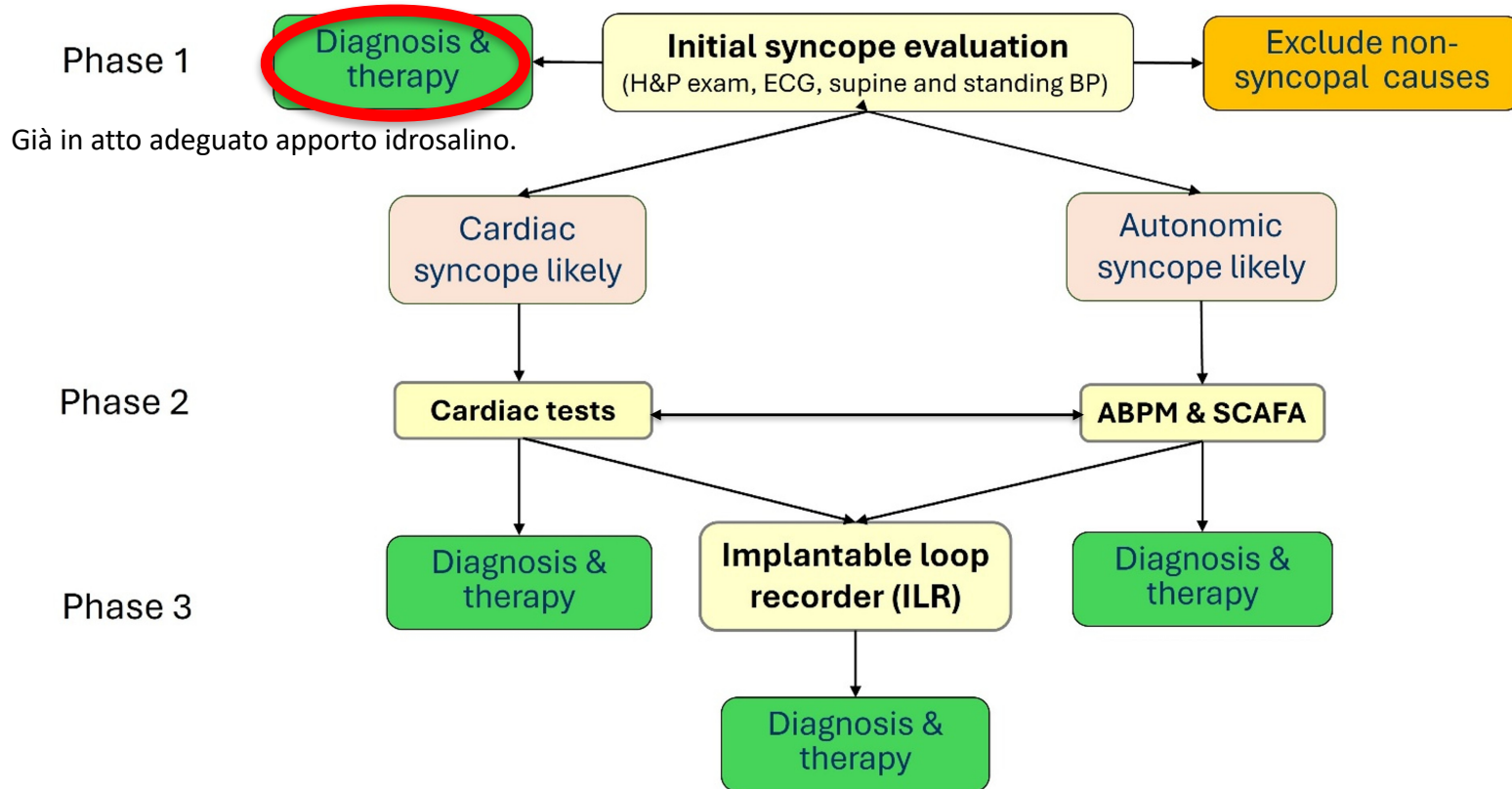
- **Anamnesi più approfondita:**
 - periodo tra 7.26-11.26: 4 episodi sincopali, con prodromi, non traumatici, in corso di disturbi alimentari
 - Assoluto benessere da circa 6 mesi, con ripresa di adeguata alimentazione
 - EO nella norma. PA 110/70 in assenza di delta sistolico dopo "standing-up".



cosa consigli?

- 1) Misure comportamentali
- 2) Terapia betabloccante
- 3) Impianto di pace-maker ed eventuale ablazione
- 4) Ulteriori accertamenti per definire con certezza il tipo di sincope autonoma





Take Home Message

- Importanza della anamnesi approfondita
- Necessità di escludere una sincope cardiogena in caso di sincope con alterazioni ECG
- Non tutte le alterazioni elettrocardiografiche sono associate a sincopi cardiogene

