

SINCOPI NEI BAMBINI SYNCOPE IN CHILDHOOD

MCLEOD K.A.

Arch Dis Child 2003;88(4):350-3

Le sincopi del bambino appartengono a tre categorie: a) le sincopi neuro-cardio-mediate (sincopi riflesse, sindrome della bradicardia ortostatica posturale, insufficienza autonoma pura, atrofia multisistemica); b) le sincopi da causa cardiovascolare primaria (aritmiche, strutturali, vascolari); c) le pseudo-sincopi (epilettiche, psicogene).

La grande maggioranza delle sincopi appartiene al primo gruppo, e in particolare al sottogruppo delle sincopi riflesse e a quello della bradicardia ortostatica posturale. Le altre due condizioni sono espressione di un difetto primitivo o secondario del sistema nervoso.

Le crisi epilettiche raramente danno il quadro chiaro della sindrome neuro-cardio-genica, e le crisi psicogeniche, in sostanza degli "inganni", si ripetono senza causa, in genere sempre in presenza della stessa persona. Le crisi cardiogeniche, rarissime, tra cui prevalgono (si fa per dire) quelle da Q-T lungo, sono caratterizzate da almeno uno di 5 campanelli d'allarme: 1) crisi che si verificano durante l'attività fisica; 2) o in presenza di fortissime, brusche emozioni o stimoli; 3) o sincopi che si verificano anche in posizione supina; 4) o sincopi con storia familiare di morti improvvise sotto i 30 anni; 5) o crisi con storia "strana", "odd".

Restano dunque le crisi neuro-mediate, che sono tutte le altre. Tra queste: gli spasmi affettivi del bambino piccolo (dubbia la possibilità di collocare in due distinte categorie le crisi pallide da quelle cianotiche), e le lipotimie ortostatiche del bambino più grandicello o dell'adolescente, fanno di nuovo la parte del leone. Comunque, tutte le sincopi neuromediate sono delle sincopi riflesse, espressione di un disturbo del controllo centrale della pressione arteriosa e/o del ritmo cardiaco. Anziché la fisiologica risposta con tachicardia e aumento della pressione, è in causa in queste sincopi una risposta paradossa.

Con il tilt test, eseguibile nel bambino di età superiore a 6 anni, si può osservare, dopo un parziale brusco passaggio a un semi-ortostatismo (60°-90°), una breve asistolia o bradicardia, accompagnata da un calo della pressione arteriosa. In singoli casi ritmo cardiaco e pressione arteriosa restano stabili, ma si stabilisce ugualmente una ipoperfusione cerebrale per vasocostrizione riflessa delle carotidi. In tutti i casi l'anemia cerebrale è il comune denominatore dell'episodio.

Cosa bisogna fare nelle sincopi ricorrenti? La storia clinica, dice l'Autore, e la valutazione dei campanelli d'allarme, consentono di chiarire la diagnosi senza problemi. L'ECG esclude il QT-lungo, e altri problemi di ritmo. Un Holter e un EEG non sono quasi mai, per non dire mai, utili. Ogni genere di approfondimento, anche a priori inutile, può diventare inevitabile nelle forme che mostrino qualche severità e che siano anche eccessivamente frequenti. In singoli casi dubbi, con QT-limite, e con dimostrata asistolia o profonda bradicardia, può essere indicata anche la messa in opera di un pacemaker cardiaco,

ma nella grande maggioranza dei casi sono sufficienti la semplice rassicurazione e il non intervento (se non quello di mantenere la posizione distesa subito dopo le crisi). Interventi terapeutici preventivi possono essere, nel grandicello o nell'adolescente in cui l'episodio è sostanzialmente ipotensivo, di bere con abbondanza e di aumentare l'apporto del sodio con la dieta, al limite di assumere 100 microgrammi/die di Florinef (da noi non in commercio, sostituibile con il cortisolo, o "cortone"), mentre nel più piccolo, quello con gli spasmi affettivi, la cura obbligatoria è il ferro. Cura che è efficace in almeno la metà dei casi, e che corrisponde, statisticamente, a una carenza di ferro dimostrabile, causa o concausa dell'anemia cerebrale o del suo effetto sul sistema nervoso autonomo.

La posizione ortostatica di norma produce una risposta riflessa che tende a prevenire l'ipoperfusione cerebrale. Questa risposta, nella norma, è caratterizzata dalla tachicardia e dall'aumento pressorio, dapprima riflesso, poi sostenuto dall'adrenalina (Stewart JM. Orthostatic intolerance in pediatrics. J Pediatr 2002;140:404). La risposta fa difetto, o è paradossale, in alcune situazioni fisiologiche iper o ipo-maturative o di disequilibrio (per esempio nel vecchio o nel lattante o nell'adolescente). Soprattutto in quest'ultimo si è visto che al tilt test (o head-up-tilt o HUT) si può ottenere una risposta cardioinibitoria, vaso-vagale, con bradicardia, oppure vasoinibitoria (con ipotensione) o mista (tachicardia posturale con ipotensione), con notevole frequenza (40% circa). Queste risposte anomale non si accompagnano necessariamente a sincope, ma anche soltanto a disturbi della sfera neurovegetativa, quali cefalea, sudorazione, gonfiore delle estremità, acrocianosi, intolleranza alla fatica, stanchezza, palpitazione (Stewart JM. Transient orthostatic hypotension is common in adolescents. J Pediatr 2002;140:418). Alcuni di questi sintomi fanno parte della sindrome tensione-stanchezza post-infettiva, nella quale effettivamente il riscontro di anomalie allo HUT e/o una desaturazione dell'emoglobina cerebrale si osservano con una frequenza superiore all'80% (Tanaka H, Matsushima R, Tamai H, Kajimoto Y. Impaired postural cerebral hemodynamics in young patients with chronic fatigue syndrome. BMJ 2002;324:412). Quanto alla efficacia del ferro si veda: Mocan H, Yildiran A, Orhan F, Erduran E. Breath holding spells in 91 children and response to treatment with iron. Arch Dis Child 1999;81:261.

P.S. Molti considerano gli spasmi affettivi che hanno inizio nell'età del lattante come dei fenomeni psico-somatici, o addirittura dei fenomeni indotti. In realtà tutto dice che sono dei fenomeni riflessi, e che in una situazione migliore di emopoiesi e/o di ferro-enzimi nel cervello, questi fenomeni non si verificano più. Eppure la loro classificazione non è semplice: bene o male originano nella psiche, nel pianto, nello spavento, nella frustrazione, e nemmeno si può escludere che il lattante, una volta "imparato" a provocarsi il disturbo, che comunque gli arreca un "vantaggio secondario", lo riproduca poi quasi volontariamente. Chiacchiere.