

Sembrava un TIA, ma era una sincope

Spesso la sincope tende a recidivare, non stupisce quindi che condizioni differenti vengano erroneamente diagnosticate come tali, in genere si tratta di epilessia, ipoglicemia, ipossia, iperventilazione con ipocapnia, intossicazioni e TIA vertebro-basilari. In questo caso clinico è successo il contrario: una sincope è stata confusa con un TIA

Maurizio Ivaldi, Mara Fiorese, Stefano Alice - *Medicina Generale, Genova*

Una paziente di 78 anni si presenta in studio, accompagnata dal figlio, con un referto del Pronto Soccorso presso il quale si era recata tre giorni prima. Il motivo dell'accesso in Ospedale era stato un episodio di vomito, preceduto da nausea ed accompagnato da sudorazione, cui era seguita una sincope (perdita di coscienza completa).

► Indagini in Pronto soccorso

Poiché all'anamnesi risultava un pregresso TIA, risoltosi in circa 4 ore, accaduto più di 10 anni prima, il medico ospedaliero riteneva che la diagnosi più probabile fosse quella di un nuovo episodio di ischemia cerebrale.

La paziente veniva sottoposta a TAC del cranio e alle indagini del caso.

- **Referto TAC del cranio:** riscontro di un cavernoma in regione temporale sinistra.
- **Esami ematologici:** non rivelavano nulla di anomalo.
- **Accertamenti cardiologici:** nulla da segnalare.

► Visita ambulatoriale

Al momento della visita da parte del medico di famiglia la paziente

è asintomatica, al colloquio si colgono marcate note ansio-fobiche reattive ma non deficit cognitivi. Le abitudini di vita sono regolari.

► Anamnesi

- L'anamnesi familiare è negativa per morte improvvisa e per perdita di coscienza.
- All'anamnesi patologica remota risultano osteoartrosi diffusa, ipertensione arteriosa in trattamento, dispepsia con riscontro endoscopico nel 2010 di gastropatia antrale.

► Esame obiettivo

All'esame obiettivo si rileva solo un soffio sistolico sul focolaio aortico, in particolare sono assenti segni di scompenso cardio-respiratorio; non si rilevano alterazioni dell'andatura né dell'equilibrio. La pressione arteriosa è normale sia in clinostatismo che in ortostatismo.

La paziente non assume farmaci antiaritmici né farmaci psicoattivi. In base alle risultanze della visita, dunque, l'episodio si è risolto completamente, senza sequele.

► Prima visita specialistica

Il Mmg decide di inviare la paziente a visita neurochirurgica,

come suggerito al momento della dimissione.

Considerata l'età, lo specialista non riscontra nulla di anomalo e specifica che, a suo parere, il cavernoma non è in nesso causale con la perdita di coscienza verificate.

► Colloquio con il figlio

Il medico di famiglia decide di approfondire l'anamnesi, colloquiando anche col figlio della paziente, che vive coi genitori e ha con la madre un rapporto stretto e improntato alla sollecitudine; se ne ricava che l'anziana signora ha accusato il malore poco dopo un pasto piuttosto abbondante. Inoltre un episodio analogo, anch'esso di rapida insorgenza e di breve durata si era verificato, seppure in misura più attenuata (lipotimia presincope), il giorno precedente, questa volta a seguito della prima colazione.

Rivedendo il diario clinico computerizzato, vi si trova annotato un accesso in Pronto Soccorso il lunedì di Pasqua dell'anno precedente, anche quella volta a motivo di un "episodio presincope con malessere generalizzato, vomito e vertigini". Il figlio ricorda che in quell'occasione i prodromi si era-

no verificati durante il pranzo festivo e riferisce che, per quanto ha visto e sentito, può escludere che si siano mai verificate contrazioni muscolari, morsi alla lingua, incontinenza sfinterica.

► **Indagini gastroenterologiche**

Considerato che la paziente lamenta difficoltà digestiva, il medico di famiglia ritiene opportuno effettuare qualche indagine di tipo gastroenterologico, iniziando da un Gastropanel.

Emerge la positività per *Helicobacter pylori*, che viene confermata da un successivo esame delle feci.

Si effettua terapia eradicante con pantoprazolo x 2 + amoxicillina 1 g x 2 + claritromicina 500 x 2 x 7 giorni.

Al controllo dopo un mese si osserva negativizzazione dell'infezione HP e la remissione dei sintomi.

► **Diagnosi**

La rivalutazione del risultato degli esami effettuati in Pronto Soccorso, l'esito delle visite neurochirurgica e gastroenterologica, le risultanze delle visite mediche da noi effettuate, ci consentono di concludere per sincope neuromediata post-prandiale in paziente HP positivo.

► **Discussione**

La sincope (perdita di coscienza transitoria) è un sintomo che si verifica di frequente (prevalenza del 4% dopo i 75 anni) e che tende a recidivare, non stupisce quindi che condizioni differenti vengano erroneamente diagnosticate come tali, in genere si

Affidabilità del Gastropanel

Il Gastropanel è stato utilizzato in un crescente numero di studi clinici e di screening e più di 40.000 pazienti sono stati testati con questa metodica. La maggior parte degli studi dimostra che i dosaggi dei marcatori biologici offrono un metodo affidabile per distinguere i pazienti con stomaco sano da quelli che soffrono di morbidità gastrica, utilizzando la biopsia gastrica come standard di riferimento. Particolarmente impressionante è l'elevato valore predittivo negativo (NPV) del test, stabilizzato al 91-100%, che rende il test molto accurato nell'identificare uno stomaco sano. In uno screening basato su una popolazione di quasi mille pazienti, l'NPV è stato del 98%. Nello studio di Ijima et al (2009), il GastroPanel ha classificato i pazienti (n. 196) in quelli con lo stomaco sano o non sano (HP cut-off), con il 94% di accuratezza, il 95% di sensibilità e il 93% di specificità. Il Test eseguito su pazienti con disturbi dispeptici è particolarmente utile per identificare i soggetti a rischio di sviluppare patologie gastriche (gastrite atrofica e cancro gastrico) da coloro che hanno bisogno di ulteriori indagini per i sintomi, probabilmente dovuti ad altre cause (fonte: www.gastropanel.com).

tratta di epilessia, ipoglicemia, ipossia, iperventilazione con ipocapnia, intossicazioni e TIA vertebro-basilari.

Nel caso in esame è successo il contrario, una sincope è stata confusa con un TIA.

Il motivo principale di tale errore consiste, a nostro avviso, nel non aver dato il giusto peso alla mancanza di segni focali, che è molto improbabile in caso di ischemia cerebrale.

Le sincope più comuni sono quelle riflesse, seguite da quelle cardiogene, ma molti episodi restano inspiegati. Nell'anziano sono sovente causa di frattura ed anche le conseguenze psichiche (ansia, depressione, fobia) impattano negativamente sulla qualità di vita.

I profili di rischio delle sincope sono molto differenti a seconda della eziologia e delle condizioni cliniche di base del paziente. Cardiopatia, anemia severa, squilibri elettrolitici, impongono il ricovero d'urgenza.

Il caso riportato esemplifica l'importanza per la diagnosi eziologica di un'anamnesi ben condotta dal medico di famiglia, che conoscendo la storia clinica del paziente, ha maggiori probabilità di individuare i fattori di rischio per sincope; sottolineiamo che se ne ricava l'importanza di interrogare, oltre al paziente, eventuali testimoni. Nel nostro caso, essendosi verificati più episodi, è stato dirimente per la diagnosi l'essere riusciti a cogliere alcuni elementi ricorrenti. Se la diagnosi rimane dubbia restano notevoli margini di rischio, che comportano accertamenti e consulenze costose e defatiganti che, nei casi più frequenti, che sono quelli di banali sincope vaso-vagali, sono del tutto inutili.

L'identificazione del trigger sincope, effettuata grazie all'anamnesi, ci dovrebbe aiutare a rassicurare la paziente e prevenire le recidive, diminuendo il rischio di traumi secondari.