

Sincope

Diagnostica differenziale

Giorgio Costantino
Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico
Milano

Priorities for Emergency Department Syncope Research

Benjamin C. Sun, MD, MPP*; Giorgio Costantino, MD; Franca Barbic, MD; Iliaria Bossi, MD;
Giovanni Casazza, PhD; Franca Dipaola, MD; Daniel McDermott, MD; James Quinn, MD, MS; Matthew Reed, MB, MD;
Robert S. Sheldon, MD, PhD; Monica Solbiati, MD; Venkatesh Thiruganasambandamoorthy, MBBS, MSc; Andrew D. Krahn, MD;
Daniel Beach, PhD; Nicolai Bodemer, PhD; Michele Brignole, MD; Ivo Casagrande, MD; Piergiorgio Duca, MD, PhD;
Greta Falavigna, PhD; Roberto Ippoliti, PhD; Nicola Montano, MD, PhD; Brian Olshansky, MD; Satish R. Raj, MD, MSCI;
Martin H. Ruwald, MD, PhD; Win-Kuang Shen, MD; Ian Stiell, MD; Andrea Ungar, MD; J. Gert van Dijk, MD, PhD;
Nynke van Dijk, MD, PhD; Wouter Wieling, MD; Raffaello Furlan, MD

Sun et al

Priorities for Emergency Department Syncope Research

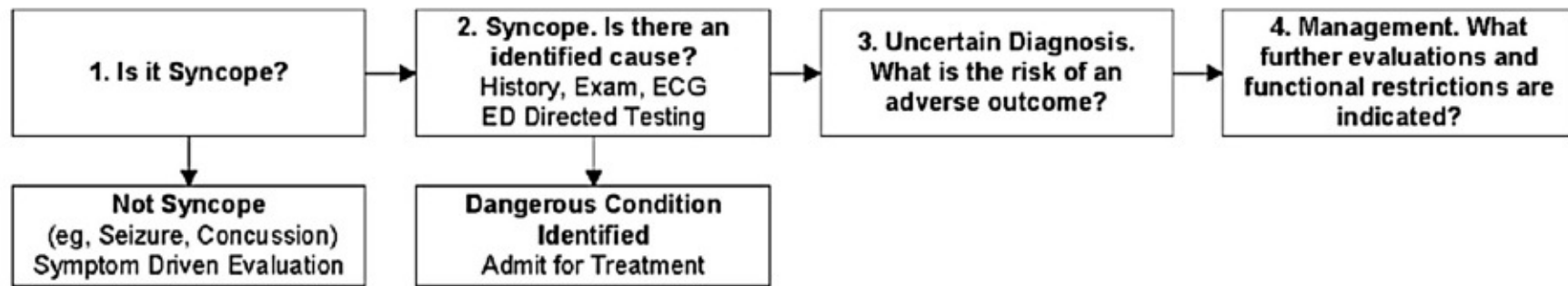


Figure 1. Conceptual model: ED management of syncope.

La dolce nonnina



- E' sincope?

Il virtuoso ciclista



Paziente di 52 anni

- 2 episodi sincopali nell'ultimo mese, mentre andava in bicicletta (tornava dall'ufficio di pomeriggio), preceduti da prodromi, la prima volta visione a tunnel, poi non ricorda nulla; la seconda volta sensazione di intensa astenia, è sceso dalla bici, si è seduto ed è svenuto.
- La prima volta l'episodio è stato seguito da agitazione e confusione.
- Nulla di rilevante in anamnesi, nessuna terapia

E' sincope?

- Il paziente ha perso conoscenza o no?
- La perdita di coscienza è davvero dovuta a ipoperfusione cerebrale globale e transitoria?

2014: 3 mesi di raccolta dati

- 213 pazienti consecutivi con perdita di coscienza in PS
- Nel 21% (IC 16-27) dei pazienti con PdC di sospetta origine sincopale, vi era il dubbio sull'origine non sincopale della stessa
 - $\frac{1}{4}$ di questi pazienti avevano una perdita di coscienza, ma non era chiaro il meccanismo fisiopatologico (PdC non sincopale)
 - Per $\frac{3}{4}$ di questi non era sicura la PdC

Come considerare un episodio sincope non sicuro?

- Ragionare sempre in base a rischio e probabilità
- In caso di caduta a terra di possibile origine sincope ragionare come se fosse sincope (tranne in casi particolari)
- Tenere conto che la sincope nel breve termine può nascondere cause drammatiche (ma mortalità meno dell'1%, eventi avversi 5-10%); nel lungo termine possibile espressione di fragilità


```
graph TD; A[2. Syncope. Is there an identified cause?  
History, Exam, ECG  
ED Directed Testing] --> B[Dangerous Condition Identified  
Admit for Treatment];
```

2. Syncope. Is there an identified cause?
History, Exam, ECG
ED Directed Testing

**Dangerous Condition
Identified
Admit for Treatment**

Escludere cause di sincope a potenziale rapida evolutività

Embolia polmonare	Pneumotorace iperteso
Dissecazione aortica	Tamponamento cardiaco
Emorragia interna	Gravidanza ectopica
Aneurisma dell'aorta addominale in rottura	Emorragia subaracnoidea
Infarto miocardico acuto	Dissecazione carotidea o vertebrale
Aritmia cardiaca maligna	Embolia grassosa

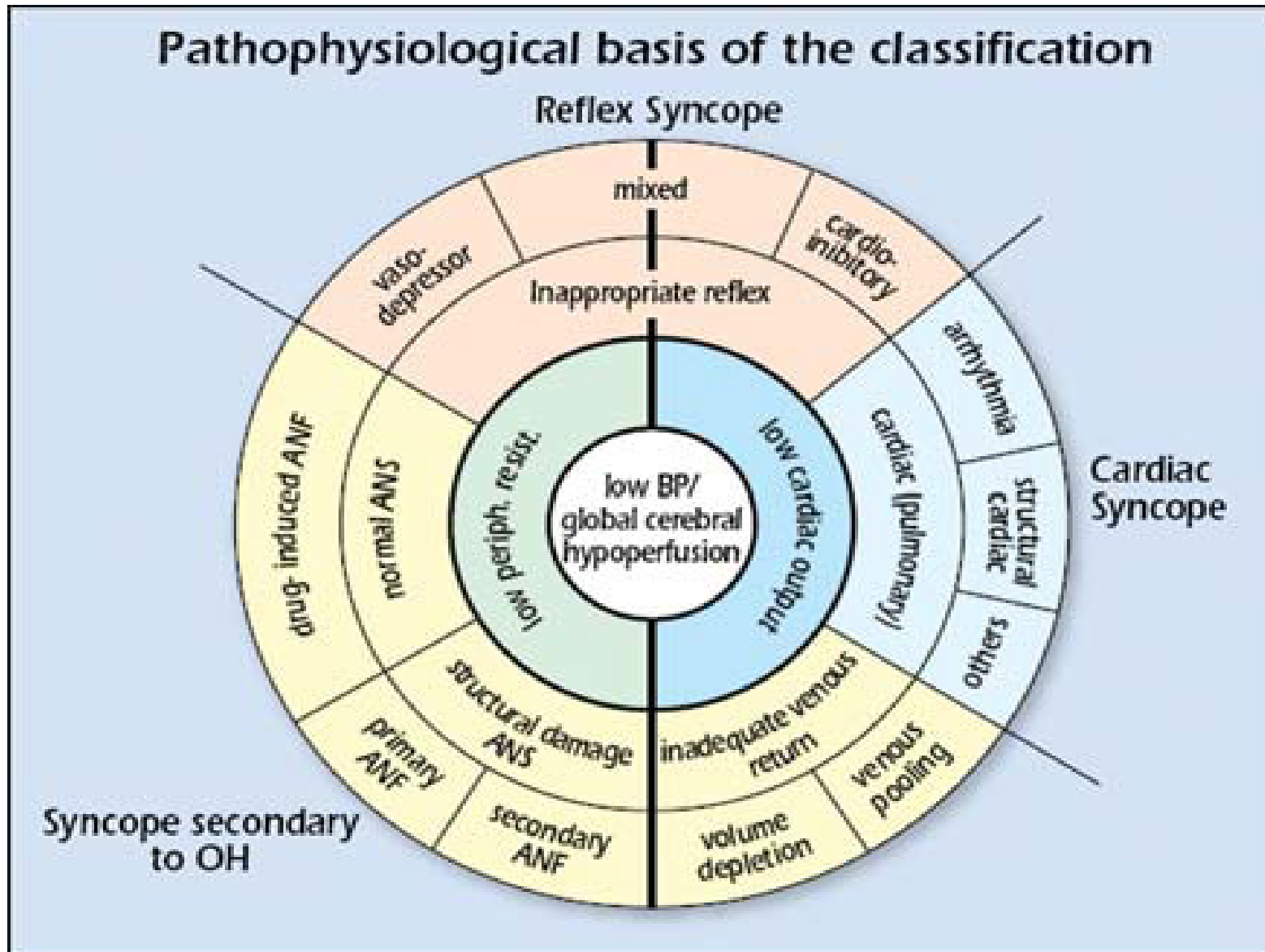
La triade (sintomi o segni unificanti)

DDDt

- **D**olore
- **D**ispnea
- **D**isability (segni o sintomi neurologici)
- **T**achicardia persistente

La presenza di almeno uno di questi segni/sintomi può fare sospettare una patologia a rapida evolutività come causa di sincope e deve portare ad escluderla, con anamnesi/esame obiettivo mirati o ulteriori approfondimenti diagnostici

Diagnosi



Diagnosi

- Considerare non solo la diagnosi (sincope “benigna” vs “maligna”) ma la possibile recidiva e la prognosi
- Cause cardiache: diagnosi definitiva
- Cause neuromediate: diagnosi anamnestica
- Ipotensione ortostatica (metodo dei sintomi)

E infine...



Cose da fare in PS:

- ECG
- PA in clino e orto
- Anamnesi ed esame obiettivo accurati (ascoltando gli accompagnatori)
- Massaggio del seno carotideo in casi selezionati
- Eventuale monitoraggio in telemetria per 6-12 ore
- Eventuale ecocardiogramma o altri esami in casi selezionati

Cosa da non fare in PS

(tranne in casi molto selezionati)

- Troponina
- Ddimero
- Tac encefalo
- Consulenza neurologica
- Ecocolordoppler TSA
- Esami ematici in paziente a basso rischio



Choosing Wisely[®]

An initiative of the ABIM Foundation

 fare di più
non significa fare meglio 