



La Sincope

Obiettivi formativi

- Capire cos'è una sincope
- Conoscere i meccanismi fisiopatologici
- Conoscere le principali cause di sincope
- Sapere come intervenire in un paziente con sincope



DEFINIZIONE

E' una breve e transitoria perdita di coscienza associata a perdita del tono posturale

FISIOPATOLOGIA (I)

- Il meccanismo fisiopatologico alla base della sincope è una **transitoria ipoperfusione cerebrale**
- La cessazione del flusso cerebrale per 6-8 secondi è sufficiente per causare una perdita di coscienza

FISIOPATOLOGIA (II)

- Flusso cerebrale: 50 mL/min/100 g di tessuto (14% della gittata cardiaca)
- VO_2 cerebrale: 20% del consumo totale di O_2 a riposo
- Il flusso cerebrale è autoregolato localmente: una caduta di pressione causa una vasodilatazione cerebrale compensatoria, viceversa un aumento pressorio causa una vasocostrizione
- L'autoregolazione avviene se $50 < PA < 170$ mmHg : oltre questi valori la variazione del flusso cerebrale è direttamente proporzionale alla PA



PERDITE DI COSCIENZA TRANSITORIE

- SINCOPE
- NON SINCOPE

EPISODI NON SINCOPALI

1. CON PERDITA DI COSCIENZA

- a) Disordini metabolici (ipossia, ipocapnia, ipoglicemia)
- b) Epilessia
- c) Intossicazione da farmaci

2. SENZA PERDITA DI COSCIENZA

- a) Somatizzazione (isteria)
- b) Cataplessia (rapida perdita del tono muscolare causata da manifestazioni emotive come riso, collera, eccitazione, sorpresa)
- c) Deficit vascolare (TIA, drop attack)
- d) Lipotimia (o pre-sincope)

CLASSIFICAZIONE DELLA SINCOPE

1. Neuromediata
2. Ortostatica
3. Da aritmie cardiache
4. Da malattie cardiache/polmonari non aritmiche
5. Sindrome da furto

1. LA SINCOPE NEUROMEDIATA

- a) VASOVAGALE (da riflesso vagale che causa vasodilatazione e bradicardia)
- b) DEL SENO CAROTIDEO
- c) SITUAZIONALE (minzione, tosse...)
- d) DA NEVRALGIA TRIGEMINALE



2. LA SINCOPE ORTOSTATICA

- a) DANNO PRIMITIVO DEL SISTEMA NERVOSO AUTONOMO
- b) DANNO SECONDARIO DEL SISTEMA NRVOSO AUTONOMO
(neuropatia diabetica e amiloide, abuso alcool, farmaci)
- c) DEPLEZIONE DI VOLUME (emorragia, diarrea, m. di Addison)

3. LA SINCOPE DA ARITMIE

- a) MALATTIA DEL NODO SENOATRIALE
- b) MALATTIA DEL SISTEMA DI CONDUZIONE ATRIOVENTRICOLARE
- c) TACHICARDIA PAROSSISTICA SOPRAVENTRICOLARE
- d) TACHICARDIA VENTRICOLARE
- e) SINDROMI EREDITARIE (QT lungo, Brugada)

4. SINCOPE DA MALATTIE CARDIACHE E POLMONARI

- a) MALATTIE VALVOLARI (STENOSI AORTICA)
- b) INFARTO MIOCARDICO ACUTO
- c) CARDIOMIOPATIA OSTRUTTIVA
- d) MIXOMA ATRIALE
- e) DISSECAZIONE AORTICA
- f) PERICARDITE
- g) TROMBOEMBOLIA POLMONARE

PREVALENZA

CAUSE DI SINCOPE

PREVALENZA (%)

Vasovagale	18 (8-37)
Situazionale	5 (1-8)
Disordini psichiatrici	2 (1-7)
Ortostatica	8 (4-10)
Farmaci	3 (1-7)
M. Neurologiche	10 (3-32)
M. cardiache	4 (1-8)
Aritmie	14 (4-38)
Causa sconosciuta	34 (13-41)

PROGNOSI E RICORRENZA

- La prognosi è buona nelle sincopi neuromediate, da ipotensione ortostatica, negli anziani senza malattie di cuore o alterazioni all'ECG
- La mortalità ad un anno per sincope cardiogena è più alta, ad eccezione di alcune cause di sincope cardiogena (tachicardia SV e sincope del seno carotideo)
- La ricorrenza è del 35% in 3 anni di follow-up (82% nei primi due anni); non è associata ad un aumento della mortalità, ma ad un aumento delle fratture (12%)

Approccio clinico-assistenziale iniziale

- Posizionare il paziente in clinostatismo
- Valutazione dei parametri vitali
 - Pressione arteriosa
 - Frequenza cardiaca
 - Frequenza respiratori
 - Saturazione O₂
- Monitoraggio della glicemia
- Incanulamento via venosa periferica



VALUTAZIONE INIZIALE

1. Anamnesi accurata
2. Esame clinico + PA in clino e ortostatismo
3. ECG standard

ANAMNESI

- PRIMA DELLA SINCOPE: posizione, attività, fattori predisponenti (stazione eretta prolungata, digestione, dolore, emozione)
- SINTOMATOLOGIA ASSOCIATA (nausea, vomito, visione offuscata, pallore, palpitazioni, dispnea, dolore)
- DURATA DELLA PERDITA DI COSCIENZA
- STORIA FAMILIARE (morte cardiaca improvvisa, m. aritmogene, cardiache, neurologiche, metaboliche)
- FARMACI (antipertensivi, antianginosi, antiaritmici, diuretici)

ECG

- Nella maggior parte dei casi è NORMALE
- Se ALTERATO può rivelare un'aritmia o alterazioni predisponenti alla sincope:

blocco bifascicolare,

Blocco Atrio-Ventricolare,

bradicardia sinusale < 40 bpm,

blocco senoatriale con pause > 3 sec,

blocco di branca destra + sopraslivellamento ST in V1-V3 (S. di Brugada),

onde q (suggestive di IMA)

LA VALUTAZIONE INIZIALE PUO' ESSERE DIAGNOSTICA IN:

- SINCOPE VASOVAGALE E SITUAZIONALE (anamnesi accurata)
- SINCOPE ORTOSTATICA (PAs > 20 mmHg o < 90 mmHg)
- SINCOPE CARDIOGENA (ECG)



VALUTAZIONE APPROFONDATA

- ECOCARDIOGRAMMA
- MASSAGGIO DEL SENO CAROTIDEO
- TILT TESTING
- MONITORAGGIO ECG
- STUDIO ELETTROFISIOLOGICO

QUANDO OSPEDALIZZARE UN PZ CON SINCOPE ?

1. MALATTIE CARDIACHE
2. SINTOMI SUGGESTIVI DI ARITMIA O ISCHEMIA
3. ANOMALIE ELETTROCARDIOGRAFICHE
4. MALATTIE NEUROLOGICHE
5. IPOTENSIONE ORTOSTATICA DA DEPLEZIONE DI VOLUME