Una colazione sincopata...

Mai raccontare il proprio mestiere, a meno che non siate disposti a fare innumerevoli consulenze gratuite da passeggio. Ma tant'è: al bar sotto casa un ottantenne in assenza di sintomi premonitori cade a terra e perde coscienza. Un'occasione per approfondire le due nuove importanti linee guida sulla sincope, ricordando però che anamnesi, esame obiettivo ed ECG sono i fondamenti per indagare sulle cause

Domenica Basile - *Medicina Interna - Ospedale San Vito al Tagliamento (PN)*

Cappuccino e brioche. Così inizia la mia giornata nel bar sotto casa, alle 7.40, dopo avere accompagnato i bimbi all'asilo. "Santa Tranquilla Colazione" prima dell'inizio del lavoro. Sfoglio il giornale in modo mirato alla pagina sportiva e mentre sono presa a leggere la pagella dei giocatori dell'Udinese, sento un tonfo. Alzo lo sguardo. L'omone ottantenne che aveva ordinato un caffè corretto al banco, si trova a terra. Mi guardo attorno e provo per una frazione di secondo a fischiettare e a nascondermi tra le pagine del giornale. Il barista mi fissa: lui lo sa. Mai raccontare il proprio mestiere in giro, a meno che non siate disposti a fare innumerevoli consulenze gratuite da passeggio.

Ora il mio sguardo si incrocia con quello di Giovanni, il barista, che sembra dirmi: "Allora, cosa aspetti ad intervenire?? Sei o non sei un medico?". Forse non è lo sguardo del barista a dirmi queste cose, ma la mia coscienza. Allora mi alzo, corro, mi getto sull'ottantenne a terra, valuto il polso, lo vedo respirare… il tutto tra l'ovazione della folla intorno (forse quest'ultimo particolare è frutto della mia mente). Il polso radiale è debole e bradicardico, la cute è pallida e sudata. Alcuni astanti gli sollevano gli arti inferiori e l'uomo inizia pian piano a riprendere coscienza. Il barista vorrebbe chiamare il 112, ma l'uomo, che si chiama Rodolfo, rifiuta categoricamente e pretende che gli venga rifatto il caffè corretto.

Chiamo in ambulatorio dicendo che farò un po' tardi per OC (Operazione Convincimento). Parlando con Rodolfo, mi dice pure che è diabetico e cardiopatico ("Forse due infartini un po' di anni fa", aggiunge in modo approssimativo).

Comincio allora a fare strani segnali al barista (strizzo l'occhio destro a ripetizione, storco la bocca verso sinistra esponendo a tratti la lingua, in modo che capisca di chiamare il 112; a briscola perdevo sempre perché non ho mai imparato i segni…). Rodolfo mi guarda strano e dice che forse è bene chiamare un'ambulanza per me visti i miei strani movimenti facciali. *Touché*.

Lo guardo meglio e vedo che il suo pelo canuto si tinge di rosso: una bella ferita lacero-contusa al cuoio cappelluto. Ideona: focus sulla ferita. Chi non accetterebbe di recarsi in PS per una bella sutura? "Per quella andiamo ma poi mi riportano qui, eh?!". Sono meglio di Macchiavelli.

Neanche terminata la frase, entra nel bar il personale del 118. Il signor Rodolfo si stupisce di tanta celerità. L'ambulanza in realtà era già stata chiamata da Giovanni subito dopo il tonfo, indipendentemente sia dalla volontà di Rodolfo che dalle mie facce-segnale. La sanno lunga i baristi.

Affido Rodolfo al personale del 118 ma, prima di riprendere la strada del lavoro, guardo l'ECG a 12 derivazioni che gli stanno facendo. "San Pancrazio!" esclamo ad alta voce. Tutti mi guardano. Rossa in volto. È l'espressione che uso con la mia bimbetta quando sono arrabbiata e mi sfugge qualche parolaccia…".

Se vi dicessi com'era l'ECG capireste già tutto, abbandonereste la lettura del caso clinico per andare a fare l'aperitivo con gli amici. Quindi me lo tengo per me perché voglio prima ripassare con voi le linee guida della sincope. E poi troppi aperitivi vi fanno male.

Approfondimento

Negli ultimi due anni sono uscite due importanti linee guida sulla sincope: nel 2017 ACC/AHA/HRS Syncope Guideline for the Evaluation and Management of Patients with Syncope e nel 2018 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Syncope. Cerchiamo quindi di fare una sintesi di queste raccomandazioni, partendo dal principio.

Con sincope ci riferiamo a una brusca, transitoria e completa perdita di coscienza, associata all'incapacità di mantenere il tono posturale, con recupero rapido e spontaneo. Il meccanismo presunto è l'ipoperfusione cerebrale e non ci dovrebbero essere sintomi legati ad altre cause di perdita di coscienza non sincopali, come crisi epilettiche (anche se anche nella vera sincope ci possono essere, secondarie all'ipoperfusione cerebrale), pregresso trauma cranico o perdita di coscienza solo apparente.

Cause principali

Le cause principali della sincope si possono raggruppare in quattro gruppi:

- riflessa (termine che ha sostituito la pregressa definizione neuro-mediata)
- ortostatica
- aritmica
- da malattie strutturali cardio-polmonari.

Sempre parlando di definizioni, ricordo

ai più legati al passato, che la definizione "lipotimia" è stata sostituita - da quando Berta filava - con il termine "presincope", quindi aggiornate il server.
Se le 4 cause di sincope sono quelle citate, le cause della perdita transitoria di coscienza sono molteplici (di cui una è la sincope). Quindi come primo passo, è importante capire se la perdita di coscienza è legata a una sincope vera e propria (ipoperfusione cerebrale) o ad altre cause non sincopali (epilessia, perdita di coscienza - PDC - post-trauma cranico, cause metaboliche, tossiche, psichiche, ecc).

Il signor Rodolfo, quando si è ripreso, mi ha riferito di non ricordare assolutamente alcun sintomo ma di essersi ritrovato a terra e aver visto me fare facce strane. Oltre tutto, Rodolfo ammette di essere anche diabetico e cardiopatico. Cosa ci fa pensare questa assenza completa di sintomi premonitori?

Innanzitutto ci fa alzare le antenne indicandoci, come fossero luci lampeggianti di Las Vegas, che la causa potrebbe essere verosimilmente cardiaca (uso "potrebbe" e "verosimilmente" perché in medicina gli algoritmi non sono mai lineari come sembrano e non bisogna mai scartare subito altre ipotesi). Ma nel caso di Rodolfo sarà proprio così… ricordatevi che io ho visto l'ECG!
Inoltre, il fatto di non avere sintomi prodromici, spesso fa sì che la caduta a terra causi traumi molto rilevanti (trauma cranico con emorragie cerebrali, frattura bacino/femore, ecc) e quindi anche questi ci devono fare sospettare cause rilevanti alla base della sincope. I classici sintomi prodromici sono: sensazione di calore, sudorazione, palpitazioni, offuscamento del visus, nausea, algie addominali aspecifiche, pallore, lampi visivi. Con quali elementi quindi posso iniziare il mio viaggio alla ricerca della causa della sincope?
Con tre cose che sembrano semplici, ma sono fondamentali:

1. anamnesi
2. esame obiettivo
3. ECG

Con questi elementi devo capire tante cose: innanzitutto se la sincope è vera o è una PDC da altre cause; quindi devo iniziare ad orientarmi verso l'eziologia della sincope (in modo da richiedere esami mirati) e poi - cosa non da poco - è fondamentale capire il setting di gestione del paziente (se necessita ospedalizzazione o meno).
Come quarto punto, dopo l'ECG, può essere inserito l'ecocardio là dove i primi tre punti non riescano né ad escludere né a confermare la presenza di una cardiopatia sottostante. Gli accertamenti successivi dipendono quindi dall'eziologia della sincope.
Ricordiamoci inoltre che, come in tutte le cose della vita, spesso convergono più fattori a determinare una sincope: l'età anziana (con meccanismi di regolazione pressoria meno efficace), comorbidità, utilizzo di farmaci (come betabloccanti o diuretici), malattia acuta (ad esempio infettiva) in atto.
Insomma la vecchietta anziana che sta in piedi tutta la Messa, in ambiente caldo, che ha assunto la sua terapia con 3 cp di furosemide e 50 mg di metoprololo senza ingerire liquidi e cibo per poter fare la Comunione ed è appena uscita da 5 giorni di influenza…beh, diciamo che è ad alto rischio di sincopare!

Elementi della valutazione

Vediamo ora gli elementi fondamentali che devo trarre dalla valutazione iniziale (anamnesi + esame obiettivo + ECG).
➤ **All'anamnesi**, devo informarmi in modo particolare sul numero-frequenza e durata degli episodi sincopali, esordio della sincope, posizione del paziente quando è sincopato, presenza o meno di fattori provocativi, sintomi associati, comorbidità, utilizzo di farmaci.
➤ **All'esame obiettivo** è importante valutare il polso e la pressione arteriosa (PA). Se sospetto la causa ortostatica la PA va misurata da disteso, da seduto, in piedi, circa ogni minuto finché la PA non raggiunge il suo nadir. Devo valutare inoltre altri aspetti del sistema cardiovascolare (per es. la PA ad entrambi gli arti, che potrebbe indirizzarmi per una dissezione aortica o altro). È importante fare anche una valutazione neurologica, per valutare la presenza di segni neurologici focali (condizioni neurologiche non causano sincope, ma possono determinare alterazioni dello stato di coscienza: ecco perché vanno ricercate).
➤ **All'elettrocardiogramma** cosa mi aspetto di trovare che mi indichi che la causa è stata aritmica?
Diciamo subito che raramente l'ECG identifica la specifica causa aritmica, tuttavia ci sono dei reperti considerati diagnostici. Le linee guida ESC 2018 indicano i seguenti reperti ECG come altamente probabili per una causa aritmica della sincope:

- bradicardia persistente con FC <40 bpm o pausa sinusale >3 sec in paziente vigile
- BAV II grado tipo Mobitz 2
- BAV III grado
- blocco di branca alternante destra e sinistra
- tachicardia ventricolare o sopraventricolare con frequenza ventricolare elevata
- tachicardia ventricolare polimorfica non sostenuta con QT lungo o corto
- pacemaker o ICD malfunzionante con pause.

Vi sono poi condizioni che sono sospette di cardiopatia e quindi indicano la necessità di ulteriori approfondimenti: blocco bifascicolare, BAV II grado tipo Mobitz 1, bradicardia sinusale asintomatica (40-50 bpm) o fibrillazione atriale lenta, tachicardia ventricolare non sostenuta, segni di pre-eccitazione del QRS indicanti possibile sindrome di Wolff-Parkinson-White, BBdx con ST elevato in V1-V3 (sindrome di Brugada).

Ora mi chiederete: quale alterazioni elettrocardiografiche aveva il signor Rodolfo? Non abbiate fretta…leggete, leggete.

Una volta che ho raccolto informazioni rilevanti con questi tre strumenti (anamnesi, esame clinico ed ECG), è

importante capire se la sincope è ad alto rischio o meno, e di conseguenza se devo ospedalizzare il paziente o no.

Secondo voi il barista Giovanni ha fatto bene o meno a chiamare l'ambulanza? (come vedete gli sto già scaricando la colpa…).

Diciamo che esistono diversi scores che identificano fattori di rischio di mortalità/morbidità a breve e lungo termine (Rose score, Syncope Risk Score, STePS, Boston Syncope Rule, ecc); tuttavia tutti questi studi presentano grandi limitazioni con molti fattori confondenti. La cosa più semplice è dunque conoscere i principali fattori di rischio a lungo e a breve termine e applicarli al nostro paziente.
Vi riporto i fattori di rischio principali a breve termine: maschio, età >60 anni, non prodromi, palpitazioni precedenti la PDC, sincope durante lo sforzo, alterazioni strutturali cardiache, scompenso cardiaco, malattie cerebrovascolari, trauma, anamnesi familiare di morte cardiaca improvvisa, parametri vitali alterati in modo persistente, evidenza di sanguinamento in atto, ECG anormale, troponina positiva.
I fattori di rischio a lungo termine invece includono, oltre a molti di quelli già citati, anche il diabete mellito, cancro, un elevato CHADS2 score e un anormale filtrato glomerulare.

Quindi sì, Giovanni ha fatto bene a chiamare l'ambulanza e i sanitari ad ospedalizzare Rodolfo. Il nostro omone sincopato infatti era maschio, aveva 80 anni, era diabetico, aveva una cardiopatia nota e un ECG patologico.

Diagnosi

La valutazione iniziale porta ad una diagnosi in circa la metà dei casi. Pensiamo infatti alla classica sincope vasovagale dove vi è un chiaro fattore precipitante come la paura o un dolore acuto (come mio nipote quando si è chiuso il dito nella portiera!) con sintomi prodromici; o la sincope situazionale dopo minzione o defecazione; o la sincope ortostatica che posso facilmente riprodurre ed è generalmente tipico il racconto anamnestico; oppure ancora la sincope aritmica se all'ECG riscontro i criteri diagnostici sopracitati.
In un terzo dei casi, i nostri tre elementi cardine (anamnesi, esame obiettivo ed ECG) portano a una causa sospetta della sincope che mi porterà ad eseguire ulteriori esami per avere una conferma (ad esempio il tilt test - la cui utilità è in realtà controversa - potrebbe essere utile per le sincopi riflesse non tipiche). Ricordiamoci comunque che meno della metà delle presunte sincopi vasovagali sono tipiche; spesso ci si arriva con l'esperienza del clinico che ha escluso altre cause.
In circa il 20% dei casi, con la valutazione iniziale, non riesco a porre la diagnosi. In questi casi la strategia dipenderà dalla frequenza e severità degli episodi e dalla presenza o meno di cardiopatia alla base: se non c'è cardiopatia e l'evento sincopale è singolo, generalmente è una sincope riflessa (il più delle volte vasovagale) che non richiede ulteriori approfondimenti. Se gli eventi sono più frequenti, posso pensare a un massaggio del seno carotideo o al tilt test o, in certi contesti, soprattutto se la PDC si protrae per molti minuti, a una consulenza psichiatrica; se vi sono disfunzioni autonomiche, invio dal neurologo.
Se la cardiopatia è nota o sono presenti alterazioni ECG di sospetta cardiopatia sottostante, eseguirò una ecocardiografia (se non è già stata fatta), quindi - specie se gli eventi sono riferiti frequenti - può essere utile un ECG Holter o il posizionamento di un *loop recorder* impiantabile in caso di eventi più rari. Il test da sforzo andrebbe evitato se sospetto una causa ischemica o se la sincope è avvenuta durante lo sforzo.

ECG del signor Rodolfo

E ora… Rullo di tamburi. È arrivato il momento di svelarvi l'ECG del signor Rodolfo!
BAV di III grado con sopraslivellamento ST nelle derivazioni infero-laterali.
Ora pensate bene a quanto vi ho detto all'inizio del caso… secondo voi ha avuto il classico trasporto in sala di emodinamica con avvio dell'anticoagulazione già durante il trasporto in ambulanza?

Non parlo del problema del BAV (protetto durante il trasporto dal posizionamento delle piastre per eventuale stimolazione transtoracica e quindi posizionato temporaneo in ospedale).
Ricordiamoci solo che il paziente ha subito anche un bel trauma cranico nella caduta a terra legata alla sincope: quindi, prima di effettuare la massiccia e completa antiaggregazione e anticoagulazione prevista in questi casi, forse vale la pena fare un rapido passaggio per una TAC capo, onde evitare di rischiare di salvare il cuore e infarcire il cervello, ed evitare anche successive problematiche medico-legali.

Conclusioni

Com'è finita? La TAC capo è risultata negativa, è stato impiantato un pacemaker temporaneo poi rimosso dopo ripristino stabile del ritmo sinusale senza necessità di impianto di un PM definitivo (in quanto il BAV era secondario all'IMA), è stata rivascolarizzata la coronaria destra che presentava una stenosi del 90%.
Il paziente ha recuperato bene, lo vedo spesso in giro per il quartiere, ma onestamente… spero che cambi bar!

Articolo presente anche in
- *https://medicinainterna.blog*

Bibliografia

- 2017 ACC/AHA/HRS Syncope Guideline for the Evaluation and Management of Patients with Syncope. *Heart Rhythm* 2017; 14(8): e155-e217.
- 2018 ESC Guidelines for the Diagnosis and Management of Syncope. *Eur Heart J* 2018; 39(21): 1883-1948.