

# Sincope: consigli pratici

## Antonio Sacchetta

La sincope è un sintomo (... non una diagnosi) definito clinicamente come perdita transitoria dello stato di coscienza a risoluzione spontanea e che in genere causa caduta a terra. L'ipoperfusione cerebrale transitoria, secondaria a ipotensione arteriosa sistemica, rappresenta il meccanismo fisiopatologico della sincope la quale si differenzia in tre gruppi: riflessa, cardiovascolare e secondaria a ipotensione ortostatica.

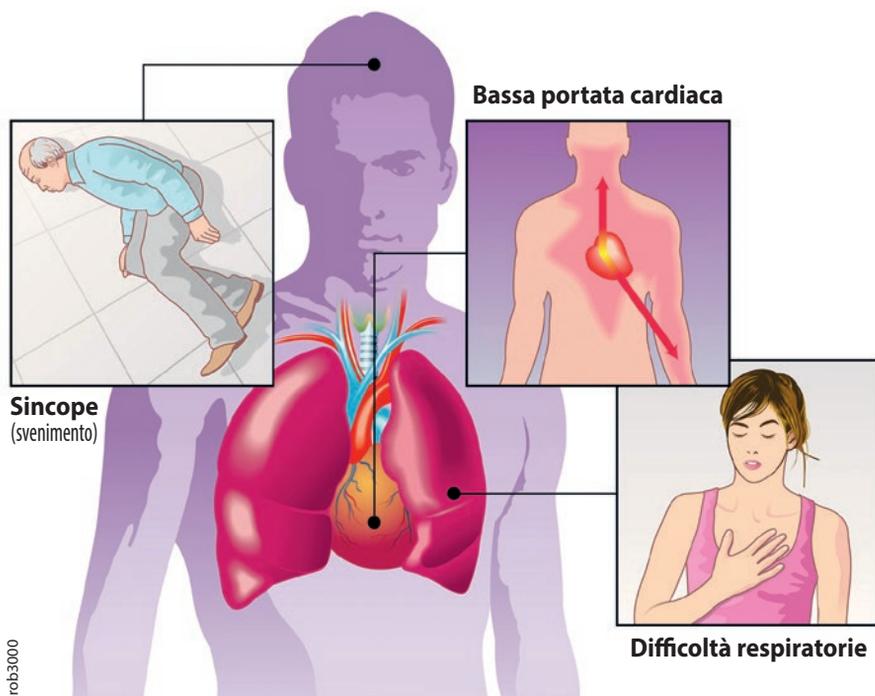
Durante la valutazione iniziale occorre rispondere alle seguenti domande chiave: l'evento era una perdita totale di coscienza (*total loss of conscience*)? In caso di TLOC, era o non era di origine sincopale? Nel caso di sospetta sincope, c'è una chiara diagnosi eziologica? C'è evidenza che suggerisca un rischio elevato di eventi cardiovascolari o di morte?

Una cessazione improvvisa del flusso cerebrale di 6-8 secondi può provocare una perdita di coscienza completa. Una pressione arteriosa sistolica (PAS) di 50-60 mmHg a livello del cuore, cioè 30-45 mmHg a livello cerebrale nella posizione ortostatica, causerà perdita di coscienza.

U.O. Medicina Interna, Ospedale San Camillo, Treviso  
[antonio.sacchetta@gmail.com](mailto:antonio.sacchetta@gmail.com)

Come è ben noto, la pressione arteriosa sistemica è il prodotto della portata cardiaca per la resistenza periferica totale: una caduta di una può causare sincope, comunque ambedue i meccanismi spesso agiscono insieme a vario grado. Ci sono tre cause di **caduta delle resistenze periferiche**. La prima è una diminuita attività riflessa che causa vasodilatazione attraverso la sospensione della vasocostrizione simpatica; si tratta del tipo "vasodepressivo" della sincope riflessa. La seconda è un deterioramento funzionale e la terza un deterioramento strutturale del sistema nervoso autonomo (farmaci, insufficienza autonoma "primitiva" e secondaria). Nell'insufficienza autonoma c'è un'insufficiente vasocostrizione simpatica in risposta alla posizione eretta.

Vi sono quattro cause primarie di **bassa portata cardiaca**. La prima è una bradicardia riflessa, nota come sincope riflessa cardioinibitoria. La seconda interessa cause cardiovascolari: aritmie, malattie strutturali, compresa la tromboembolia polmonare e l'ipertensione polmonare. La terza è un ritorno venoso non adeguato, per deplezione di volume o per accumulo di sangue



venoso in periferia. Per ultima, la portata cardiaca può essere compromessa per incompetenza cronotropa e inotropica mediata dall'insufficienza autonoma.

Vi è un percorso diagnostico di base. L'anamnesi è nella sincope viepiù fondamentale per documentare nei dettagli l'evento ossia quali sono state: le modalità di insorgenza (prodromi); le circostanze (soprattutto prognosticamente importante l'esercizio fisico); la durata dell'attacco; la posizione in cui si trovava il soggetto colpito; i sintomi associati (perdita sfinteriale, *morsus*); le condizioni alla ripresa della coscienza (sudorazione, confusione, dolori muscolari). Ovvio è inoltre l'importanza dell'anamnesi familiare e di quella farmacologica, di ricevere un attento racconto anche da chi ha assistito all'evento, nonché di stabilire la frequenza e la severità (eventraumi) dell'episodio nel caso in cui non

sia stato isolato. Segue poi un accurato esame obiettivo. Dal laboratorio ci aspettiamo indicazioni da D-dimero e troponina.

Cruciale è l'esecuzione di un **ecocardiogramma** (ECG) in 12 derivazioni, che può essere seguito da un Holter, di durata più o meno lunga, fino ad arrivare, se inconcludente l'applicazione di un *event recorder* esterno, all'impianto di un *loop recorder*. Per escludere una cardiopatia strutturale si esegue un ecocardiogramma color-doppler, che valuta le valvole cardiache, la funzione di pompa biventricolare, l'eventuale presenza di cardiomiopatia ipertrofica. Il massaggio del seno carotideo viene inserito anche nelle ultime linee guida nella valutazione delle persone più che quarantenni. Il **Tilt test** ci chiarirà eventualmente la natura vasoriflessa della sincope.

Un passo diagnostico cruciale è differenziare tra sincope e altre cause di perdita

transitoria di coscienza o pseudo-perdite di coscienza, come crisi epilettiche, assenze, emicrania, disturbi psichiatrici, cause metaboliche (ipoglicemia, intossicazione acuta). Nel momento dell'emergenza è cruciale orientarsi sull'eziologia dell'episodio sincopale, definendo il rischio di mortalità a breve, medio e lungo termine associato alla patologia sottostante e valutare la necessità di ospedalizzazione. È indispensabile innanzitutto stratificare il rischio di morte in base a indicatori epidemiologici nei casi in cui non sia possibile porre un sospetto diagnostico o questo non sia stato confermato dai test eseguiti; prevedere, inoltre, la probabilità di recidive di episodi sincopali e il rischio conseguente di morbilità per trauma, in relazione anche al tipo di attività del soggetto; stabilire le cause con sufficiente certezza per delineare una prognosi e iniziare un trattamento preventivo.

È presente una cardiopatia organica? Ci aiutano nella risposta, oltre all'esame obiettivo e l'ECG: QT lungo, Wolff Parkinson White, disturbi del sistema di conduzione.

Nel corso degli anni sono stati sviluppati vari *score* di rischio: la "regola" di San Francisco<sup>1</sup> (anamnesi positiva per scompenso del cuore, ematocrito  $\leq 30$ , alterazione dell'ECG, turbe del respiro, PAS  $\leq 90$  mmHg al triage) e quella ROSE<sup>2</sup> (BNP - brain natriuretic peptide  $\geq 300$  pg/ml, sangue occulto fecale positivo, emoglobina  $\leq 90$  g/l, SpO<sub>2</sub>  $\leq 94\%$  e onda-Q all'ECG), per citare le più note. Una recente revisione, però, ha fatto concordare nelle ultime linee guida europee e americane che gli *score* di rischio non hanno dato risultati migliori di "un giudizio clinico non strutturato"<sup>3</sup> nel predire esiti seri a breve termine.<sup>4</sup> Le regole per la decisione clinica possono predire esiti negativi, ma la maggior

parte delle morti correlate alla sincope e molti esiti negativi dipende dalla malattia sottostante e dalla reversibilità acuta della condizione medesima piuttosto che dalla sincope in sé, particolarmente nel lungo termine.<sup>4</sup> Le cause di perdita di coscienza transitoria rischiose per la vita comprendono infatti: ischemia miocardica, dissezione aortica, rottura di aneurisma aortico, emorragia subaracnoidea, emorragia digestiva, addome acuto, emorragia pelvica. Attenzione quindi ai sintomi sentinella, quali dolore toracico, dolore addominale e genito-pelvico, ipotensione ortostatica, cefalea, gravidanza nota.

Come emerge anche dalle ultime linee guida europee, alla cui stesura hanno partecipato differenti Società Scientifiche, la sincope è un terreno di confluenza e confronto interdisciplinare: il neurologo, il cardiologo, il geriatra e ogni internista – come lo pneumologo – incontra sul proprio percorso professionale casi di sincope, di soluzione più o meno complessa.

## Bibliografia

- 1) SACCILOTTI RT, NICKEL CH, BUCHER HC, ET AL. *San Francisco Syncope Rule to predict short-term serious outcomes: a systematic review.* CMAJ 2011;183:E1116-26.
- 2) REED MJ, NEWBY DE, COULL AJ, ET AL. *The ROSE (risk stratification of syncope in the emergency department) study.* J Am Coll Cardiol 2010; 55:713-21.
- 3) SHEN WK, SHELDON RS, BENDITT DG, ET AL. *2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society.* J Am Coll Cardiol 2017;70:e39-e110.
- 4) BRIGNOLE M, MOYA A, DE LANGE FJ, ET AL. *2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope.* Eur Heart J 2018;39:1883-948.