

Ma è «normale» ‘sta «TPSV»?

SIMEU ID

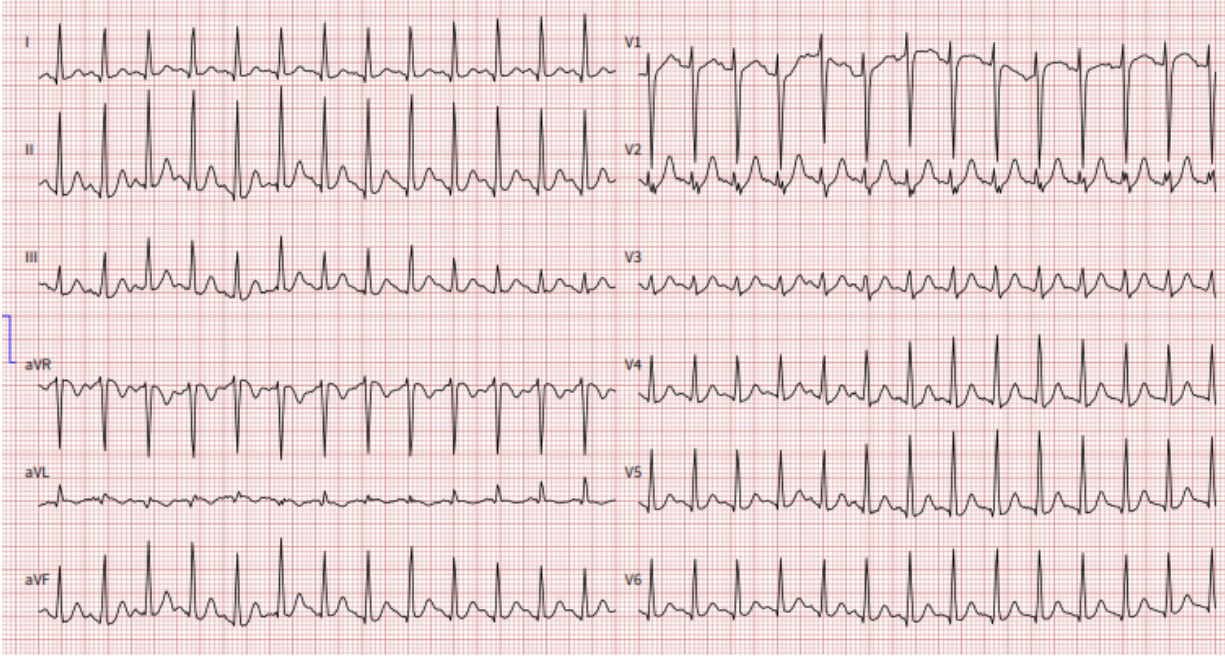
0

1

9

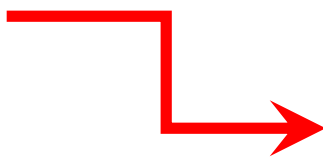
Davide Savino, Giampiero Giuzio, Paola Caporaletti

Una donna di 40 aa giunge verso le 23.15 c/o il DEA II dell’AOU Policlinico di Foggia, accedendo direttamente in sala rossa, per comparsa di cardiopalmo da alcune ore.
I suoi parametri all’ingresso sono: P.A.130/70, F.C. 170 bpm (ritmici), F.R. 18 a/m., SaO₂ 97% in aa, refill capillare > 3”. Nega dolore toracico. Anamnesi patologia prossima e remota muta.



- ECG, monitor
- EGA,
- prelievi in urgenza, comprensivi di flogosi, dosaggio qualitativo sostanze da abuso e troponina hs.

3 boli di adenosina ev di 6, 12, 18 mg senza successo.



Si contatta il cardiologo che concorda per **cardioversione elettrica** con sedazione procedurale curata dal collega rianimatore

Propofol, s.p.c. (0,5 mg/kg) —————> rallentamento della F.C. seguita da cardioversione a R.S. 80 bpm. Dopo 3/5 min, causa l’emivita del propofol , ripresa di TPSV (160 bpm). Si ri-somministra quindi Propofol con nuova cardioversione e nuovamente ritorno a TPSV. In accordo con il collega cardiologo si somministra Seloken 1 fl ev in 20’ senza alcun risultato .
Ad un insistente approfondimento anamnestico, la paziente riferisce di aver avuto «problemi alla tiroide» durante l’ultima gravidanza.
Prelievo per funzionalità tiroidea —————> EN fiale 4 mg in Sol.Fisiol. 250cc a30 ml/h con riduzione della F.C. fino a 110 bpm.
In OBI prosegue monitoraggio con evidenza di tachicardia sinusale responsiva alla terapia con benzodiazepine.
L’indomani si ottengono i dati della funzionalità tiroidea...

TSH3 Metodo: Chemiluminescenza	<0.0100	μUI/ml	0.40 - 4.05 Gravidanza: 1° Trimestre: 0.130-3.120 2° Trimestre: 0.275-2.652 3° Trimestre: 0.313-2.947
FT4 Metodo: Chemiluminescenza	5.04 *	ng/dl	0.80 - 2.20
TG (tireoglobulina) Metodo: Chemiluminescenza	58.0 *	ng/ml	0.9 - 54.0

Dimissione quindi al domicilio con indicazione a terapia con tapazole e betabloccante e controllo clinico a 40 giorni.

Alla visita di controllo l’assetto della funzionalità tiroidea deponeva per la diagnosi di **morbo di Graves-Basedow** (TSH 0.01, fT3 3.91, fT4 1.19, TPO 181, TG Ab 28.5, **TSHr Ab 9**), per cui la paziente, in assenza di indicazione al trattamento chirurgico o radioterapico con I¹³¹ proseguiva la terapia medica a base di tapazole e beta bloccante.
Verosimilmente, l’effetto collaterale del propofol, ovvero la comparsa di bradicardia severa, in un pz con tachicardia, ha determinato la cardioversione.

Bibliografia
Propofol and bradycardia: causation, frequency and severity; [M R Tramèr¹](#), [R A Moore](#), [H J McQuay](#) Br J Anaesth. 1997 Jun; 78(6):642-51Pr. doi: 10.1093/bja/78.6.642.
Severe bradycardia after propofol induction [Jeffrey Huang](#), [Stacey Wilson](#) AANA J. 2008 Dec; 76(6):413.
Supraventricular Tachycardia: An Atypical Presentation of Thyroid Storm [Christopher P Austin¹](#), [Mihir Odak¹](#), [Steven Douedi¹](#), [Swapnil V Patel¹](#) Cureus. 2022 May 29;14(5):e25449. doi: 10.7759/cureus.25449. eCollection 2022 May.

Affiliazioni

SC Medicina d’Emergenza Urgenza, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Foggia

Contatti

[Dr Davide Savino doc.viking@libero.it](mailto:doc.viking@libero.it) 3332999726

CASO CLINICO