

Tachicardia posturale ortostatica

Non sempre è noto come un paziente risponderà a un farmaco appena prescritto. Una corretta revisione della sua storia clinica e dell'uso di farmaci è un primo passo fondamentale per fare qualsiasi diagnosi

Una donna di 20 anni si presenta dal suo Mmg riferendo 2 episodi sincopali a distanza di 10 minuti l'uno dall'altro. Racconta che era a casa da sola e che al primo episodio ha perso conoscenza per alcuni secondi e alcuni minuti al secondo e che in entrambi i casi ha avvertito nausea e vertigini prima di perdere conoscenza.

• **Anamnesi.** La paziente nega digiuno, vomito, diarrea, palpitazioni, dolore toracico, incontinenza, traumi orali, mal di testa, febbre, brividi o tremori. Il suo ultimo periodo mestruale è iniziato 3 giorni prima della presentazione degli episodi sincopali; da circa 10 giorni assume sertralina 25 mg/die per ansia e depressione ed etinilestradiolo/noretindrone acetato 20 µg/die per il controllo delle nascite. Ha appena terminato un ciclo di 7 giorni di metronidazolo per vaginosi batterica. Nega uso di droghe o alcol, sincope, convulsioni o altre condizioni mediche. La storia familiare è negativa per qualsiasi condizione cardiaca o neurologica.

• **Visita.** La paziente appare euvolemica. Nel complesso, la revisione dei sistemi respiratorio, cardiaco e neurologico è insignificante. All'ECG ritmo sinusale e intervallo QT nella norma. Le misurazioni della PA e della FC sono: supina, 122/83 mmHg - 67 bpm; seduta 118/87 mmHg - 60 bpm; in posizione eretta 123/83 mmHg - 95 bpm. Oltre all'aumento del polso tra seduta e in piedi, la paziente accusa nausea durante la transizione in posizione eretta. Vengono prescritte indagini ematochimiche (pannello meta-

bolico ed emocromo completi, test ormonale stimolante la tiroide).

• **Work-up di laboratorio:** eritrocitosi lieve con ematocrito ed emoglobina rispettivamente del 46,1% e 15,6 g/dL, nonché ipercalcemia lieve (10,4 mg/dL).

► Diagnosi e follow-up

Un aumento della frequenza cardiaca di oltre 30 bpm quando la paziente è passata dalla posizione seduta alla posizione eretta ha indicato una diagnosi di sindrome da tachicardia ortostatica posturale (POTS). Questo ha spinto il curante ad interrompere la terapia con sertralina.

A distanze di 20 giorni dall'interruzione del farmaco, la paziente riferisce di non aver avuto episodi sincopali aggiuntivi. PA e FC: supina, 112/68 mmHg - 61 bpm; seduta, 113/74 mmHg e 87 bpm; in piedi, 108/74 mmHg - 78 bpm. I segni vitali mostrano un aumento del polso di 26 bpm tra sdraiata e seduta, senza alcuna segnalazione di nausea.

► Discussione

La POTS è un tipo di intolleranza all'ortostasi correlata ad un aumento significativo del polso senza conseguente ipotensione in piedi. Altri sintomi che accompagnano questo cambiamento di posizione includono vertigini, visione sfocata e affaticamento. La sincope si verifica in circa il 40% dei pazienti con POTS, che può essere più frequente rispetto ai pazienti con ipotensione ortostatica. La prevalenza complessiva di POTS è tra lo 0,2% e l'1%; tuttavia, è ge-

neralmente osservata in un rapporto femmina-maschio 5: 1. La POTS è spesso idiopatica. Detto questo, può anche essere causata da effetti avversi dei farmaci, ipovolemia e fattori di stress, tra cui vaccinazioni, infezioni virali, traumi e fattori scatenanti emotivi. All'esame fisico, questa paziente non sembrava essere ipovolemica, ma poiché aveva iniziato ad assumere sertralina circa 10 giorni prima degli episodi sincopali, l'uso del farmaco era alla base della probabile eziologia in questa giovane donna altrimenti sana.

• **La sincope potrebbe indicare un problema CV più importante.** La diagnosi differenziale dei capogiri con perdita di coscienza si pone con anemia, sincope vasovagale, ipotensione ortostatica, disidratazione, squilibrio elettrolitico, aritmia, sindrome del QT prolungato, anomalia della valvola cardiaca o della struttura e convulsioni. La maggior parte di questi differenziali può essere esclusa dai test di laboratorio di base o dall'imaging cardiaco. Nella POTS, il work-up diagnostico è essenzialmente sovrapponibile rispetto ad altre cause di sincope. L'ipotensione ortostatica, ad esempio, è simile; tuttavia, vi è un ulteriore cambiamento nella PA.

• **Effetti avversi non intenzionali.** Gli SSRI, come la sertralina, sono noti per avere meno effetti avversi CV rispetto agli antidepressivi triciclici e gli inibitori delle monoamino ossidasi. Tuttavia, i casi clinici hanno mostrato un'associazione tra SSRI e sincope.

• *Fonte: J Fam Pract 2021; 70(5):247-248*