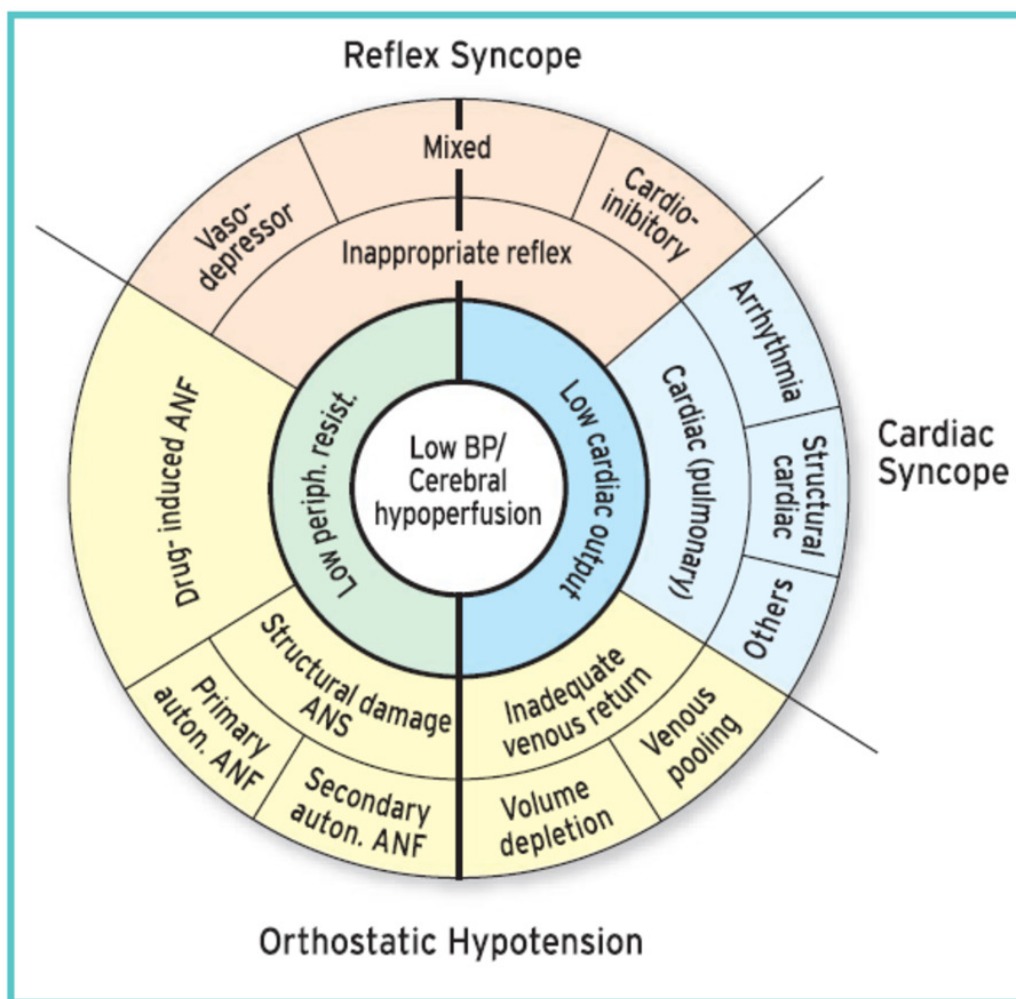




# Sincope: (Guidelines on Diagnosis and Management of)

ESC Clinical Practice Guidelines. European Heart Journal 2018  
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy037>



Basi fisiopatologiche della classificazione della sincope, modificata da Linee Guida ESC

Le attuali linee guida recentemente pubblicate dall'ESC, rappresentano un documento orientativo ed aggiornato sulla base delle ultime evidenze sulla sincope, con lo scopo di indirizzare e migliorare la qualità e l'efficacia della diagnosi e del trattamento della sincope.

Le linee guida vogliono colmare il gap esistente fra la conoscenza e il modo in cui le raccomandazioni vengono applicate nella pratica clinica. Per colmare questa lacuna, le nuove linee guida comprendono una serie di supplementi, disponibili online e scaricabile liberamente da chiunque, che contengono una serie di istruzioni pratiche per l'uso.

La sincope è definita come **“una transitoria perdita di coscienza (TLOC) dovuta a ipoperfusione cerebrale e caratterizzata da insorgenza rapida, breve durata, e completa ripresa spontanea”**.

Ci sono molti tipi di TLOC ma si parla di sincope solo se la TLOC è a rapida insorgenza, di breve durata e completa ripresa spontanea.

Mediamente una persona su due ha avuto un episodio sincopale nel corso della sua vita: la forma più comune è benigna e prende il nome di sincope vaso-vagale.

### **La classificazione della sincope comprende:**

- neuro-mediata (riflessa) (SR)
- da ipotensione ortostatica (OH)
- cardiaca (SC)

#### **La sincope neuro-mediata:**

- Vasovagale (sincope vasovagale ortostatica e sincope emozionale)
- Situazionale (minzionale, da stimolazione gastrointestinale, da tosse/starnuto, post-esercizio, da altri eventi scatenanti)
- Sindrome del Seno Carotideo
- Forme Atipiche (senza prodromi e/o senza apparenti fattori scatenanti e/o con presentazioni atipiche)

#### **La sincope dovuta a ipotensione ortostatica:**

- indotta da farmaci (forma più comune di OH: - vasodilatatori, diuretici, fenotiazine, antidepressivi)
- da deplezione volêmica (emorragia, diarrea, vomito, ecc.)
- da disfunzione neurogena primaria (disfunzione autonoma pura, atrofia del sistema multiplo -MSA-, Morbo di Parkinson, demenza con corpi di Levy)
- da disfunzione neurogena secondaria (diabete, amiloidosi, danni alla colonna vertebrale, neuropatia autonoma autoimmune, neuropatia autonoma paraneoplastica, insufficienza renale)

#### **La sincope cardiogena:**

- dovuta ad aritmia (a) bradicardie: disfunzione del nodo del seno, compresa la sindrome bradi-tachi, o disturbi di conduzione atrio-ventricolari b) tachicardie: sopraventricolari o ventricolari)
- dovuta a cardiopatia strutturale (stenosi aortica, ischemia e infarto miocardico acuto, masse cardiache (mixoma atriale, tumori, etc...), malattie del pericardio e tamponamento cardiaco, anomalie congenite delle arterie coronarie, disfunzioni valvolari protesiche)
- dovuta a patologie cardiopolmonari o dei grossi vasi (embolia polmonare, dissezione aortica acuta, ipertensione polmonare)

### **La valutazione iniziale dei pazienti con sincope dovrebbe rispondere a 4 domande chiave:**

1. L'evento verificatosi è riconducibile ad una transitoria perdita di coscienza (TLOC)?
2. In caso si fosse trattato di TLOC, è stato di origine sincopale o non sincopale?
3. In caso di sospetta sincope, c'è una chiara diagnosi eziologica?
4. Ci sono evidenze che suggeriscano alto rischio di eventi cardiovascolari o morte?

### **Una TLOC è probabilmente sincopale quando:**

- sono presenti segni e sintomi specifici per sincope riflessa, sincope dovuta ad ipotensione ortostatica, o sincope cardiogena
- sono assenti segni e sintomi specifici per altre forme di TLOC (trauma cranico, epilessia, TLOC psicogena, altre cause più rare)

### **Devono esser fatti:**

- anamnesi mirata
- esame obiettivo con misurazione della pressione arteriosa in orto e clinostatismo
- ECG

### **Sulla base di questa valutazione iniziale, potranno quindi essere eseguiti ulteriori accertamenti, tra cui:**

- monitoraggio ECG immediato in caso di sincope aritmica sospetta
- ecocardiogramma in caso di sospetta sincope a genesi cardiaca, cardiopolmonare o dei grossi vasi massaggio del seno carotideo nei pazienti con età > 40 anni
- Tilt test nel sospetto di sincope riflessa o da ipotensione ortostatica
- esami ematochimici quando clinicamente indicati (es emocromo nel sospetto di anemia, saturazione di O<sub>2</sub> ed EGA nel sospetto di ipossia, troponina nel sospetto di ischemia, D-dimero nel sospetto di embolia polmonare, etc.)

### **Novità**

Un capitolo importante delle nuove LG riguarda **come gestire la sincope in pronto soccorso, con le definizioni di pazienti (pz) a basso e ad alto rischio**: i pz a basso rischio sono quelli dimissibili; i pz ad alto rischio sono quelli che potrebbero aver bisogno di tempestivi accertamenti e/o interventi specialistici rispetto al consueto ricovero ospedaliero.

### **Rientrano nelle sincopi ad alto rischio:**

- presenza accertata o sospetta di cardiopatia strutturale
- presenza di significative patologie croniche concomitanti
- sincope durante esercizio
- sincope avvenuta in posizione supina o seduta
- sincope con trauma cranico
- sincope senza prodromi
- sincope accompagnata o preceduta da palpitazioni
- bradicardia inappropriata o sintomatica
- presenza di device con sospetto malfunzionamento o scarica di ICD
- pre-eccitazione ventricolare
- TPSV o fibrillazione atriale parossistica
- ECG suggestivo di canalopatia ereditaria
- ECG suggestivo di displasia aritmogena del ventricolo destro

I pz ad alto rischio sono quelli che necessitano di monitoraggio (molti studi suggeriscono monitoraggio fino a 6 ore nel PS o dipartimento di emergenza/urgenza e fino a 24 ore in ospedale) in un ambiente dove è possibile impostare una strategia terapeutica tempestiva ed effettuare manovre rianimatorie in caso di deterioramento delle condizioni cliniche.

D'altra parte i pazienti a basso rischio sono quelli che verosimilmente hanno presentato una sincope riflessa, situazionale od ortostatica e non necessitano di ulteriori accertamenti né di ricovero, e potrebbero giovare di rassicurazione o consulenza specialistica.

I pazienti con caratteristiche intermedie di rischio non dovrebbero essere dimessi direttamente dal PS o dipartimento di emergenza/urgenza se non dopo iniziale (6 ore) osservazione, dovrebbero essere indirizzati, da esterni, ad un centro specializzato sulla sincope (se disponibile) e potrebbero giovare di una consulenza specialistica di un esperto sulla sincope.

La sfida per i medici è individuare i pazienti con sincope di origine cardiaca, anche quando la valutazione iniziale della sincope non porti alla diagnosi. A tale proposito il nuovo documento ESC ha modificato alcune raccomandazioni, tra cui:

- il tilt-test, ora in classe IIa e IIb (era in Classe I nelle precedenti LG)
- l'utilizzo dell'ECG dinamico secondo Holter per la sincope di origine sconosciuta, ora in classe IIa (era in Classe I nelle precedenti LG)
- lo studio elettrofisiologico nei casi di sospetta malattia del nodo del seno, ora in classe IIa (era in Classe I nelle precedenti LG).

Le nuove linee guida enfatizzano l'utilizzo del monitoraggio cardiaco prolungato mediante **loop recorder**, esterno indossabile o impiantabile (ILR). Questo in molti tipi di sincope, non solo quelle di sospetta genesi cardiogena, ma anche in quelle riflesse (nelle quali si sospettano asistolie riflesse), e nei casi in cui la diagnosi di sincope resta sospetta e si vogliono escludere epilessia, pseudo-sincope o cadute inspiegabili. In particolare, l'indicazione dell'ILR è stata estesa ai:

- pazienti con sospetta epilessia non dimostrata
- pazienti con cadute inspiegabili
- pazienti con cardiomiopatia primaria o disordini aritmogeni ereditari a basso rischio di morte cardiaca improvvisa (come alternativa ai defibrillatori impiantabili).

Viene inoltre enfatizzata, per la prima volta, l'importanza dell'uso della videoregistrazione, come strumento per la diagnosi. Una novità significativa riguarda l'utilizzo dello smartphone per documentare gli episodi sincopali da parte di parenti, amici, o da chiunque si trovi vicino al paziente durante gli episodi sincopali. Questa pratica si è rivelata utilissima per giungere a una diagnosi e per distinguere una sincope dall'epilessia e dalle pseudo-sincopi. La videoregistrazione può inoltre essere inviata agli specialisti della materia in ogni parte del mondo per un consulto o una conferma.

Per quanto riguarda il trattamento della sincope, il punto iniziale è rappresentato dalla stratificazione del rischio e dall'identificazione del meccanismo.

L'efficacia delle terapie volte a prevenire le recidive di sincope è prevalentemente determinata dal meccanismo della sincope piuttosto che dalla sua eziologia specifica. La bradicardia è un meccanismo frequente della sincope. La terapia con pacing cardiaco rappresenta la migliore terapia per la bradicardia, ma la sua efficacia viene meno in caso di coesistente ipotensione alla bradicardia. A volte, la terapia per prevenire le recidive di sincope non corrisponde alla terapia della patologia sottostante, e questo è il caso dei pazienti a rischio di morte improvvisa. Il management dei pazienti ad alto rischio di morte improvvisa richiede una attenta valutazione del rischio individuale del singolo paziente. Ancora non sappiamo quale sia il trattamento migliore del singolo paziente con la sincope, infatti spesso è necessario rivalutare il paziente e adattare il trattamento alle necessità del singolo caso.