

Sincope in Pronto Soccorso

Il paziente ad alto rischio

Ernesto Cristiano Lauritano

**Dipartimento di Emergenza e Accettazione
Azienda Ospedaliera Nazionale
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria**



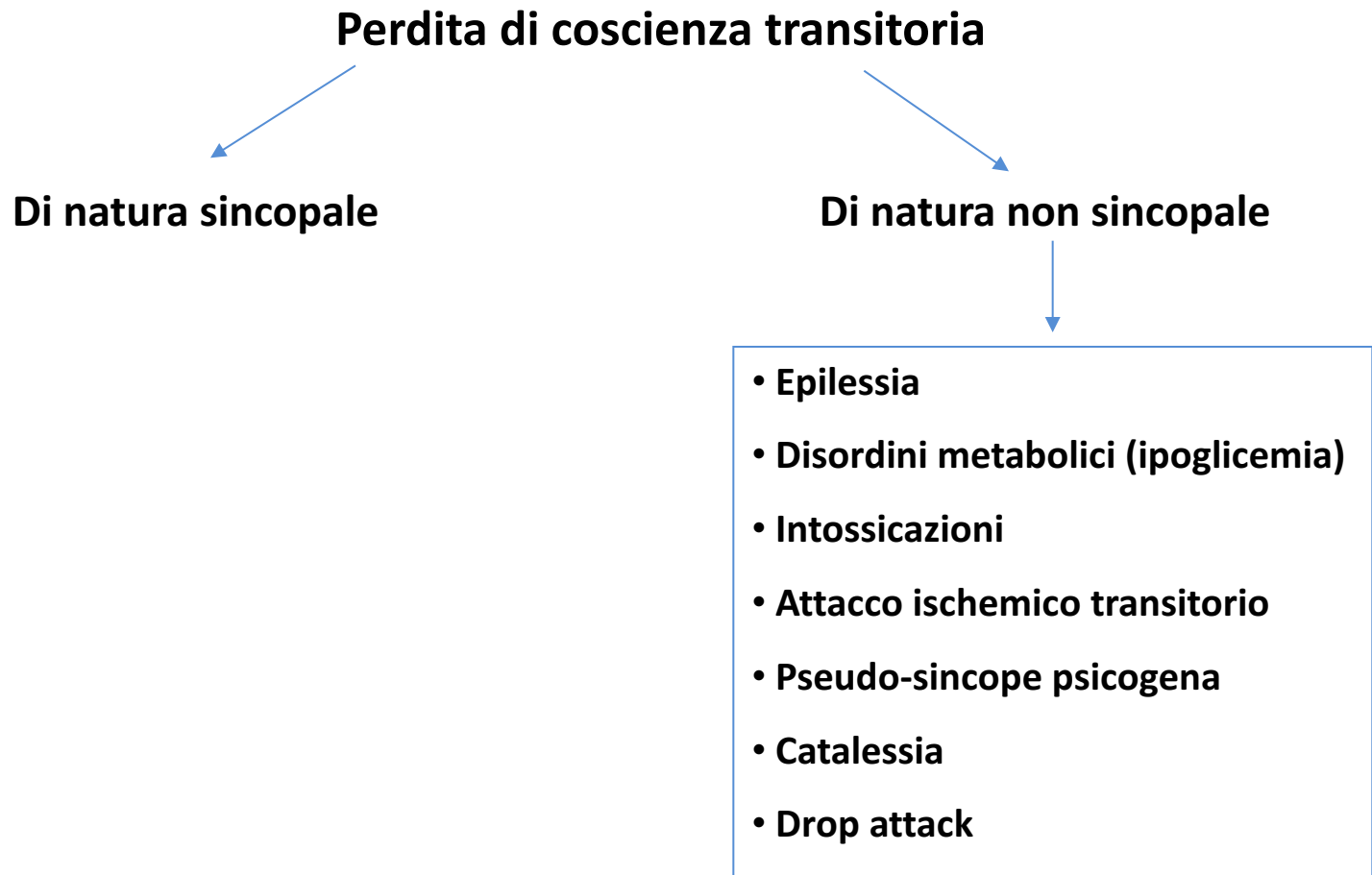
Le “sfide”

Le “sfide”

1. La perdita di coscienza è di natura sincopale o no?

La sincope

Definizione: Perdita di coscienza transitoria caratterizzata da rapida insorgenza, breve durata, recupero spontaneo e completo, dovuta ad ipoperfusione cerebrale globale



Le “sfide”

1. La perdita di coscienza è di natura sincopale o no?
2. La sincope è il sintomo prevalente di accesso in PS?

Sincope sintomo prevalente di accesso in PS

Sì

No

Possibile patologia organica acuta

Segni e sintomi

- **dolore toraco/addominale**
- **dispnea**
- **cardiopalmo**
- **instabilità emodinamica**
- **segni/sintomi neurologici**

Sindrome coronarica acuta	Emorragia interna
Patologia aortica acuta	Pneumotorace iperteso
Embolia polmonare	Tamponamento cardiaco
Accidente cerebro-vascolare	Gravidanza ectopica

Percorso della patologia principale

Le “sfide”

1. La perdita di coscienza è di natura sincopale o no?
2. La sincope è il sintomo prevalente di accesso in PS?
3. E' possibile una diagnosi certa della sincope?

Classificazione della sincope

Sincope riflessa (neuromediata)

- Sincope vasovagale (dolore, paura, stress emotivo, ortostatismo prolungato)
- Sincope senocarotidea
- Sincope situazionale:
 - tosse, starnuto
 - stimolazione gastrointestinale (deglutizione, defecazione, dolore viscerale)
 - minzione (post-minzionale)
 - post-esercizio
 - altre (ad esempio, suonatori di strumenti a fiato, sollevamento pesi, post-prandiale)

Sincope da ipotensione ortostatica

- Insufficienza neurovegetativa:
 - primitiva (insufficienza neurovegetativa essenziale, atrofia multisistemica, morbo di Parkinson)
 - secondaria (neuropatia diabetica, neuropatia amiloidea)
 - da farmaci e alcool
- Ipovolemia (emorragia, diarrea, vomito, morbo di Addison)

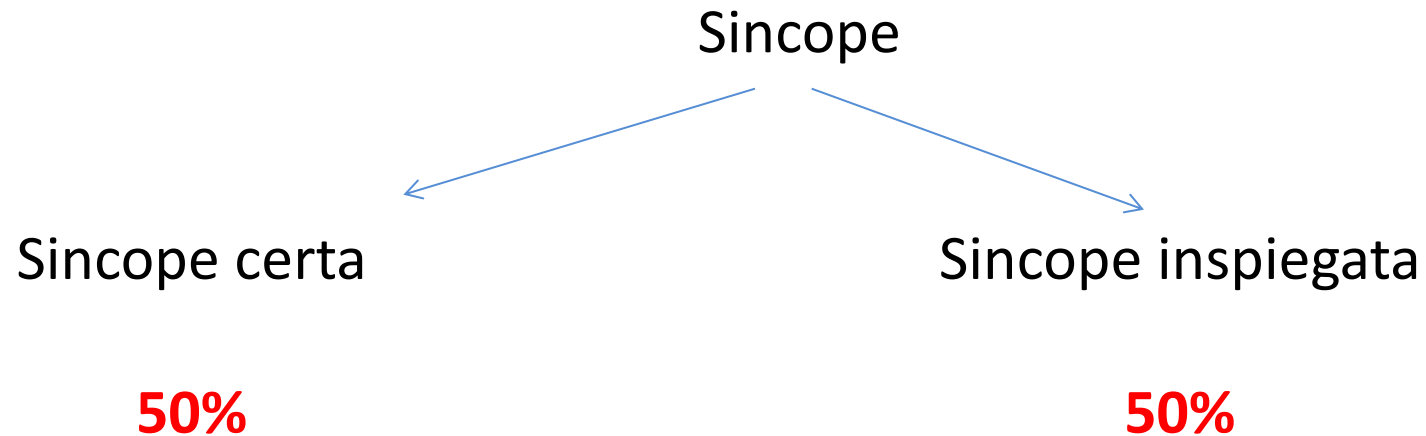
Sincope cardiaca

Aritmica

Strutturale

- Cardiopatia valvolare
- Cardiomiopatia ostruttiva
- Mixoma atriale
- Tamponamento pericardico

Strumenti diagnostici in PS:
anamnesi, esame obiettivo,
ricerca ipotensione ortostatica, ECG



Sincope: diagnosi certa

Sincope riflessa (neuromediata)

- Età giovanile
- Assenza di malattie cardiologiche o neurologiche
- Assenza di familiarità per morte improvvisa
- Lunga storia di sincopi
- Dopo un trigger
- Dopo un prolungato ortostatismo, specie in luoghi caldi ed affollati
- Preceduta e/o seguita da sintomi neurovegetativi
- ECG normale

Sincope da ipotensione ortostatica

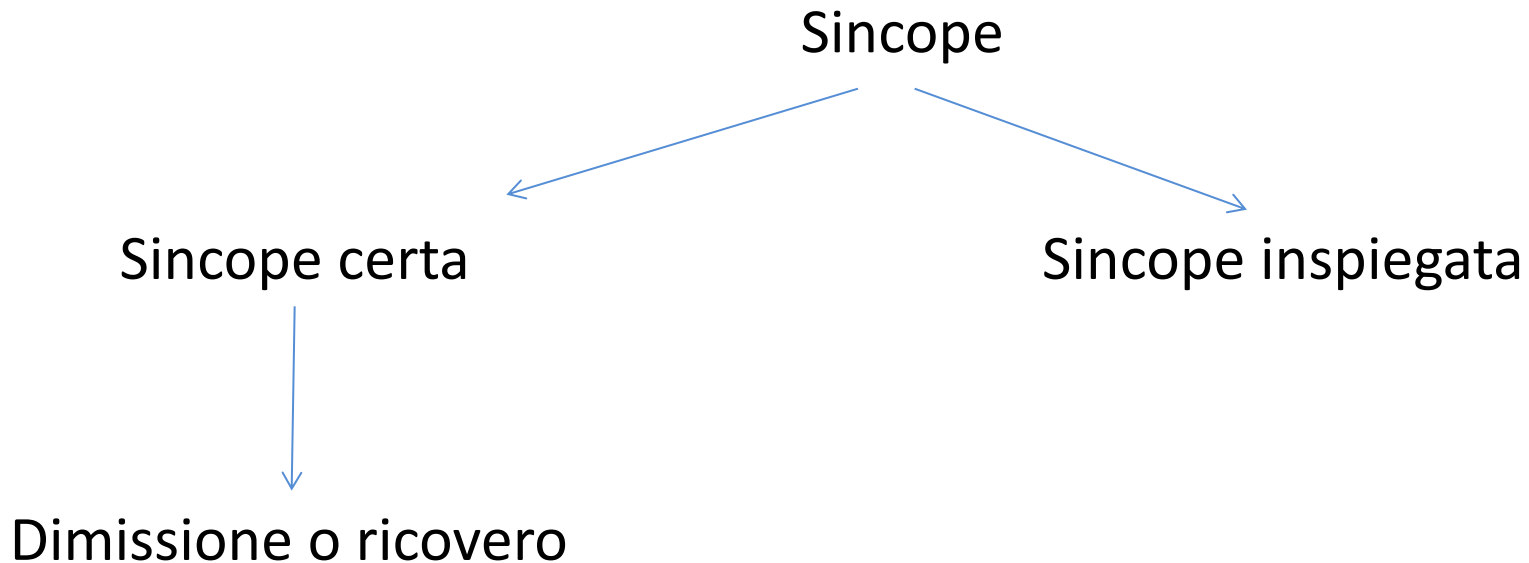
- Presincope/sincope associato a riduzione della PA dopo 1 e 3 minuti di ortostatismo di almeno 20 mmHg o PA < 90 mmHg

Sincope: diagnosi certa

Sincope cardiaca aritmica

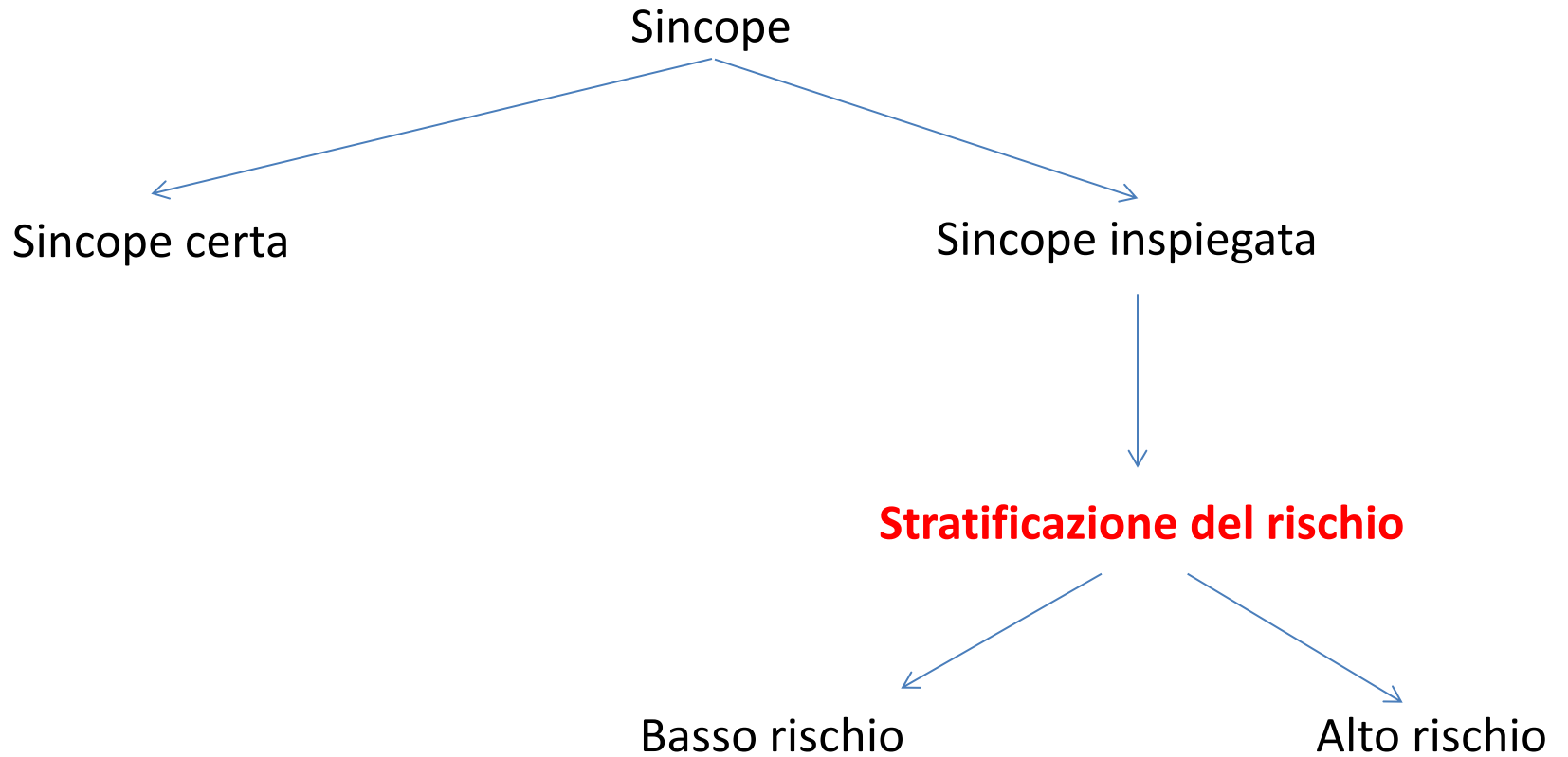
- Bradicardia sinusale (< 40 battiti per minuto)
- Blocchi seno atriali ripetitivi o pause sinusali > 3 secondi
- Blocco atrioventricolare di 2° grado Mobitz II o di 3° grado
- Blocco di branca destra e sinistra alternante
- Tachicardia ventricolare o TPSV veloce
- Episodi di tachicardia ventricolare non sostenuta polimorfa e intervallo QT lungo o corto
- Malfunzionamento di pacemaker con asistolie

**Strumenti diagnostici in PS:
anamnesi, esame obiettivo,
ricerca ipotensione ortostatica, ECG**



Le “sfide”

1. La perdita di coscienza è di natura sincopale o no?
2. La sincope è il sintomo prevalente di accesso in PS?
3. E' possibile una diagnosi certa della sincope?
4. **Come inquadrare i pazienti con sincope inspiegata?**



Il paziente a basso rischio

- Età inferiore a 50 anni
- Assenza di malattie cardiologiche
- Assenza di familiarità per morte improvvisa
- Assenza di comorbidità potenzialmente associate alla sincope
- Esame obiettivo normale
- ECG normale
- Scarsi o assenti prodromi
- Assenza di un chiaro trigger

Il paziente ad alto rischio

Criteri clinici:

- Cardiopatia nota
 - Familiarità per morte improvvisa
 - Sincope durante sforzo fisico
 - Sincope in posizione supina
 - Sincope associata a cardiopalmo
 - Sincope senza prodromi
-
- Età e sesso
 - Sincope traumatica
 - Sincope isolata in età adulta



Il paziente ad alto rischio

Criteri ECG:

- Blocco bifascicolare (definito come BBS o BBDx con blocco fascicolare sinistro anteriore o posteriore)
- Allungamento del QRS > 0.12 secondi
- Blocco atrioventricolare di 2° grado Mobitz I
- Bradicardia sinusale (tra 40 e 50 battiti per minuto)
- Blocco senoatriale
- Presenza di pre-eccitazione ventricolare
- Intervallo QT prolungato
- Blocco di branca destro con sopraslivellamento dell'intervallo ST nelle derivazioni precordiali destre (pattern di Brugada)
- Onda T negativa e onda epsilon delle derivazioni precordiali destre (suggestive per displasia aritmogena del ventricolo destro)



**Sospetta displasia aritmogena
del ventricolo destro**



Pattern di Brugada

La stratificazione del rischio e gli score

La stratificazione del rischio e gli score

OESIL score

Parametro	Punteggio
Età > 65 anni	+1
Storia di malattia cardiovascolare	+1
Sincope senza prodromi	+1
ECG anormale	+1

Basso rischio: score 0-1

Alto rischio: score 2-4

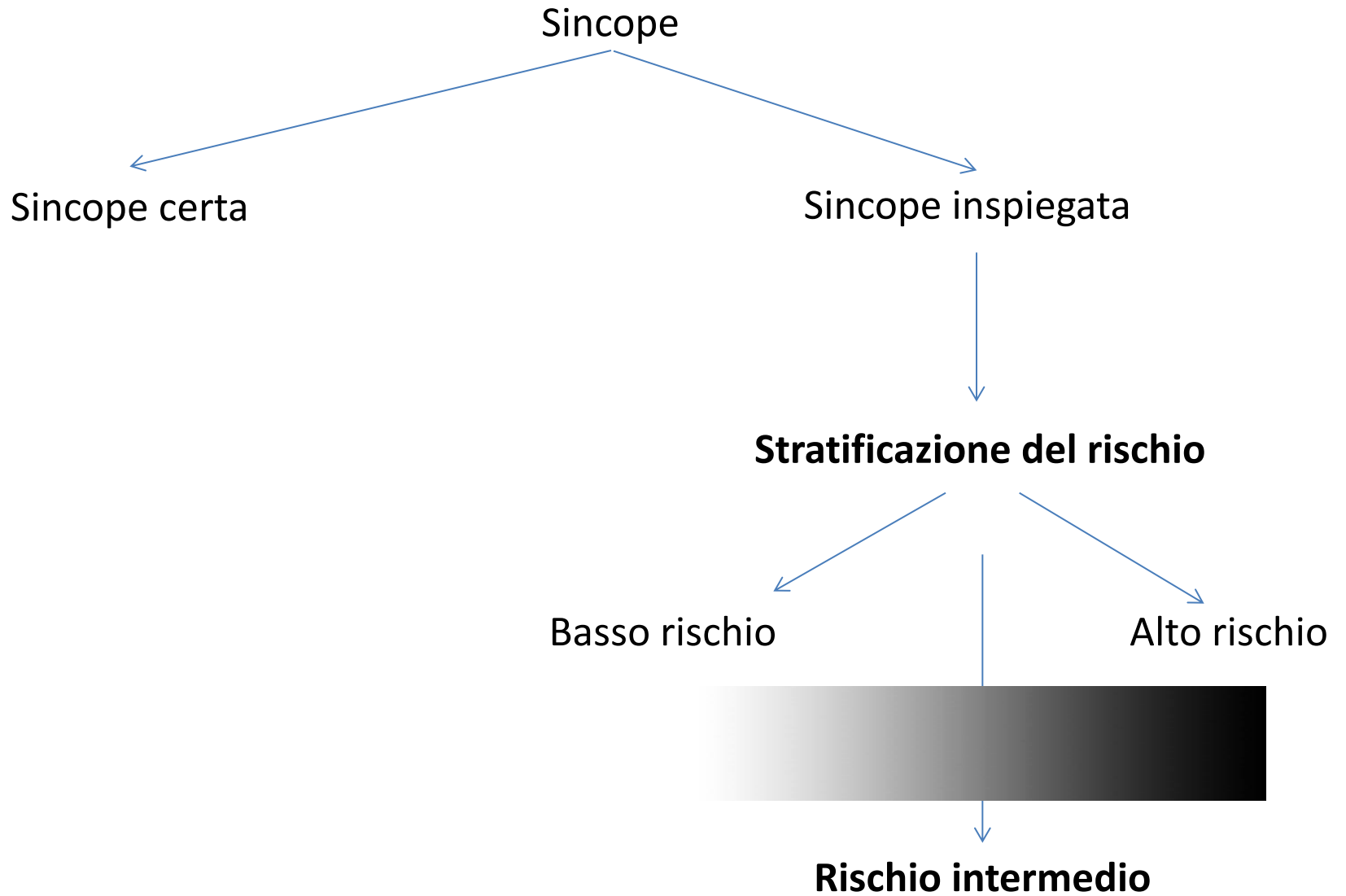
La stratificazione del rischio e gli score

EGSYS score

Parametro	Punteggio
Palpitazione pre-sincope	+4
Cardiopatìa e/o ECG anormale	+3
Sincope durante lo sforzo	+3
Sincope da supino	+2
Fattori precipitanti	-1
Prodromi neurovegetativi	-1

Basso rischio: score < 3

Alto rischio: score > o uguale a 3



Basso rischio

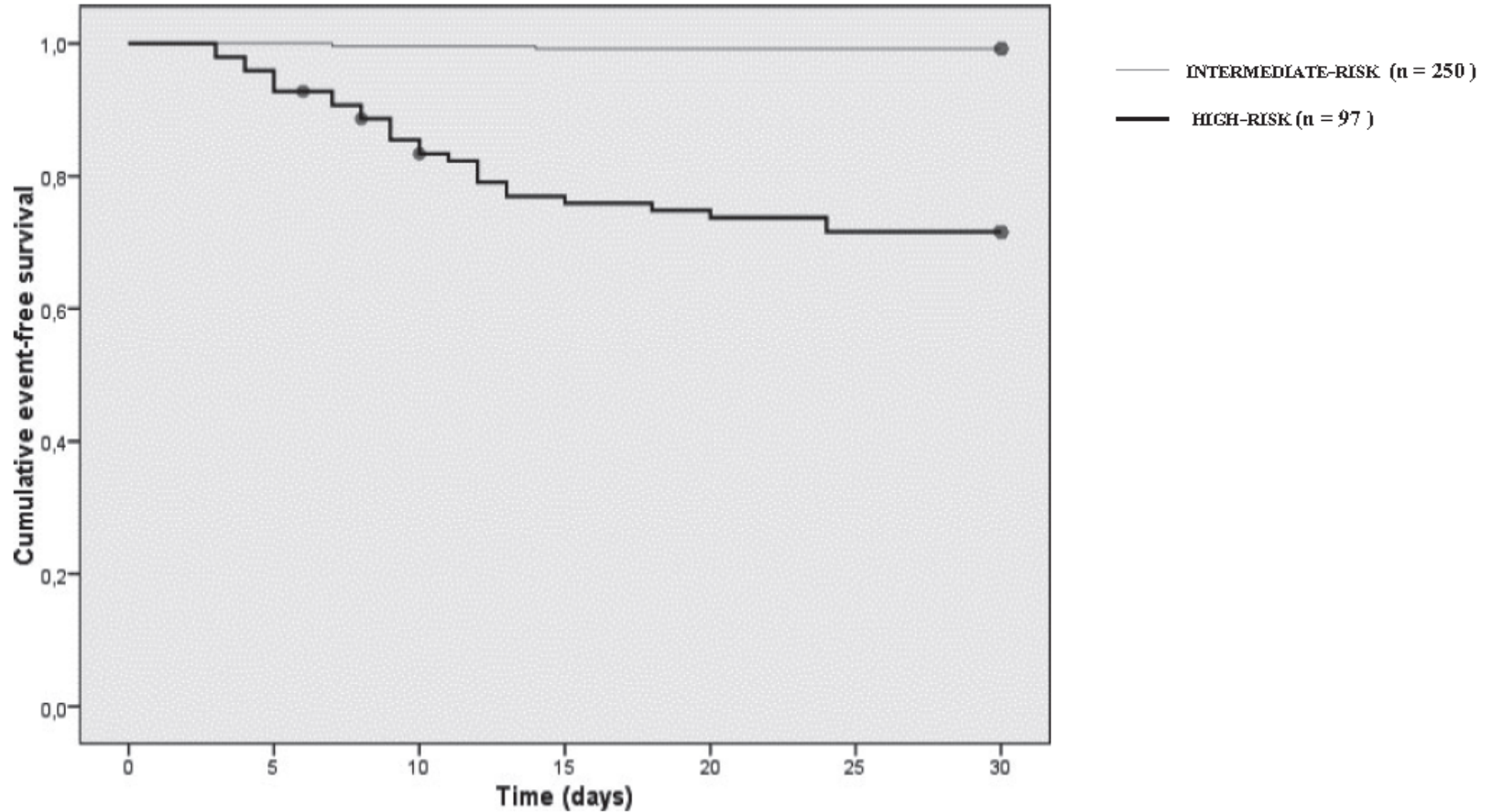
Rischio intermedio

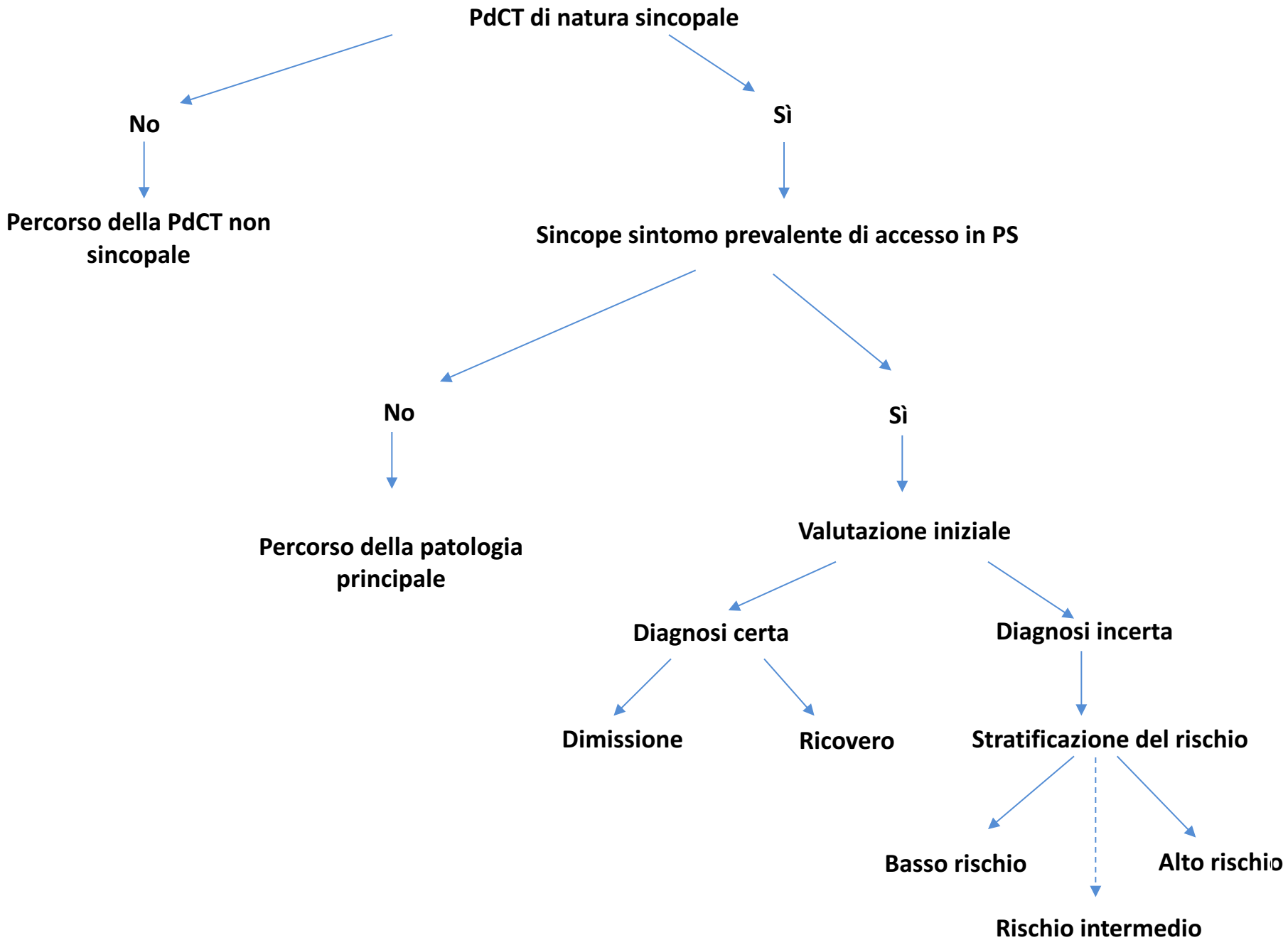
Alto rischio



- Cardiopatia nota stabile
- Comorbidity significative stabili
- Pochi o assenti prodromi
- Alterazioni ECG non specifiche per l'alto rischio

Serve identificare un rischio intermedio?





Le “sfide”

1. La perdita di coscienza è di natura sincopale o no?
2. La sincope è il sintomo prevalente di accesso in PS?
3. E' possibile una diagnosi certa della sincope?
4. Come inquadrare i pazienti con sincope inspiegata?
- 5. Monitoraggio?**
- 6. Ricovero o dimissione?**

Grazie dell'attenzione