

ELETTROFISIOLOGIA E DISPOSITIVI

Between cardiogenic and neurally mediated syncope: a challenging case with extravascular ICD

Sincope cardioinibitoria e Brugada tipo 1 farmaco-indotto: quando il tilt test non chiude il caso

Barnaba Ivano



Tre elementi del caso clinico



Tilt cardioinibitoria positiva

Offre una spiegazione non maligna della perdita di coscienza.



Sincope ricorrente + familiarita

Possono modificare in modo sostanziale prognosi e scelte terapeutiche.



Pattern tipo 1 farmaco-indotto

Rischio aritmico in genere più basso rispetto al pattern spontaneo.



un tilt test positivo non deve necessariamente interrompere l'iter diagnostico

Come si decide quando gli indizi clinici non concordano?



Donna di 52 anni



Quadro sincopale

- Circa 10 anni di perdite di coscienza, circa una al mese
- Episodi a riposo e da sforzo, con prodromi
- Cardiopalmo, dispnea, obnubilamento del visus
- Astenia e stordimento post-critici

Familiarità

- Nonno paterno: morte improvvisa notturna a 49 anni
- Padre: sincope cardioinibitoria, PM a 65 anni
- Madre: blocco bifascicolare, fenotipo ipertrofico



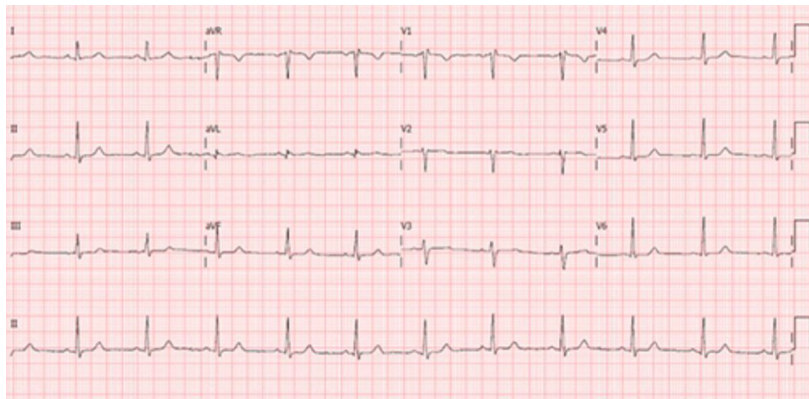
Diatesi trombotica

- Fattore V Leiden eterozigote
- Fattore XIII eterozigote
- PAI-1 4G/4G
- MTHFR C677T omozigote

Elemento chiave per la scelta del device



ECG

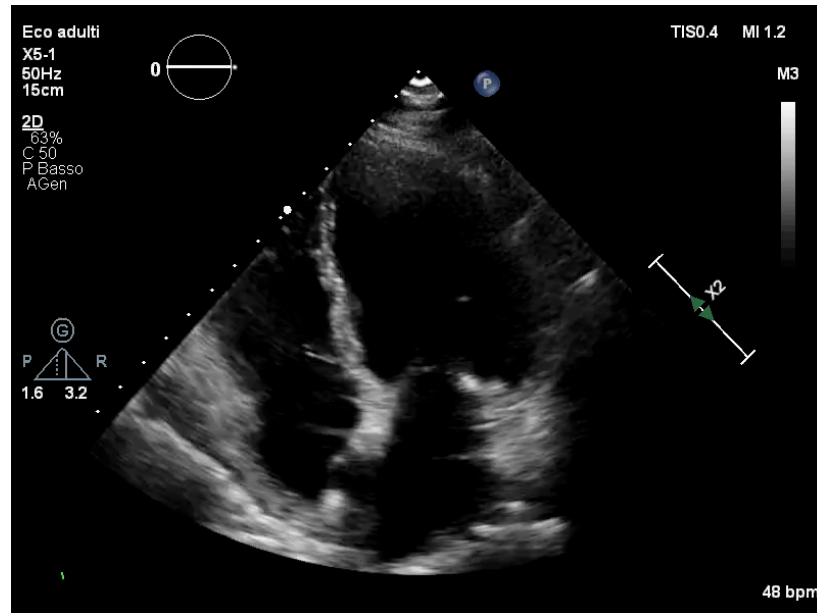


Ritmo sinusale e BBDx incompleto/rSr' in V1-V2

HOLTER

Non evidenziava aritmie ventricolari significative

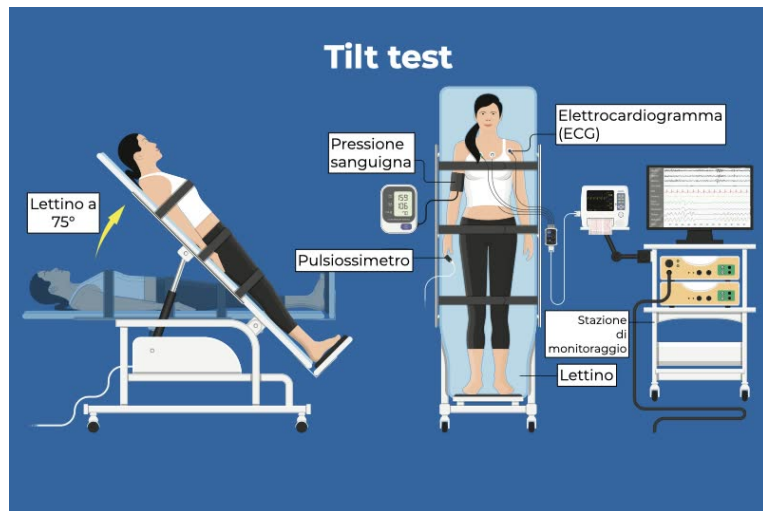
ECOCARDIO



Funzione ventricolare sinistra conservata e nessuna cardiopatia strutturale maggiore



ESECUZIONE TILT TEST CON NITRATO



Riproduceva la sintomatologia con bradicardia e asistolia di 7 secondi

Interpretazione

Sincope neuromediata
cardioinibitoria tipo 2B



A questo punto la sincope sembrerebbe già spiegata da un meccanismo riflesso benigno.



ESECUZIONE TEST ALL' AJMALINA

La persistenza degli episodi
e la familiarità sospetta →



Test all'ajmalina positivo

Comparsa di pattern di Brugada tipo 1
diagnostico (farmaco-indotto)

Meccanismo A: riflesso

Sincope cardioinibitoria documentata alla tilt. Spiegazione benigna.

Meccanismo B: aritmico

Substrato Brugada con rischio di aritmie ventricolari maligne. Spiegazione potenzialmente fatale

Il tipo 1 farmaco-indotto ha in genere rischio inferiore al tipo 1 spontaneo: la gestione non è automatica.



Pesare gli indizi dentro le linee guida

Cosa abbassa il rischio

Pattern solo farmaco-indotto: rischio aritmico minimo nei grandi registri (FINGER, Gaita 2023).

Cosa lo alza

Sincope ricorrente e familiarità per morte improvvisa: nel registro FINGER la sincope pesa più del pattern.

Il nodo

La tilt attribuisce la sincope a un meccanismo riflesso. Se la sincope è riflessa, l'indicazione a ICD si indebolisce.



un tilt test positivo documenta una suscettibilità alla sincope riflessa, **ma non esclude automaticamente un substrato aritmico concomitante.**

Sincope riflessa documentata

Potenziale rischio aritmico ereditario

La decisione è stata individualizzata perché entrambi i meccanismi erano clinicamente plausibili.



SCELTA DEL DISPOSITIVO

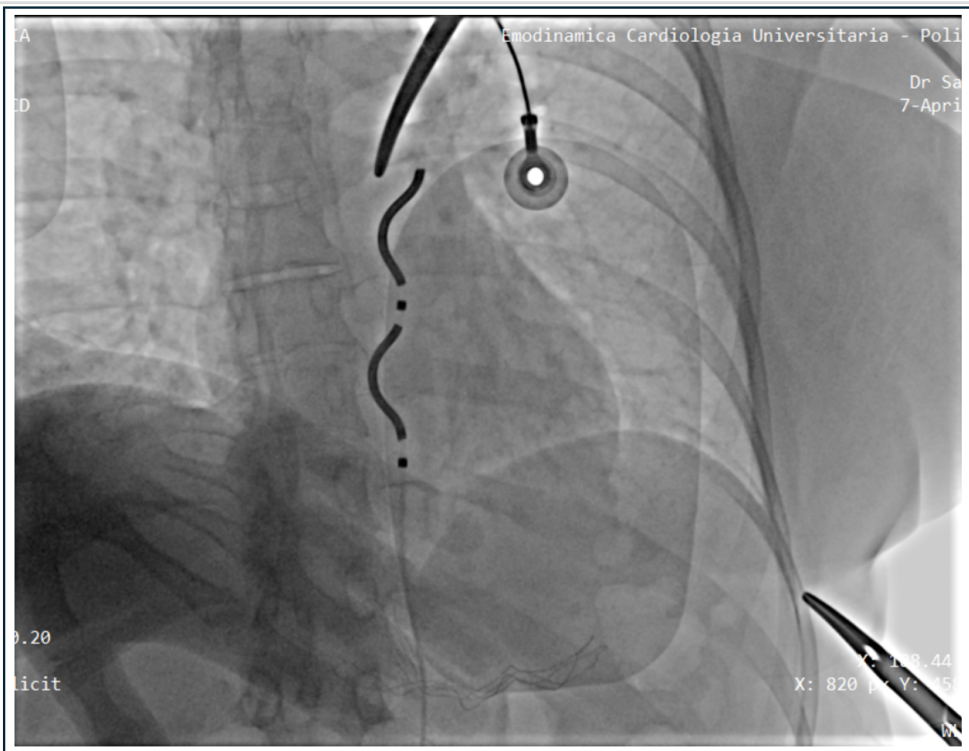
Dispositivo	Protezione TV/FV	Terapia pause	Senza accesso venoso
PM bicamerale (DDD-CLS)	No	Si	No
S-ICD	Si	No*	Si
ICD transvenoso	Si	Si	No
EV-ICD (scelta)	Si	Si**	Si

* solo pacing post-shock transitorio. ** pacing anti-pausa, non DDD-CLS cronico.

In questa paziente serviva protezione dalla TV/FV e terapia delle pause, evitando un elettrocattetero endovascolare per la diatesi trombotica.

L'EV-ICD risolve tutti e tre i problemi.





Procedura

- Sedazione profonda
- Incisione sottoxifoidea e tasca laterale sinistra
- Posizionamento sottosternale del lead
- FV indotta con burst a 20 Hz
- FV riconosciuta e interrotta da shock bifasico a 30 J
- Assenza di complicanze chirurgiche acute



Messaggi finali

1

Un tilt test positivo non chiude sempre il percorso diagnostico.

2

Il Brugada tipo 1 farmaco-indotto richiede stratificazione del rischio individualizzata.

3

L'EV-ICD può essere utile quando servono defibrillazione, ATP/supporto di pacing ed evitamento del sistema venoso.

Sincope riflessa e rischio aritmico ereditario possono sovrapporsi



GRAZIE

