

Se è il cuore a venir meno

Renato Rossi

MEDICINA GENERALE
VERONA

Un episodio sincopale in pregiudizio di motivazione ansiosa, può invece spesso essere spia di disturbi della conduzione elettrica cardiaca. L'età del paziente è una buona guida per valutare la priorità nei sospetti.

La signora Giuseppina ha presentato alcuni episodi di malore interpretati inizialmente come lipotimia emozionale. Occorre fare un po' di distinzione tra i termini in uso:

- ◆ la **lipotimia** è una compromissione (più spesso senza perdita) della coscienza, di solito preceduta da sintomi premonitori (sudorazione, annebbiamento visivo, nausea, palpitazioni, debolezza agli arti inferiori);
- ◆ nella **sincope** vera e propria, invece, la perdita dello stato di coscienza è brusca e il paziente, impossibilitato a mantenere la posizione eretta, cade a terra con possibili traumatismi. In sostanza, lipotimia e sincope differiscono per l'intensità della sintomatologia, ma le cause possono essere le stesse.

IL CASO

E nessuno le credeva più

Giuseppina H. ha 51 anni e frequenta assiduamente l'ambulatorio: non ha malattie di rilievo, ma è molto ansiosa ed eccessivamente preoccupata per la propria salute, quella dei due figli e del marito. Circa sei mesi fa ebbe un episodio lipotimico, senza completa perdita di coscienza, durato pochi minuti. Qualche ora prima aveva avuto una vivace discussione con la figlia per cui lo classificai di natura ansiosa e prescrissi una benzodiazepina a basse dosi. Dopo circa un mese, si verificò un episodio analogo: improvvisa debolezza delle gambe, senso di stordimento e impossibilità a mantenere la stazione eretta. Poiché era domenica, il marito la portò in pronto soccorso dove esami ematochimici ed elettrocardiogramma risultarono normali. Il lunedì, alla visita non riscontrai nulla di allarmante; Giuseppina era molto agitata, disse che non riusciva a dormire di notte e che sentiva formicolii agli arti. Mi rivelò che la figlia, di appena 22 anni, aveva deciso di andare e convivere con il suo ragazzo, senza sposarsi. «Un affronto per me». Prescrissi per scrupolo una valutazione neurologica e un elettroencefalogramma, pur se i caratteri dello svenimento portavano a escludere l'epilessia. In effetti, i risultati della visita neurologica, dell'elettroencefalogramma e della TC cerebrale (richiesta dallo specialista) furono negativi e il neurologo ritenne che l'episodio di malore fosse da imputarsi alle discussioni familiari e all'ansia reattiva. In seguito a un terzo malore, con una probabile breve perdita di coscienza, decisi di approfondire le indagini sul versante cardiologico: dopo un elettrocardiogramma di base e una registrazione dinamica delle 24 ore secondo Holter negativi, il cardiologo esclude, però, una patologia di sua pertinenza. Mi risolsi a parlar chiaro a Giuseppina in presenza del marito: gli svenimenti e i mancamenti erano dovuti a un eccessivo stato di tensione emotiva. Il marito assentendo, quasi accusò la moglie di aver trasformato in un tormento la vita familiare. Per un mese non ho più avuto notizie della paziente, poi, una mattina, lei è arrivata in studio porgendomi una busta chiusa e dicendo, con tono di rimprovero, «Ecco, guardi qua: altro che ansia, era il cuore. Hanno dovuto mettermi un pace-maker». E poi rivolta al marito: «E neanche tu mi credevi». Lui mi ha spiegato che quindici giorni prima la moglie aveva avuto l'ennesimo mancamento. In pronto soccorso avevano trovato a posto i soliti esami e il solito elettrocardiogramma, tanto che Giuseppina stava per uscire dall'ospedale, quando, improvvisamente, era collassata. Il tracciato ecg eseguito sotto crisi aveva mostrato una frequenza di 35 battiti per minuto e un blocco AV di secondo grado avanzato.

Fattori che scatenano la sincope riflessa

TABELLA 1

Situazionale
stress emotivo, dolore, traumi, vista del sangue, permanenza in ambienti molto caldi, affaticamento, digiuno, iperpiressia, prolungata stazione eretta
Vaso-vagale
tosse, deglutizione, minzione, defecazione

Entrambe vanno differenziate dalle **vertiginosi**, in cui predomina la sensazione di instabilità, di perdita dell'equilibrio o di vera e propria rotazione (ma non vi sono sintomi a carico della coscienza) e dai **drop attacks**, nei quali il paziente cade improvvisamente a terra senza perdita di coscienza e senza campanelli d'allarme.

Di fronte a sintomi come quelli accusati da questa signora, bisogna anzitutto cercare di individuarne l'eziologia, in base alla quale le sincope vengono classificate, consapevoli che in 15-30 per cento di casi, cosiddetti idiopatici, la causa non verrà stabilita, nemmeno dopo ripetuti e approfonditi accertamenti (Brignole 2001, Kapoor 2000).

LA SINCOPE RIFLESSA

Le crisi di Giuseppina presentano molti caratteri somiglianti alla **lipotimia di origine riflessa** (vedi la tabella 1). Inoltre, in alcune occasioni, i sintomi sono comparsi dopo uno stress emotivo, per cui non sembrava infondata l'ipotesi di una lipotimia su base emozionale, visto anche che gli accertamenti eseguiti subito dopo l'attacco risultavano normali. Sincope riflessa tipiche sono quella vaso-vagale e quella situazionale. All'inizio compaiono i sintomi di allarme, cui segue l'aumento del tono parasimpatico, con bradicardia, ipotensione e perdita di coscienza; nella fase successiva, che può durare anche ore, si hanno stanchezza, instabilità o malessere. Spesso i pazienti, avendo già sofferto di episodi simili, riconoscono in tempo i sintomi premonitori e riescono ad assumere la posizione sdraiata e a bloccare l'evoluzione. La sincope riflessa non è dovuta a una patologia organica sottostante e ha una buona prognosi. Una forma particolare è la sincope del seno carotideo (vedi la tabella 2).

LA SINCOPE ORTOSTATICA

Nel passaggio dal clino all'ortostatismo si verifica normalmente, per gravità, uno spostamento di sangue nelle vene delle gambe e del tronco, con riduzione della pressione. Questo fenomeno attiva i barocettori dell'arco aortico e dei

Unrecognised syncope

Occhio Clinico 2008; 2: 14

Key words: Syncope; Error

Summary

A patient presented several episodes of fainting which the doctor initially interpreted as emotional presyncope. In actual fact the correct diagnosis was syncope, related to a cardiovascular disorder. The difference between presyncope and syncope lies in the strength of the symptomatology, but they may have the same causes. The patient's history and objective examination can help to identify the cause of syncope. For example, reflex syncope has quite stereotyped features. In an elderly person being treated with numerous cardiovascular drugs, the appearance of symptoms of presyncope when he gets out of bed leads one immediately to think of orthostatic hypotension. However, mistaken diagnoses can occur, as this case confirms. When gathering the patient's history, one should assess previous episodes, warning symptoms, loss of consciousness, the patient's memory of the episode, the factors that triggered the event, any biting of the tongue, loss of faeces or urine, and the pharmacological treatment that the patient is currently undergoing.

glomi carotidei, con iperstimolazione simpatica e conseguente ripristino dei valori pressori. Nel soggetto normale il meccanismo permette di passare dalla posizione sdraiata a quella eretta senza che si verifichino fenomeni di ipotensione marcata e di ipoperfusione cerebrale. Se questo adattamento non si verifica o si attua in ritardo, si realizza una vera e propria riduzione del flusso ematico al cervello con conseguente comparsa della sincope. Le cause della sincope ortostatica sono riassunte nella tabella 3.

Nel sospetto di ipotensione ortostatica si deve misurare la pressione al paziente già sdraiato da 4-5 minuti e successivamente in ortostatismo aspettando qualche minuto. Una riduzione della pressione sistolica superiore ai 20 mmHg o della diastolica superiore ai 10 mmHg permette la diagnosi. Particolarmente soggetti alla sincope ortostatica sono gli anziani, sia perché spesso sono in trattamento con farmaci che la possono provocare (nitrati, calcio antagonisti, neurolettici, alfalitici, anti parkinsoniani), sia perché l'età rende meno efficiente il meccanismo di adattamento barocettoriale. Completano il quadro di maggior rischio l'ipovolemia da ridotto apporto di liquidi e la riduzione del flusso ematico cerebrale per aterosclerosi delle arterie carotidiche ed encefaliche.

AL CUORE DELLA SVENEVOLEZZA

Le sincope di origine cardiaca riconoscono come causa principale le **aritmie**, di solito a esordio improvviso, oppure le cardiopatie che comportano un ostacolato efflusso di sangue dal cuore (vedi la tabella 4). →

Quando è più suscettibile il seno carotideo

TABELLA 2

età adulta e anziana
ipersensibilità dei glomi carotidei*
movimenti bruschi del capo; collo di camicia o cravatta troppo stretti

* Il massaggio del seno carotideo può provocare la crisi (test da effettuare sotto ecg e se è possibile intervenire su un eventuale arresto cardiaco).

Perché la sincope ortostatica

TABELLA 3

ipovolemia: emorragie, disidratazione, diarrea profusa
vasodilatazione: febbre
farmaci: nitrati, calcioantagonisti, ACE-inibitori, alfalitici, triciclici, antipsicotici, levodopa
allettamento prolungato
idiopatica

Le aritmie possono essere causate a loro volta da vari tipi di cardiopatia (ischemica, dilatativa, valvolare), da specifiche alterazioni elettriche (pre-eccitazione ventricolare, sindrome di Brugada), da farmaci (digitale, antiaritmici, betabloccanti, diuretici ipokaliemizzanti, eccetera); altre volte non si riesce a mettere in evidenza alcuna alterazione. Rispetto alle altre cause di sincope, quelle di origine cardiaca hanno un rischio doppio di morte o di eventi cardiovascolari gravi (infarto, ictus).

Nel caso di Giuseppina, la lipotimia era dovuta a un blocco atrio-ventricolare intermittente che è stato possibile documentare solo casualmente. Gli accertamenti eseguiti in precedenza (valutazione cardiologica, elettrocardiogramma standard, elettrocardiogramma di Holter) risultavano negativi e questo aveva indotto a escludere una genesi cardiaca. Sarebbe stato però utile richiedere anche un ecocardiogramma, per escludere patologie valvolari o miocardiopatie di altra natura. La registrazione ecg secondo Holter su 24 ore potrebbe non rilevare aritmie parossistiche o intermittenti, come si è verificato nel caso narrato. Si può ricorrere, in questi casi, ad apparecchi, portatili o impiantabili sottocute (detti loop recorder), che permettono una registrazione elettrocardiografica prolungata, continua oppure attivata dal paziente alla comparsa dei sintomi. L'indicazione è ovviamente di stretta pertinenza specialistica, così come lo studio elettrofisiologico, nel caso di forte sospetto di aritmia non documentato con gli esami di primo livello.

IL CERVELLO STACCA LA SPINA

La causa più frequente di sincope di origine neurologica è l'**epilessia**. Il paziente va incontro a completa perdita di coscienza con

Svenimenti di origine cardiaca

TABELLA 4

Aritmie

bradiaritmie : blocchi atrio-ventricolari di secondo o terzo grado

malattia del nodo del seno (episodi di tachicardia cui seguono bruschi periodi di bradicardia)

tachiaritmie sopraventricolari e ventricolari

Cardiopatie che ostacolano l'efflusso di sangue dal cuore

stenosi aortica

stenosi sub-aortica ipertrofica

trombi o mixomi atriali



titolo dell'opera: Define Said Brains 2

caduta a terra e convulsioni tonico-cloniche. Spesso si morde la lingua o le labbra e perde feci e urine. Dopo la crisi, il paziente ha uno stato post critico confusionale, in cui si chiede dove si trovi, e cosa stia facendo. Ovviamente è molto importante, per l'inquadramento di questi casi, la testimonianza di altri. Vi sono poi le cosiddette **sincope cerebrovascolari**, generalmente per ischemia nel territorio di distribuzione dell'arteria vertebro-basilare: si associano a disturbi cerebellari come disartria, nausea, vertigini, atassia. Si dovrebbe sospettare una causa neurologica se dopo l'episodio sincopale il paziente lamenta cefalea o disturbi dell'equilibrio. Nel caso di Giuseppina, un'origine neurologica era stata esclusa, oltre che dall'anamnesi, anche dalla valutazione neurologica, dall'eeg e dalla TC dell'encefalo.

IL DIFFICILE CAMMINO VERSO LA DIAGNOSI

L'anamnesi e l'esame obiettivo aiutano a individuare la causa della sincope. I caratteri della sincope riflessa, per esempio, sono abbastanza stereotipati. In un anziano in trattamento con numerosi farmaci la comparsa di sintomi prelipotimici quando si alza dal letto induce subito a pensare a una ipotensione ortostatica. Tuttavia, sono sempre possibili errori di attribuzione, come il caso narrato conferma.

Nella raccolta dell'**anamnesi** vanno valorizzati gli episodi pregressi, gli eventuali sintomi premonitori, la presenza effettiva di perdita di coscienza, il ricordo del paziente dell'episodio, i fattori scatenanti dell'evento, gli eventuali morso della lingua e perdita di feci e urine, la

terapia farmacologica in atto. Tipicamente, nella stenosi subaortica ipertrofica la sincope compare dopo uno sforzo, mentre nei trombi o nei mixomi peduncolati atriali la sintomatologia viene scatenata nella assunzione di determinate posizioni.

L'esame obiettivo ricerca la presenza di soffi cardiaci o carotidei, alterazioni del ritmo, segni neurologici focali, disidratazione, pallore anemico, ipotensione ortostatica.

L'ecg standard può essere di poco aiuto, perché raramente riesce a sorprendere e documentare un'aritmia. Tuttavia, alterazioni pur aspecifiche (per esempio ipertrofia ventricolare sinistra o alterazioni della ripolarizzazione) possono suggerire ulteriori accertamenti (ecocardiogramma, ecg da sforzo, ecg dinamico con apparecchio Holter o loop recorder, studio elettrofisiologico).

L'ecg va richiesto se si sospetta un'origine epilettrica della sincope, mentre l'eco Doppler dei tronchi arteriosi sovra aortici trova indicazione in caso di soffi carotidei o in presenza di segni neurologici. In quest'ultimo caso sono indicate anche indagini di imaging cerebrale (TC, RM).

Se in seguito a una sincope il paziente ha riportato traumi si dovrebbe fare ogni sforzo per arrivare a una diagnosi eziologica, in quanto è probabile che la causa della sincope sia potenzialmente grave. Se gli episodi sono ricorrenti e inspiegabili si può ricorrere al **tilt-test** (Lamarre-Cliché 2001, vedi box).

SERVE IL RICOVERO?

La decisione di ricoverare il paziente con sincope dipende dalla presenza di alcuni segni prognostici negativi: presenza certa o sospetta di cardiopatia, ischemia o aritmie all'elettrocardiogramma, comparsa dopo esercizio fisico, sospetta embolia polmonare, presenza di sintomi neurologici, anamnesi familiare per morte improvvisa, gravi traumatismi, età superiore a 45 anni, pregresso scompenso car-

Tilt Test

Il soggetto viene disteso su un lettino reclinabile per circa mezz'ora, successivamente il letto viene rialzato di circa 70-80 gradi per 30-45 minuti. Normalmente si assiste a un aumento della frequenza cardiaca di 10-15 battiti per minuto (bpm) mentre la pressione arteriosa subisce modificazioni trascurabili.

Sono state descritte quattro tipi di risposta patologica:

- ◆ ipotensione ortostatica: la pressione sistolica si riduce di più di 20 mmHg e quella diastolica di più di 10 mmHg;
- ◆ POTS (Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome): compare tachicardia > 120 bpm oppure la frequenza cardiaca aumenta di più di 30 bpm;
- ◆ sincope neurocardiogenica: si assiste a una importante caduta della pressione arteriosa e alla comparsa della sintomatologia sincopale;
- ◆ disautonomia: immediata e continua caduta della pressione arteriosa (frequente nei diabetici e nelle sindromi extrapiramidali).

diaco, dispnea, anemia, marcata ipotensione (Martin 1997, Quin 2006, Soteriades 2002). In linea generale è possibile dividere le sincope in probabilmente benigne e a prognosi potenzialmente grave. Le prime sono caratterizzate da un inizio graduale con sintomi premonitori e da mancanza di traumi da caduta; nelle sincope potenzialmente gravi l'esordio è improvviso, con assenza di sintomi premonitori e la caduta può provocare lesioni.

Giuseppina non presentava segni di allarme; è stato quindi corretto far eseguire gli accertamenti in regime ambulatoriale. Forse l'età (51 anni) era un dato che poteva aggravare la prognosi e si doveva dare importanza anche al ripetersi delle crisi. Il curante non ha commesso errori grossolani dal punto di vista tecnico, dato che il quadro clinico e la negatività degli accertamenti lasciavano supporre che si trattasse di crisi lipotimiche su base emotiva; non sempre, però, le diagnosi più semplici e ovvie sono quelle corrette (soprattutto quando si incolpa la psiche) e bisognerebbe sempre averne in mente di alternative. Forse c'è stato un errore relazionale, se la signora Giuseppina è stata indotta a sbottare «Altro che ansia, era il cuore!»: evidentemente si era sentita in qualche modo colpevolizzata e sottovalutata. In casi come questi, ammettere francamente di aver sbagliato può essere apprezzato dal malato e servire a recuperare la relazione, altrimenti a rischio di incrinarsi o interrompersi; si possono eventualmente invocare le «attenuanti generiche» sottolineando che il caso era obiettivamente difficile e che la medicina, purtroppo, non è una scienza esatta. L'errore è sempre possibile anche se si segue un iter diagnostico corretto. ◆

BIBLIOGRAFIA

- ◆ Brignole M et al. European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. Eur Heart J 2001; 22: 1256.
- ◆ Kapoor WN. Syncope. N Engl J Med 2000; 343: 1856.
- ◆ Lamarre-Cliché M et al. The fainting patient: value of the head-upright tilt-test in adult patient with orthostatic intolerance. CMAJ 2001; 164: 372.
- ◆ Martin TP et al. Risk stratification of patients with syncope. Ann Emerg Med 1997; 29: 459.
- ◆ Quinn J et al. Prospective validation of the San Francisco Syncope Rule to predict patients with serious outcomes. Ann Emerg Med 2006; 47: 448.
- ◆ Soteriades ES et al. Incidence and prognosis of syncope. N Engl J Med 2002; 347: 878.

OCCHIO AL CONCETTO

Capitolato lipotimico

- ▶ Anamnesi: episodi pregressi e fattori scatenanti.
- ▶ Esame obiettivo: PA, ritmo cardiaco, colorito delle mucose.
- ▶ Esami strumentali: ecg di base e dinamico, ecocardiogramma, imaging cerebrale.