

Stratificazione del paziente con sincope

La sincope è un problema medico molto frequente. Seppur sia spesso una forma benigna, è fondamentale una corretta stratificazione dei pazienti per escludere un'origine cardiovascolare

La sincope è definita come un'improvvisa perdita di coscienza associata con una inabilità a mantenere un tono posturale, seguita da un recupero immediato e spontaneo senza la necessità di un ricorso a cardioversione chimica o elettrica. Si tratta di un problema medico molto comune, che si stima colpisca fino a circa il 40% della popolazione generale, almeno una volta nella vita. Seppure sia spesso una forma benigna, è fondamentale una corretta stratificazione dei pazienti e del rischio per escludere un'origine cardiovascolare.

► La valutazione iniziale

Tra le cause di sincope, la forma neurocardiogenica o vasovagale è la più frequente, rappresentando fino al 66% dei casi di ricorso al Pronto Soccorso (Da Silva *Front Physiol* 2014; 5: 471); le altre sono di origine cardiaca, neurologica o altro.

Nella valutazione iniziale l'anamnesi è fondamentale e deve far emergere la storia del paziente, l'eventuale assunzione di farmaci e l'eventuale presenza di una storia familiare di morte cardiaca improvvisa.

È inoltre importante capire se il paziente era in una particolare situazione quando ha avuto l'evento. Può essere utile rilevare per esempio se è avvenuta durante o dopo

un esercizio fisico, se è stata associata a tosse o starnuto o alla defecazione o se è stata mantenuta per molto tempo una determinata posizione ortostatica.

Un altro elemento utile per chiarire l'origine della sincope è la descrizione di come si è presentata: per esempio se ci sono stati dei movimenti degli arti e se il recupero è stato pronto oppure il paziente era confuso. Questi sono elementi che potrebbero suggerire un attacco epilettico.

Dopo la raccolta anamnestica, è l'esame obiettivo che può fornire preziosi elementi diagnostici, come la valutazione della pressione arteriosa, in ortostatismo e in clinostatismo, per valutare l'intolleranza ipotensiva. In particolare il paziente viene valutato a tempo 0 in clinostatismo e dopo 3 minuti in ortostatismo. Viene rilevata un'ipotensione ortostatica se la pressione sistolica misurata a 3 minuti in ortostatismo scende di 20 mmHg o se la pressione diastolica scende di 10 mmHg.

Questa è già un'importante valutazione iniziale, che deve essere eseguita sia in Pronto Soccorso sia, eventualmente, dal Mmg.

È inoltre importante valutare se il paziente ha già avuto patologie cardiache, perché questo quadro è associato a un rischio maggiore di sincope di origine cardiaca e

quindi di eventi ricorrenti, o morte improvvisa.

► Escludere origini cardiache

L'ECG è un esame di primo livello che si dovrebbe effettuare in tutti i pazienti, per valutare eventuali anomalie, come un blocco di branca destro o sinistro associato a un emblocco anteriore o posteriore, un blocco atrio-ventricolare, una sindrome di pre-eccitazione Wolff-Parkinson-White o una displasia aritmogena del ventricolo destro.

Talora possono essere necessari esami di approfondimento come un ECG Holter 24-48 h o il posizionamento di un *loop recorder* transtoracico o sottocutaneo.

Oltre a queste patologie che più frequentemente possono essere associate a sincope, occorre tuttavia ricordare che questo evento può essere preludio anche di altre patologie molto gravi, come embolia polmonare o dissecazione aortica, e per questo va considerata con appropriata attenzione.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Miriam Gino