

I PAZIENTI INVIATI CON URGENZA AL PRONTO SOCCORSO
 Ponassi I. Medicina d' Urgenza DEA Ospedale San Martino Genova

La sincope è un sintomo di frequente riscontro , con una incidenza del 3-5% delle visite in Pronto Soccorso. Il ruolo del medico di PS si articola in alcune fasi :

- raccolta dati (anamnesi, esame obiettivo, esecuzione di ECG, misurazione pressione arteriosa in clino ed in ortostasi)
- stratificazione del rischio
- definizione del percorso diagnostico-terapeutico
- informazioni al paziente ed ai parenti.

La raccolta iniziale dei dati anamnestici prevede la collaborazione non solo del paziente e dei parenti ma anche dei testimoni , dei primi soccorritori (in particolare del personale del 118) e degli infermieri che accolgono il paziente nel DEA (triage). Le linee guida ESC (1) forniscono una lista dettagliata delle domande utili nel paziente con sincope (tab.1) ma nella valutazione iniziale sono importanti anche gli elementi per la diagnosi differenziale nelle perdite di coscienza , in particolare con le crisi epilettiche (tab.2) e con condizioni metaboliche, neurologiche e tossicologiche di tipo simil-sincopale.

Tabella 1

- ✓ circostanze immediatamente precedenti la sincope (posizione, attività, fattori predisponenti)
- ✓ prodromi
- ✓ modalità di caduta, durata della perdita di coscienza, caratteristiche del respiro, presenza di movimenti involontari, morsicatura della lingua
- ✓ condizioni del paziente dopo la sincope (nausea, vomito, sensazione di freddo, confusione mentale, cefalea, palpitazioni, dolore toracico)
- ✓ malattie note, farmaci assunti, familiarità per morte improvvisa.

Tabella 2

	sincope	epilessia
-caduta piegando le gambe	+	-
-caduta a gambe rigide	-	+
-deviazione dello sguardo verso l'alto	possibile	possibile
-mioclonie aritmiche multifocali	+	-
-movimenti ritmici e simmetrici	-	+
-movimenti finalistici (masticazione, fonazione)	possibile	possibile
-allucinazioni (visive, olfattive)	possibile	rare
-cianosi	-	+
-prodromi con nausea, vomito sudorazione, senso di caldo-freddo	+	-
-aura (olfattiva, visiva, epigastrica)	-	+
-stato confusionale post-critico (sino a 1 ora, mai <5min)	-	+
-dolore muscolare dopo la crisi	-	+
-esordio all'addormentamento o al risveglio	-	+
-cefalea e sonno dopo la crisi	-	+
-incontinenza	possibile	+
-morsicatura della lingua	sulla punta	sul lato

Come indicato dallo studio EGSYS-2 (2), le cause di sincope dei pazienti afferenti al Pronto Soccorso possono essere riconosciute con certezza nel 98% dei casi applicando rigidamente le linee guida ESC e nel 50% dei casi la diagnosi viene stabilita con la sola valutazione iniziale (anamnesi, esame obiettivo ed ECG); la diagnosi finale risulta di sincope neuromediata nel 66%, di sincope ortostatica nel 10%, di aritmia primaria nell' 11%, di sincope da malattia cardiaca o cardiopolmonare strutturale nel 5% e di attacco non sincopale nel 6% dei casi.

Una diagnosi iniziale corretta presuppone la collaborazione stretta tra varie figure: paziente, familiari, soccorritori iniziali, infermiere di triage, medico del DEA e cardiologo. Le informazioni devono seguire il paziente dal territorio al DEA sino alla eventuale sede di risposta definitiva al suo problema. Per migliorare questa collaborazione sono utili :

- linee guida condivise tra il DEA ed il 118 sui dati da raccogliere (ECG precedenti al domicilio , lista dei farmaci assunti dal paziente, esecuzione di ECG sul territorio) e su quali pazienti traggono beneficio dal trasporto in Ospedale e su quale Ospedale è in grado di fornire a quel paziente le cure necessarie
- linee guida per il triage sugli elementi da raccogliere e sui codici da assegnare ai singoli pazienti
- criteri per il monitoraggio ECG immediato al momento dell' accesso al Pronto Soccorso
- nell' ambito del DEA, indicazioni alla visita internistica nei pazienti con traumatismi
- criteri per visita cardiologica e per trasporto diretto in cardiologia in caso di sincope di origine aritmica certa.

La valutazione iniziale consente di porre diagnosi nelle seguenti condizioni:

- sincope vasovagale classica
- sincope situazionale
- sincope ortostatica
- sincope da ischemia cardiaca
- sincope aritmica , qualora l' ECG iniziale dimostri uno dei dati riportati nella tabella 3.

Tabella 3

- ✓ bradicardia sinusale <40bpm o blocchi senoatriali ripetitivi o pause > 3 secondi
- ✓ blocco atrioventricolare di 2° grado Mobitz II o di 3° grado
- ✓ BBD e BBS alternante
- ✓ TPSV veloce o TV
- ✓ Malfunzionamento del pacemaker con asistolie.

Nel 50% dei pazienti la valutazione iniziale non consente di porre una diagnosi definitiva sulla causa di sincope. In questi casi la definizione del percorso diagnostico si basa sulla presenza di aspetti clinici suggestivi della causa di sincope (tab. 4) e sulla stratificazione del rischio .

Tabella 4

Sintomi e segni

Cause probabili

-dopo una visione,un suono o odore improvviso e spiacevole	vasovagale
-prolungato ortostatismo in luogo caldo e affollato	vasovagale
-nausea e vomito associati a sincope	vasovagale
-entro ½ ora dal pasto	postprandiale
-dopo esercizio fisico	vasovagale o disautonomica
- durante la minzione o la defecazione	situazionale
-sincope associata a dolore al collo o alla faccia	nevralgia
-con rotazione del capo o pressione sul seno carotideo (rasatura,colletti stretti,tumore)	sincope senocarotidea spontanea
-entro pochi minuti dall'assunzione dell'ortostatismo	ipotensione ortostatica
-relazione temporale con inizio terapie (o variazioni dose)	indotta da farmaci
-durante sforzo o da supino	cardiogeno
-preceduta da palpitazioni	tachiaritmie
-storia familiare di morte improvvisa	s. QT lungo ,s.Brugada,displasia VD, cardiomiopatia
-associata a vertigini,disartria,diplopia	TIA
-in seguito a movimenti delle braccia	furto succlavia
-differenza della PA tra le 2 braccia	furto succlavia o dissezione aortica

Alcuni aspetti elettrocardiografici, pur non identificando la causa della sincope, ne suggeriscono fortemente una genesi aritmica (tab. 5) e impongono l' immediato monitoraggio ECG e la valutazione cardiologica a breve.

Tabella 5

Alterazioni che suggeriscono una sincope aritmica

- blocco bifascicolare (BBS o BBD+EAS / EPS)
- altre anomalie della conduzione intraventricolare (QRS > 12msc)
- BAV 2° grado tipo Mobitz 1
- bradicardia sinusale asintomatica (<50bpm) o blocco senoatriale
- complessi QRS pre-eccitati
- BBD con soprasslivellamento ST in V1-V3 (s. di Brugada)
- segni di displasia aritmogena del VD (onde T negative nelle precordiali+onde epsilon e potenziali tardivi ventricolari)
- Onde Q suggestive di pregresso IMA

In tutti gli altri casi, gli accertamenti successivi dipendono dalla ipotesi diagnostica basata sulla valutazione iniziale. In particolare le linee guida ESC (1) propongono il seguente schema:

- Dubbia ipovolemia o m. metabolica → esami di laboratorio
- Dubbia cardiopatia → ecocardio+Holter ed eventuale studio elettrofisiologico
- Sincope associata a palpitazioni → Holter + ecocardio
- Sincope + dolore toracico (prima/dopo) → prova da sforzo → ecocardio + Holter
- Giovane con sincope ripetute o attività a rischio senza sospetto di cardiopatia → Tilt test
- Anziano (>45anni) senza cardiopatia → massaggio del seno carotideo
- Sincope associata ai movimenti del collo → massaggio del seno carotideo
- Sincope durante/dopo sforzo → prova da sforzo
- Sincope + segni neurologici → valutazione neurologica.

Il percorso diagnostico dei pazienti con valutazione iniziale non conclusiva è molto eterogeneo nella realtà ospedaliera italiana (3,4). Molti studi hanno consentito di identificare elementi affidabili di stratificazione del rischio che consentono di identificare i pazienti che necessitano di ricovero immediato rispetto a quelli che possono essere dimessi direttamente dopo una prima visita e dopo una osservazione breve (1,5,6,7,8,9,10,11).

Criteri per la dimissione immediata: pazienti con età inferiore a 40 anni con evento sincopale isolato, esame obiettivo negativo, ECG normale e nessuna evidenza di patologia cardio-polmonare.

Criteri per il ricovero :

- o patologia cardiaca significativa nota (CAD, scompenso cardiaco, valvulopatia moderata-grave, pregresso riscontro di aritmie ventricolari, QT lungo) o sospetta
- o alterazioni ECG delle tabelle 3 e 5
- o sincope insorta durante lo sforzo o in posizione supina
- o sincope accompagnata a dolore toracico
- o sincope con trauma severo
- o anamnesi familiare di morte improvvisa
- o sincope preceduta da palpitazione o con altri elementi che inducono il sospetto di genesi cardiaca
- o sincope da patologia cardiopolmonare (embolia polmonare, aneurisma dissecante dell' aorta , ecc)
- o sincope neuromediata ripetuta (qualora si preveda l' impianto di pacemaker)

Criteri per l' ammissione in Osservazione Breve Intensiva (OBI): dipendono dalle linee guida locali e dalla disponibilità a percorsi diagnostico-terapeutici preferenziali condivisi. In genere L' OBI viene impiegata :

- o per chiarire aspetti anamnestici non disponibili ad una valutazione iniziale
- o nella sincope neuromediata con trauma cranico minore
- o nelle sincopi associate a disidratazione o a turbe metaboliche minori.

A tutti i pazienti dimessi (direttamente o dopo osservazione breve) è opportuno consigliare una visita di controllo entro una settimana, la limitazione alla guida ed alle altre attività rischiose in tale periodo ed un ritorno al DEA in caso di nuova sincope o lipotimia (12).

Le Linee Guida ESC (1) sono focalizzate prevalentemente sul percorso cardiologico del paziente con sincope, con l' obiettivo di garantire il percorso ottimale per la diagnosi di sincope aritmica e di sincope neuromediata. Nella realtà quotidiana , soprattutto nell' anziano, spesso la sincope è multifattoriale o almeno la prima valutazione evidenzia molti possibili meccanismi responsabili della sincope (es. paziente con cardiopatia ischemica, in trattamento con alfabloccanti per ipertrofia prostatica, recente gastroenterite, presenza di fattori di rischio tromboembolico); pertanto una prima valutazione con applicazione delle linee guida è spesso difficile , rendendo particolarmente utile un periodo di osservazione. Inoltre l'impiego diffuso di farmaci in grado di prolungare l' intervallo QT, insieme alla consapevolezza che questa alterazione elettrocardiografica può essere intermittente, può porre notevoli incertezze diagnostiche al medico d' urgenza . Più in generale è spesso difficile identificare con certezza l' associazione sincope/farmaci, considerando la frequente assunzione di molti principi attivi con svariate interazioni e con capacità di indurre sincopi anche singolarmente e con vari meccanismi (per effetto proaritmico, per induzione di ipotensione arteriosa, di disidratazione, di ipotensione ortostatica, nonché di pseudosincopi da deficit dell' equilibrio). La stessa indicazione di cardiopatia significativa tra le indicazioni al ricovero spesso necessità di alcuni accertamenti, soprattutto dell' ecocardiogramma, per una stratificazione corretta del rischio. Infine è utile ricordare il comportamento insidioso di alcune patologie , in particolare l' embolia polmonare, l' aneurisma dissecante dell' aorta e l' infarto miocardico, nelle quali l' esordio clinico caratterizzato dalla sincope isolata è descritto rispettivamente nel 22% , 6,4-13% e 2-4% dei casi (14-18). La sincope come unico sintomo di embolia polmonare e di aneurisma dissecante dell' aorta è particolarmente frequente negli anziani, con una frequenza che raggiunge il 27,6% e 33,7% rispettivamente (19, 15). Per questo motivo , spesso in Pronto Soccorso viene eseguito un dosaggio del D-dimero (per la ricerca di embolia polmonare e di aneurisma dissecante dell' aorta) ed il monitoraggio della troponina (20,21).

Le Linee Guida infine non fanno riferimento alle lipotimie , il cui significato clinico e fisiopatologico non è sostanzialmente diverso da quello della sincope.

Un elemento rassicurante , anche se frutto di uno studio pilota (13), è la dimostrazione che una valutazione strutturale negativa eseguita in pronto soccorso identificherebbe i pazienti con > 50 anni che possono essere dimessi senza rischio, proseguendo gli accertamenti ambulatoriamente.

BIBLIOGRAFIA

1. Brignole M, Alboni P et al Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope – Update 2004 – executive summary and recommendations *Eur Heart J* 2004; 25:2054-2072
2. Brignole M, Menozzi C et al A new management of syncope: perspective systematic guideline-based evaluation of patients referred urgently to general hospitals *Eur Heart J* 2005
3. Disertori M, Brignole M, Menozzi C et al Management of patients with syncope referred urgently to general hospitals Guidelines in Syncope Study (EGSYS) group *Europace* 5;283-291,2003

4. Bartoletti A, Brignole M, Proclemer A, Alboni P et al Come viene studiata la sincope negli ospedali italiani? Risultati dle primo "Censimento Nazionale del Centri per lo studio della sincope" *Ital Haert J* 5;472-479,2004
5. Shen WK, Wyatt W et al Sincope evaluation in Emergency Department Study (SEEDS) A multidisciplinare approach to sincope management *Circulation* 110:3636-3645 2004
6. Crane SD Risk stratification of patients with syncope in an accident and emergency department *Emerg Med J* 19:23-27 2002
7. Colivicchi F, Ammirati F, Melina D et al OESIL (Osservatorio Epidemiologico sulla Sincope nel Lazio) Study Investigators. Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with sincope in the emergency department: the OESIL risk score *Eur Heart J* 24:811-819,2003
8. Quinn J, McDermottD et al Physician judgment in evaluating patients with syncope *Acad Emerg Med* 9:452-453, 2002
9. Elesber A, Decker W et al Evaluation of the safety and costeffectiveness of the ACEP clinical policy in regard to admission of the syncopal patient *Acad Emerg Med* 9:370-371, 2002
10. American College of Emergency Physicians. Clinical Policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting with syncope *Ann Emerg Med* 37:771-776, 2001
11. Martin TP, Hanusa BH, Kapor WN Risk stratification of patients with syncope *Annals Emerg Med* 29;459-466,1997
12. Kosiak J D, Decker W La sincope: un approccio del DEA per la stratificazione del rischio *Emerg Med Pract* 5:119,2004
13. Morang R, Murdock L et al Do patients with a negative emergency department evaluation for syncope require hospital admission? *Journ Emerg Med* 27;339-343,2004
14. Jimenez D, Diaz G et al Prognostic value of syncope in the presentation of pulmonary embolism *Arch Broncopneumol* 41;385-388, 2005
15. Park SW, Utchison S et al Association of painless acute aortic dissection with increased mortality *Mayo Clin Proc* 69;1252-1257,2005
16. Nallamothu BK, Mehta RH et al Syncope in acute aortic dissection ; diagnostic, prognostic and clinical implications *Am J Med* 113; 468-471,2002
17. Brieger D, Kim A et al Acute coronary syndromes without chest pain, an underdiagnosed and undertreated high-risk group: insights from the Global Registry of Acute Coronary Events *Chest* 126;461-471
18. Gupta M, Tabas JA, Kohn MA Presenting complaint among patients with myocardial infarction who present to an urban, public hospital emergency department *Ann Emerg Med* 40;180-186,2002
19. Kokturk N, Oguzulgen IK et al Difference in clinical presentation of pulmonary embolism in older vs younger patients *Circ J* 69, 981-986,2005
20. Perez A, Abbet P et al D-Dimers in the emergency department evaluation of aortic dissection *Acad Emerg Med* 11;397-400, 2004
21. Eggebrecht H, Neber CK et al Value of plasma fibrin D-Dimers for detection of acute aortic dissection *JACC* 44;804-809 2004