APPROCCIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA SINCOPE: LA VALUTAZIONE INIZIALE ED IL PERCORSO DIAGNOSTICO.

I.Casagranda, F. Brustia, M. Marengo, A. Poggi, U. Sturlese**
Azienda Ospedaliera "SS.Antonio e Biagio e C.Arrigo" Alessandria
Azienda Ospedaliera "S.Croce e Carle" Cuneo.

Introduzione.

La sincope costituisce un problema sanitario di un certo rilievo sia per la consistenza epidemiologica (3-5% di tutti gli accessi in Pronto Soccorso)(1), sia per l'elevato tasso di ospedalizzazione (1-3% di tutti i ricoveri) sia per il ricorso a frequenti e numerose indagini strumentali con rapporto costo/benefici elevato(2).

Si tratta di un sintomo frequente, in particolare negli anziani (in un gruppo di pazienti di età superiore ai 70 anni l'incidenza di sincope durante un periodo di 10 anni è risultata del 23%)(3), la cui importanza clinica è legata anche alle molte possibili complicanze, specie in caso di recidiva.

Al contrario i giovani senza cardiopatia strutturale e con ECG normale non hanno un rischio aumentato di morte, così come i pazienti con sincope neuromediata o con sincope ortostatica, fatto salvo quello legato alla eventuale comorbilità.

Sul piano eziologico il problema del paziente con sincope è costituito dal fatto che, al momento della valutazione, questi risulta asintomatico e di conseguenza la valutazione viene fatta con l'obiettivo di capire la causa che può averla determinata.

Poiché con una certa frequenza questa causa rimane indeterminata, i pazienti vengono ricoverati e sottoposti ad esami costosi molti dei quali non risultano utili al fine di raggiungere una diagnosi definitiva, con conseguente lievitazione della spesa sostenuta dal servizio sanitario.

E' importante quindi identificare con la massima accuratezza possibile i pazienti che"non meritano" il ricovero ed esami strumentali approfonditi, ma è altrettanto importante identificare quelli che possono avere avuto una sincope da possibile genesi cardiogena, in quanto pericolosa e potenzialmente trattabile.

Esiste poi un'ampia variabilità nelle modalità di raccolta dell'anamnesi, nell'esecuzione dell'esame obiettivo, nelle indagini richieste e nella loro interpretazione.

Pertanto è evidente la necessità di definire precisi criteri sia per porre una diagnosi eziologica sia per stratificare il rischio sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo ed è inoltre necessario definire linee guida chiare su quali indagini strumentali scegliere, sul modo di valutarne le risposte anormali e sul modo di utilizzare tali risposte per stabilire la causa della sincope.

Le linee-guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) e la Società dell' American College of Emergency Physicians (ACEP) costituiscono certamente oggi un riferimento fondamentale per l'approccio al paziente con sincope(2,4).

Tuttavia la corretta ed esaustiva applicazione di queste linee guida non permette di definirne la causa in tutti i pazienti che arrivano in pronto soccorso ed il medico d'urgenza si trova molto spesso nella scomoda posizione di dover disporre la dimissione o il ricovero di un paziente con sincope di natura indeterminata.

Una possibile soluzione al problema potrebbe essere quella di studiare questi pazienti nelle Unità di Osservazione Breve Intensiva (OBI) dopo averne stratificato il rischio a seguito di una prima valutazione clinico-strumentale fatta proprio in pronto soccorso.

Recenti autorevoli rassegne sembrano dare ragione ad un approccio di questo tipo (5).

Il ruolo dell'osservazione breve-intensiva nella valutazione della sincope da causa indeterminata

A partire dal mese di aprile del 2001 sono state attivate all'interno delle Unità di Osservazione delle Divisioni di Medicina d'Urgenza delle Aziende Ospedaliere di Alessandria e Cuneo due unità per l'osservazione della sincope da causa indeterminata.

Nel periodo compreso dall'Aprile 2001 al Maggio 2003 sono stati visitati presso i due Pronto Soccorso 630 pazienti, per perdita di

coscienza. Di questi 334 (53%) sono stati dimessi,170 (27%) sono stati ricoverati mentre126 (20%) pazienti con sincope indeterminata sono stati trattenuti all'interno dell' Unità di Osservazione al fine di pervenire, mediante ulteriori accertamenti, alla miglior definizione diagnostica possibile ed in particolare si desiderava verificare se lo studio dei pazienti con sincope in questo contesto potesse costituire un'utile alternativa al ricovero.

Il protocollo adottato per lo studio di questi pazienti consisteva innanzitutto nella rivalutazione clinica del paziente e nella puntuale rilevazione dei segni vitali e poi nel monitoraggio elettrocardiografico, nell'esecuzione di accertamenti di laboratorio, qualora indicati (profilo dei marcatori di necrosi cardiaca, controllo seriato dell'emoglobina), nella richiesta di consulenze mirate, nell'ecocardiogramma, nel test da sforzo, nella programmazione di eventuali ulteriori accertamenti ambulatoriali (monitoraggio Holter, Tilt test) fino allo studio elettrofisiologico.

Ciò ha permesso di ridurre le sincopi da causa indeterminata all'11% circa della casistica. Infatti, su un totale di 126 pazienti ammessi in OBI, soltanto 14 sono rimasti senza diagnosi al termine degli accertamenti.

Commenti e conclusioni

Non esistono al momento dati disponibili in letteratura per un utile confronto. A tale proposito altri studi condotti su pazienti non selezionati afferenti al pronto soccorso, i quali hanno seguito iter diagnostici prestabiliti, hanno rilevato una percentuale di sincopi da causa indefinita varabile dal 17 al 19%(6,7).

E' pertanto ragionevole ipotizzare che l'incremento del tempo a disposizione per la rivalutazione clinica e gli accertamenti diagnostici che avviene per i pazienti ammessi in OBI possa risultare determinante per il raggiungimento della diagnosi.

Nella nostra casistica sono stati dimessi 77 pazienti (61%), mentre si è reso necessario il ricovero negli altri 49 casi (39%). Anche per questi dati non risulta possibile un confronto in letteratura.

Nello studio OESIL il 57.6% dei pazienti afferenti per sincope in pronto soccorso sono stati ricoverati, mentre nel più recente studio EGSYS questo dato si attesta al 46%: una percentuale sensibilmente maggiore di quella da noi rilevata(7,8,9).

E' verosimile che molti di questi pazienti siano andati incontro ad un ricovero di tipo esclusivamente "cautelativo", senza che sia stato impostato un corretto iter diagnostico volto alla ricerca della causa della sincope, anche in ragione della complessità del problema e della variabilità di competenza specifica del singolo medico. Inoltre la scarsa efficienza dei servizi diagnostici di supporto, condizionati spesso da lunghi tempi di attesa può aver contribuito ad aumentare il numero di ricoveri impropri.

Viceversa l'OBI permette di operare con efficacia sottoponendo i pazienti ai test necessari in ambiente protetto ed in tempi contenuti, consentendo quindi di dimettere, con ragionevole sicurezza, un'elevata percentuale di pazienti.

Bibliografia

1) Day SC, Cook EF, Funkenstein H, Goldman L. Evaluation and outcome of emergency room patients whit transient loss of consciousness. *Am J Med* 1982; 73:15-23.
2) Task Force on Syncope, European Society of Cardiology: Brignole M, Alboni P, Benditt D, Bergfeldt L, Blanc JJ, Bloch Thomsen PE, van Dijk JG, Fitzpatrick A, Hohnloser S, Janousek J, Kapoor W, Kenny RA, Kulakowski P, Moya A, Raviele A, Sutton R, Theodorakis G, Wieling W. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. Eur Heart J 2001;22:1256-306.
3) Lipsitz LA, Pluchino FC, Wei JY, Rowe JW. Syncope in an elderly institutiona-

lized population: prevalence, incidence and associated risk. *Q J Med* 1985; 55:45-54.

4) ACEP: American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting with syncope. *Ann Emerg Med* 2001;37:771-6.
5) Ross MA, Compton S, Richardson D, Jones R, Nittis T, Wilson A. The use and effectiveness of an emergency department observation unit for elderly patients. *Ann Emerg Med. 2003 May;41(5):668-77*
6) Ammirati F, Colivicchi F, Santini M. Diagnosing syncope in clinical practice. Implementation of a simplified diagnostic algorithm in a multicentre prospective trial - the OESIL 2 study (Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio). *Eur Heart J* 2000;21:935-40.
7) Sarasin FP, Louis-Simonet M, Carballo D, Slama S, Rajeswaran A, Metzger JT, Lovis C, Unger PF, Junod AF. Prospective evaluation of patients with syncope: a population - based study. *Am J Med 2001*;111:177-84.
8) Ammirati F, Colivicchi F, Santini M. Gestione della sincope in ospedale: lo studio OESIL (Osservatorio Epidemiologico della Sincope nel Lazio). *G Ital Cardiol*, Vol 29, Maggio 1999
9) EGSYS group: Disertori M, Brignole M, Menozzi C, Raviele A, Rizzon P, Santini M, Proclemer A, Tomasi C, Rossillo A, Taddei F, Scivales A, Migliorini R, De Santo T.Management of patients with syncope referred urgently to general hospitals. *Europace* 2003; 5: 283-291.