

Cardiomiopatia da stress associata a sindrome astinenziale da benzodiazepine.

Sartori S.¹, Occupati B.², Lanzi C.², Pistelli A.², Gambassi F.², Caldi F.³, Corradi F.⁴, Mannaioni G.¹

¹*Neurofarba, Unifi, Firenze, Italia*

²*Sod tossicologia medica, Aou Careggi, Firenze, Italia*

³*Sod inquadramento clinico integrato e percorsi intraospedalieri delle urgenze, degenza osservazione breve intensiva, Aou Careggi, Firenze, Italia*

⁴*Sod medicina interna 2, Aou Careggi, Firenze, Italia*

La sindrome di Takotsubo (TTs), o cardiomiopatia da stress, si caratterizza con un quadro ecocardiografico di fugace disfunzione ventricolare apicale, solitamente sinistra. All'ECG si possono trovare blocco di branca sinistra, ST sopra/sotto-slivellato, onda T invertita e/o QTc prolungato. Possibile anche un aumento dei markers di danno miocardico, mentre la coronarografia risulta negativa per danno da ostruzione. Attualmente nessuna causa tossicologica è stata inserita ufficialmente tra le eziologie di tale quadro cardiologico, sebbene siano stati segnalati casi di TTs in corso di astinenza da alcol, oppioidi e farmaci ansiolitici/ipnoinducenti, oltre che in intossicazioni ed avvelenamenti (farmaci, bevande energetiche, sostanze d'abuso, funghi, veleni di origine animale, monossido di carbonio, piretroidi/carbammati).

Esponiamo il caso di una paziente ricoverata presso il dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi per comparsa di convulsioni e perdita di coscienza. In DEA la paziente, di 54 anni e in menopausa fisiologica, si presentava catatonica ma con riflessi patellari/bicipitali simmetrici e normoevocabili, nonostante la precedente sedazione. All'EEG effettuato all'ingresso non sono stati riscontrati elementi compatibili con epilessia. La paziente soffriva di disturbo schizoaffettivo per il quale abusava, automedicandosi, di alprazolam e lorazepam a posologia non nota, non assunti tuttavia nei 3 giorni antecedenti all'episodio convulsivo. Tramite approfondimenti laboratoristico-diagnostici sono quindi state scartate le ipotesi infettive e vascolari del quadro neurologico. Agli esami è stato riscontrato un aumento di troponina I da 1,47 µg/L fino a 8,17 µg/L (intervallo fisiologico 0,00-0,09 µg/L) con negativizzazione delle onde T in molteplici derivazioni all'ECG. Ecocardiograficamente è comparsa acinesia diffusa dei settori apicali, con ipercinesia di quelli basali e frazione d'eiezione (FE) del 30%, sospetta per Tako-Tsubo, come confermato da successiva coronarografia. Al persistere dello stato di male epilettico resistente alla sedazione, dopo somministrazione di propofol e levetiracetam, la paziente è stata trasferita in un reparto di terapia intensiva. EEG e RM encefalo hanno escluso ulteriori cause organiche del quadro clinico. La paziente ha quindi iniziato terapia anti-astinenziale con fenobarbitale ed è stata dimessa senza alcuna riacutizzazione delle convulsioni, con valori di troponina I pressoché normalizzati (0.20 µg/L) e funzionalità cardiaca recuperata (FE 53%).

E' quindi importante evidenziare come la iperattivazione noradrenergica presente durante l'astinenza da benzodiazepine possa essere alla base della insorgenza di cardiomiopatia da stress in pazienti tossicologici. Il caso da noi esposto sottolinea la necessità di dover approfondire la conoscenza delle cause di TTs non ancora riconosciute dalla comunità scientifica, in modo da non sottovalutare l'incidenza di tale entità clinica.