



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Le palpitazioni
Data 05 febbraio 2006 alle 16:31:00
Autore R Rossi

Ressa:
Oh, ecco un sintomo che viene riferito frequentemente al medico...

Rossi:
Sì, però le difficoltà di inquadramento cominciano già quando si cerca di capire cosa intende dire il paziente, che qualche volta usa il termine di palpitazioni, altre volte riferisce di sentire un battito cardiaco a vuoto, altre volte parla di tachicardia, altre volte ancora di sensazioni strane (tipo "frullatina" o "batter d'ali") al petto. Dalle mie parti spesso si usa il termine di "batticor", che non credo necessiti di traduzione. Insomma il paziente indica una gran varietà di sensazioni soggettive ed è importante cercar di capire che cosa gli capiti in realtà...

Ressa:
Vero, anche se spesso, nonostante tutta la nostra buona volontà, non riusciamo a far ben descrivere il tipo di disturbo lamentato.

Rossi:
Oltre a questo c'è da dire che quasi sempre si tratta di un disturbo riferito, nel senso che l'episodio si è verificato (magari di notte) e quando visitiamo il paziente troviamo un ritmo cardiaco perfettamente normale. Talora si tratta di episodi che si ripetono spesso, altre volte sono sporadici. In ogni caso il paziente è allarmato perché ovviamente la sensazione soggettiva di avvertire qualcosa che non va nel proprio ritmo cardiaco è molto spiacevole e preoccupante, perché normalmente noi non avvertiamo il nostro cuore al lavoro.

Ressa:
Per fortuna l'origine cardiaca del sintomo non è frequente...

Rossi:
Infatti in molti casi le palpitazioni sono una somatizzazione di uno stato ansioso. Il caso meno frequente è quello in cui visitando il paziente avvertiamo un'aritmia: con il semplice esame obiettivo o con l'ECG si riesce allora a stabilire con precisione di che tipo di anomalia si tratta. Purtroppo il più delle volte le cose non sono così semplici e il paziente viene a noi quando il sintomo è scomparso... Ressa:
Io consiglio sempre di recarsi in PS per registrare un ECG non appena compare la palpitazione, ma noto che quasi mai i pazienti mi ascoltano: o perché aspettano nella speranza che il disturbo passi, o perché capita di notte e non vogliono disturbare i familiari...

Rossi:
Qualche volta anche perché la palpitazione dura troppo poco per dare il tempo di arrivare in PS. In questi casi si può insegnare al paziente a controllarsi il polso e a valutare quanto dura l'episodio. Con un po' di pazienza si può insegnare anche a discriminare tra tachicardia (il cuore batte più veloce del normale) o battiti irregolari (percepiti come colpi a vuoto) e tra ritmo accelerato ma regolare (i battiti si susseguono tutti allo stesso ritmo) o ritmo irregolare. Si può fare nei soggetti più collaboranti, per esempio tamburellando le dita sul tavolo in modo da mimare il battito del cuore e facendo ascoltare cosa intendiamo per tachicardia o aritmia con battito irregolare.

Ressa:
Bene, allora facciamo conto di essere davanti al nostro paziente che lamenta palpitazioni, come procedere?

Rossi:
Ipotizziamo il caso più frequente, cioè quello in cui visitando non troviamo alterazioni di sorta del ritmo cardiaco. Con l'anamnesi (caratteristiche, durata, ecc.) si può già tentare un primo inquadramento. La prima cosa è considerare le cause più frequenti che sono: ansia, tachicardia sinusale, extrasistoli, tachicardia parossistica sopraventricolare (TPS). Nel caso dell'ansia le palpitazioni spesso si associano ad altri sintomi come mancanza di respiro, testa leggera, precordialgie atipiche. Si tratta di soggetti che talora conosciamo come particolarmente predisposti a sviluppare sintomi psicosomatici o esageratamente attenti a qualsiasi sensazione corporea, anche la più banale, che viene enfatizzata ed elevata a livello di sintomo/malattia. In molti la consapevolezza del battito cardiaco si rende manifesta di notte, quando si dorme sul fianco sinistro (stranamente qualche volta anche sul destro): in questo caso il battito cardiaco viene sentito dall'orecchio e il paziente si allarma molto. Anche i portatori di protesi valvolari meccaniche possono avvertire questo fenomeno ed esserne infastiditi o preoccupati. Talora la percezione del battito indotto viene riferita dai portatori di pace-maker. Questi casi sono banali e si dovrebbe poterli individuare semplicemente interrogando bene il paziente. La tachicardia sinusale di solito si percepisce in occasione di eventi come la febbre, uno stress, l'esercizio fisico, ma può anche essere l'espressione di un ipertiroidismo o di una miocardite o di altra patologia miocardica. Le extrasistoli vengono generalmente riferite come "cuore che perde un colpo" oppure "ho sentito dei battiti in più". Sappiamo che possono essere sopraventricolari o ventricolari, talora si riesce a sentirne qualcuna se si ausculta il paziente per molti minuti. Ci sono due difficoltà: la prima è stabilire se sono sopraventricolari o ventricolari (per farlo



bisogna riuscire a registrarle con un ECG), la seconda è stabilirne la prognosi. In genere se non si associano ad un cardiopatia sottostante e sono di tipo sopraventricolare sono benigne, diverso è il discorso se compaiono in soggetti con scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica o valvolare, se sono numerose (più di 1 o 2 al minuto). Il tracciato elettrocardiografico permette di evidenziare se sono polifocali (cioè se hanno morfologia diversa tra loro, quindi se originano da foci ectopici differenti) e precoci (fenomeno R su T, cioè se si verificano sull'onda T del battito precedente, possono iniziare una tachicardia o una fibrillazione ventricolare, soprattutto in cuori malati). Alcune volte le extrasistoli possono essere dovute a digitale o all'azione proaritmica di vari farmaci cardiovascolari (specialmente gli antiaritmici). In alcuni soggetti possono comparire extrasistoli quando abusano di alcol, caffè, sigarette. Da ricordare anche il prolasso mitralico, che si associa non di rado ad extrasistoli sia sopraventricolari che ventricolari e a precordialgie. La tachicardia parossistica ha di solito un inizio brusco (diversamente dalla tachicardia sinusale), una durata variabilissima, da meno di un minuto a ore o giorni, e una cessazione brusca. Se si riesce a far misurare la frequenza al paziente, un valore > 140 battiti per minuto esclude in genere una genesi sinusale. Può aversi in cuori apparentemente sani oppure in cardiopatici, nei quali può precipitare un attacco di angina o uno scompenso cardiaco. La distinzione tra forme sopraventricolari e ventricolari è possibile solo con l'ECG (talora anche con questo strumento possono rimanere dei dubbi, per esempio se vi è associato un blocco di branca). Qualche volta il paziente impara a farla cessare con manovre di stimolazione vagale (trattenendo il respiro oppure tossendo o aumentando il torchio addominale) e questo depone per una forma sopraventricolare. Ressa: D'accordo, ci hai illustrato le quattro cause più frequenti di "batticor", ma quelle meno comuni?

Rossi:

Sono la fibrillazione o il flutter atriale oppure un blocco atrio-ventricolare variabile. In alcuni soggetti con cardiopatia valvolare o ischemica sottostante la fibrillazione atriale può avere caratteri parossistici e non essere presente quando visitiamo il paziente. Il rischio di eventi embolici che si possono verificare in questi casi è notevole per cui vale sempre la pena di pensarci in soggetti che hanno una cardiopatia nota o che hanno già avuto episodi documentati di fibrillazione atriale.

Ancora da ricordare che palpitazioni possono aversi in corso di ipertiroidismo e durante i primi anni della menopausa (probabilmente dovute alla vasodilatazione improvvisa responsabile anche delle vampate di calore).

Ressa:

Ci sono degli esami da far fare?

Rossi:

Ovviamente se siamo ragionevolmente sicuri di essere di fronte ad ansia e somatizzazione cardiaca si potrebbe anche evitare di richiedere accertamenti. Questo si scontra però con due difficoltà: da una parte nulla vieta che anche un ansioso possa avere una cardiopatia e tu pensi che sia solo nevrotico e magari quello ha episodi parossistici di fibrillazione atriale o una tireotossicosi o una valvulopatia mitralica che acusticamente si sente poco; dall'altra è difficile convincere il paziente a non far nulla se il disturbo è frequente e recidivante.

L'esame principe è ovviamente l'ECG, che però può essere del tutto normale se viene registrato quando non c'è il sintomo. La registrazione per 24 ore secondo Holter può documentare invece il tipo di aritmia che compare in occasione delle palpitazioni lamentate, ma guarda caso quando si mettono la macchinetta il "batticor" non si verifica mai! Se ci sono buoni motivi per sospettare veramente un'aritmia si può ricorrere alle registrazioni prolungate per più giorni, magari azionate dal paziente stesso quando vi è il sintomo. Altri accertamenti in ambito cardiologico sono l'ECG da sforzo e l'ecocardiogramma per escludere una cardiopatia ischemica, valvolare o dilatativa, ovviamente questi esami vanno richiesti a ragion veduta, cioè se il paziente per esempio ha fattori di rischio cardiovascolari, o se sono presenti altri sintomi come dolore toracico, dispnea, oppure se dalla visita si sentono soffi cardiaci importanti, ecc. o ancora in caso di episodi ripetuti e che condizionano la vita del paziente. Ressa:

E gli esami del sangue?

Rossi:

Un dosaggio degli ormoni tiroidei non si nega a nessuno. Mi è capitato di lisciare bellamente (con sonora revoca) un ipertiroidismo per aver inquadrato come ansiosa una signora trentenne che lamentava palpitazioni ricorrenti. Poi farei un profilo di minima: glicemia, creatinina, elettroliti (da ricordare che disturbi elettrolitici possono scatenare aritmie in soggetti cardiopatici in trattamento per esempio con digitale o diuretici).

Ressa:

Come concluderesti?

Rossi:

Sottolineando che qualche volta il corretto inquadramento è difficile e spesso il quadro si chiarisce con il tempo. A questo proposito ti cito il caso di un ragazzino, diventato mio paziente da poco, che lamentava episodi di palpitazione durante le partite di calcio. Ovviamente per molto tempo nessuno ha dato peso alla cosa, neppure i genitori, perchè si riteneva logico che durante l'attività sportiva il cuore battesse più forte. Finchè il pediatra che lo aveva in cura si è deciso a far fare ECG standard, Holter, ecocardiogramma (che risultarono negativi) e una consulenza aritmologica: il ragazzo venne sottoposto a studio elettrofisiologico che documentò un focus aritmogeno a livello della via nodale lenta con comparsa di TPS. Dopo ablazione transcateretere con radiofrequenze si è assistito alla scomparsa degli episodi.