

Ipotensione arteriosa e sincope

Il procedimento clinico decisionale nella diagnosi differenziale

Spesso i dati clinici e anamnestici sono sufficienti al medico per diagnosticare la causa del malore. Il trattamento di una sincope, che mira anche a prevenire le recidive, è rivolto alla causa oppure consiste nell'educazione del paziente, affinché eviti le circostanze che scatenano l'evento

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**², **Giuseppe Di Pumpo**³, **Gaetano Serviddio**⁴, **Gianluigi Vendemiale**⁵, **Angelo Benvenuto**⁶

► Caso clinico

Un uomo di 62 anni arriva in Pronto Soccorso per una riferita perdita di coscienza. Il paziente appare orientato, non mostra difficoltà respiratorie né alterazioni di circolo; la sua frequenza cardiaca è normale. All'ECG non vi sono modificazioni significative. Il paziente non rivela deficit neurologici evidenti. All'anamnesi non presenta dati di rilievo, né dichiara assunzione di farmaci. Riferisce una fastidiosa nicturia da alcuni mesi, con sempre maggiore difficoltà a svuotare la vescica, precisando successivamente che la sincope era avvenuta proprio durante la minzione. Viene posta diagnosi di sincope situazionale e, avendo riscontrato ingrandimento della prostata, il paziente viene inviato all'urologo. Tre giorni dopo, il paziente ritorna per un nuovo episodio sincopale, questa volta insorto mentre si alzava dal letto. Rispetto al

precedente esame clinico, il paziente presenta una spiccata ipotensione ortostatica e riferisce di aver iniziato ad assumere un α -litico prescritto dall'urologo. Viene posta diagnosi di ipotensione ortostatica da farmaci. Il paziente viene rassicurato e, alla dimissione, viene informato sulle misure da prendere per evitare gli effetti collaterali del farmaco.

► Definizione e fattori eziologici

L'ipotensione arteriosa è definita come una condizione caratterizzata da una pressione arteriosa sistolica (PAS) <100-105 mmHg.

Eziologicamente, possiamo distinguere:

- un'ipotensione essenziale (specie in giovani donne di tipo leptosomico);
- un'ipotensione secondaria, che può essere dovuta a disturbi endocrini (insufficienza surrenalica, insufficienza del lobo anteriore dell'ipofisi), ad una patologia cardiovascolare (stenosi aortica, insufficienza cardiaca, disturbi del ritmo), ad ipovolemia ed emorragia, a farmaci (psicofarmaci, antiaritmici, antiipertensivi, diuretici, antianginosi);
- un'ipotensione da neuropatie autonome, di cui esistono forme primiti-

ve e molto rare (sindrome di Shy-Drager cioè un'atrofia multisistemica del SNC, sindrome di Bradbury-Eggleston cioè un'ipotensione ortostatica idiopatica) e forme secondarie (come avviene per esempio nel diabete mellito).

Percorso diagnostico

► Criteri clinico-obiettivi

Un'attenta raccolta anamnestica e l'esame obiettivo possono rappresentare l'elemento chiave nella diagnosi dell'85% dei casi. Particolare attenzione va posta alla concomitanza di altri sintomi che il paziente ha avvertito prima o alla risoluzione dell'episodio (dolore toracico, cardiopalmo, cefalea, vertigini nel passaggio da clino- ad ortostatismo oppure nel piegarsi) o alle attività svolte quando l'episodio si è manifestato (particolari movimenti del capo o degli arti, esercizio fisico, riposo, stress emotivo nelle ore precedenti o immediatamente prima, incubi notturni). Con l'esame obiettivo vanno effettuati: la valutazione della pressione arteriosa in clino- e in ortostatismo per evidenziare un'eventuale ipotensione ortostatica (è diagnostica la riduzione

Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG

¹Dirigente Medico SC Medicina Interna

²Dirigente Medico SC Cardiologia-UTIC

⁶Direttore SC Medicina Interna

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

San Giovanni Rotondo (FG)

³Direttore SC Pronto Soccorso

Università degli Studi di Foggia

Policlinico AOU "Ospedali Riuniti"

⁴Professore Associato di Medicina Interna

⁵Professore Ordinario di Medicina Interna

di almeno 20 mmHg della pressione arteriosa sistolica o di almeno 10 mmHg di quella diastolica nel passaggio - dopo almeno 5 minuti - dal decubito supino alla stazione eretta), un'attenta auscultazione cardiaca per la ricerca di cardiopatie misconosciute, un esame neurologico di base per escludere deficit grossolani.

È dunque fondamentale la diagnosi differenziale con la *sincope* che consiste in una transitoria perdita di coscienza, di breve durata (alcuni secondi o minuti), con perdita del tono posturale e a risoluzione spontanea. La sincope ha esordio improvviso e solitamente in apparente benessere, benché talora sia preceduta da una fugace sensazione di mancamento (o pre-sincope); non è mai associata a stupore o coma. Va differenziata dalla *lipotimia*, nella quale l'eventuale perdita di coscienza è preceduta da una chiara sensazione di malessere e astenia, talora associati a vertigine, sensazione di "testa vuota", instabilità o perdita dell'equilibrio. La sincope può essere di varia natura:

- sincope cardiogena, che comprende la "low output syndrome" o "sindrome da bassa gittata" (stenosi aortica, stenosi mitralica, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, infarto miocardico acuto con deficit di pompa, tamponamento cardiaco, embolia polmonare, dissecazione aortica) e la sincope da disturbi del ritmo cardiaco (bradicardia sinusale estrema, BAV di 2° o 3° grado, tachicardia sopraventricolare, tachicardia ventricolare);
- sincope circolatoria che comprende la sincope vaso-vagale o vaso-depressiva (fattori scatenanti sono lo stress emotivo, una forte sensazione di paura, un dolore intenso, la stimolazione vagale), la sincope ortostatica (fattore scatenante è l'alzarsi di colpo dalla posizione sdraiata oppure lo stare in piedi a lungo e patogeneticamente è dovuta al deficit del riflesso vasocostrittore a livello delle vene degli arti

inferiori), la sincope ipovolemica (secondaria alla deplezione di liquidi), la sindrome del seno carotideo, la sincope da neuropatia autonoma periferica (secondaria a diabete mellito, amiloidosi, porfiria, etilismo e anemia perniciosa), la sincope da farmaci (barbiturici, antidepressivi triciclici, alfabloccanti, clonidina, ACE-inibitori);

- sincope neurologica che può essere dovuta a narcolessia, a epilessia, ad insufficienza cerebro-vascolare, lesioni traumatiche del midollo spinale, neoplasie primitive o metastatiche del SNC;
- sincope metabolica, causata da ipossia e anemia grave oppure da ipoglicemia;
- sincope post-minzionale, defecazione, tosse o deglutizione;
- sincope da malattie psichiatriche (crisi d'ansia, crisi di panico).

Quando nessuna delle patologie elencate è riconoscibile con le metodiche diagnostiche a nostra disposizione la sincope viene ritenuta inspiegata o idiopatica.

► Indagini strumentali

L'ECG a riposo consente il rilievo di eventuali disturbi di conduzione o di aritmie e deve essere completato con la registrazione continua delle 24 ore secondo Holter, quando la storia clinica sembra suggestiva per un episodio aritmico che potrebbe ripetersi dopo breve tempo. Il massaggio del seno carotideo è la manovra essenziale alla diagnosi di sindrome del seno carotideo.

L'ecocardiogramma consente di evidenziare patologie cardiache silenti sul piano clinico e obiettivo o di rivalutare cardiopatie già note e potenzialmente responsabili dell'episodio ipotensivo o lipotimico-sincopale. Se l'ipotesi aritmica prevale a conclusione dei primi accertamenti, è indicato programmare anche un test da sforzo: l'eventuale induzione di

ischemia miocardica e in concomitanza con essa di aritmie o di insufficienza ventricolare sinistra in grado di provocare la sincope indirizza alla diagnosi di cardiopatia ischemica.

In assenza di cardiopatia evidenziabile all'ecocardiogramma sono invece indicati il tilt-test (esame di elezione per la diagnosi di sindrome vasovagale) e una valutazione neuropsichiatrica.

Utile anche il monitoraggio della pressione arteriosa delle 24 ore. Nei pazienti per i quali è verosimile una patologia vascolare cerebrale, l'iter diagnostico prosegue con l'esecuzione di esami quali l'ecocolorDoppler dei tronchi sovraortici e trans-cranico, l'EEG e la TAC encefalo.

Approccio terapeutico

La terapia è essenzialmente sintomatica e successivamente può essere eventualmente mirata in rapporto alla causa scatenante.

Alcune misure utili sono dormire con busto più alto di 20° e alzarsi lentamente dalla posizione sdraiata.

Di impiego più frequente sono i farmaci simpaticomimetici (per esempio, la midodrina) e l'idrocortisone.

Nel collasso ortostatico e nella sincope vaso-vagale è opportuno posizionare il paziente in Trendelenburg (posizione sdraiata con gambe sollevate).

Opere di approfondimento

- De Luca Pasquale "Essentials di Medicina Interna. Principi e Pratica Clinica", Società Editrice Universo, Roma, 2011.
- Dioguardi Nicola, Sanna Gianpietro, "Moderni aspetti di Semeiotica Medica", Società Editrice Universo, Roma, 2002.
- Fradà Giovanni "Semeiotica medica nell'adulto e nell'anziano", Piccin, Padova, 2018.
- Gasbarrini Giovanni "Trattato di Medicina Interna", Verduci, Roma, 2011.
- Goldman Lee, Schafer Andrew I. et Al. "Goldman-Cecil Medicina Interna", Edizioni Edra, Milano, 2017.
- Grifoni Stefano "Medicina d'Urgenza. Metodologia Clinica", Piccin, Padova, 2015.
- Kasper Dennis L. et Al. "Harrison Principi di Medicina Interna", Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2017.
- Nuti Ranuccio, Caniggia Angelo "Metodologia Clinica", Minerva Medica, Torino, 2002.
- Porter Robert S. et Al. "Manuale Merck di Diagnosi e Terapia", Springer Verlag, Milano, 2014.
- Siegenthaler Walter "Diagnosi differenziale", UTET, Torino, 2010.