

Sincopi nell'anziano. Peculiarità e differenze rispetto ai giovani

Attilio Del Rosso

U.O. Cardiologia, Ospedale S. Pietro Igneo, Fucecchio

Introduzione

L'incidenza della sincope aumenta in modo quasi esponenziale con l'età (1) raggiungendo il 19/1000 pazienti per anno nella fascia di età ≥ 80 anni. Nei pazienti afferiti al DEU per sincope il 56% dei pazienti ha un'età superiore a 65 aa; di questi il 68% ha oltre 75 anni e il 20% più di 85 anni (2). In popolazioni più selezionate come quelle di pazienti afferiti a Syncope Units il 51% dei pazienti ha oltre 65 anni ed il 29% ha oltre 75 anni (3). Questi dati probabilmente sottostimano la reale prevalenza nella popolazione anziana per il mancato riconoscimento degli episodi sincopali che si manifestano come cadute (4).

Età e prognosi

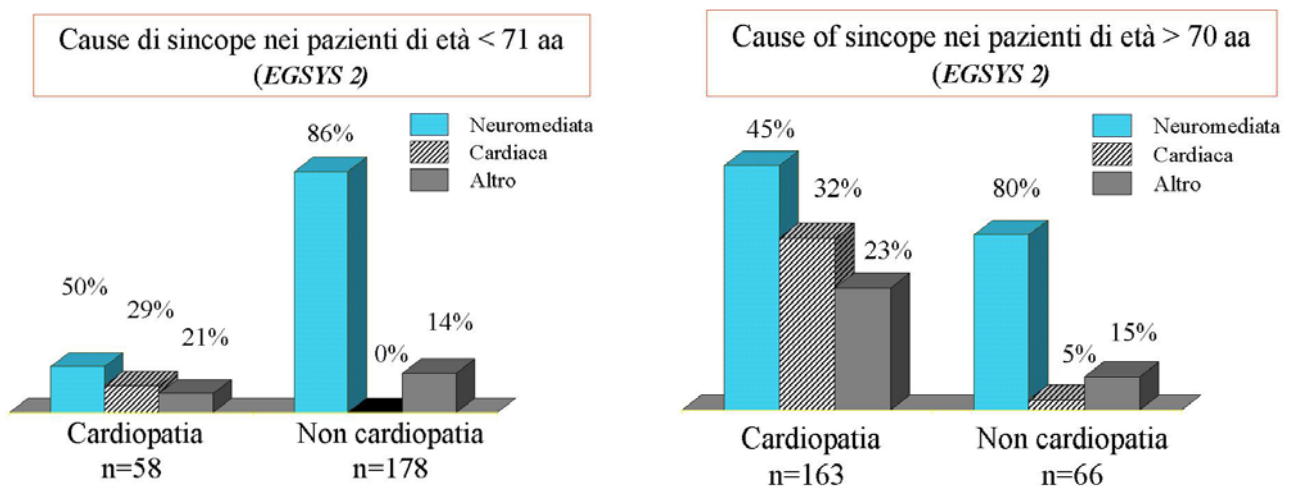
La presenza di cardiopatia organica rappresenta il parametro clinico che maggiormente influenza in modo sfavorevole la prognosi dei pazienti con sincope indipendentemente dall'età (5). Tuttavia, nel paziente anziano, la sincope non cardiogena e quella indeterminata comportano una prognosi più sfavorevole rispetto ai pazienti più giovani (5) probabilmente riferibile alla frequente coesistenza di altre patologie e alla maggiore morbilità delle cadute conseguenti alla perdita di coscienza. Il recente studio OESIL (6) ha identificato 4 parametri clinici predittivi di una aumentata mortalità totale a 12 mesi: patologia cardiovascolare all'anamnesi, un ECG patologico, la sincope senza prodromi e l'età > 65 . Nel paziente anziano inoltre la sincope può determinare una disabilità non solo per le conseguenze dirette della caduta ma anche per lo sviluppo di una sindrome ansioso depressiva legata alla perdita di fiducia e autonomia (7).

Eziologia della sincope nel paziente anziano

L'età avanzata pertanto rappresenta un parametro predittivo di aumentata mortalità totale e cardiovascolare al punto che nelle linee guida dell'American College of Physicians un'età > 70 aa è considerato un criterio per la ospedalizzazione del paziente (8), indipendentemente da altri parametri clinici. E' nostra opinione che raccomandare l'ospedalizzazione dei pazienti sulla base del solo dato anagrafico indipendentemente da altri dati clinici non sia una proposta condivisibile. Probabilmente tale affermazione si basava su studi condotti negli anni '80 dai quali risultava che la causa più frequente di sincope nella popolazione anziana era quella cardiaca. Infatti nello studio di

Kapoor (5) una causa cardiaca era riscontrata nel 33,8% dei pazienti anziani e nel 16,8% dei giovani. Una causa non cardiovascolare nel 26,7% degli anziani e nel 37,9% dei giovani. Studi più recenti tuttavia hanno invece evidenziato che un meccanismo neuromediato è la causa più frequente di perdita di coscienza in tutti i gruppi di età. Questo è stato osservato sia in popolazioni selezionate di pazienti afferiti a Syncope Units (3) o reparti geriatrici (9) sia in una popolazione non selezionata di pazienti afferiti al DEU (2)(Fig1). Nel paziente anziano la prevalenza di sincope da sindrome seno carotidea e da ipotensione ortostatica aumenta in modo significativo mentre si riduce la prevalenza della sincope vasovagale tipica. In una fase in cui le risorse economiche sono limitate occorre limitare la ospedalizzazione ai pazienti a maggior rischio di eventi a breve termine come del resto recepito dalle recenti Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (10).

Fig. 1



Le difficoltà diagnostiche nella popolazione geriatrica

La sincope nel vecchio comporta rilevanti problemi diagnostici: infatti le frequenti polipatologie, le comorbidity e le politerapie fanno sì che nel singolo paziente possano coesistere molteplici potenziali cause dell'evento sincopale. Infatti circa 1/3 dei pazienti di età superiore a 65 anni assume almeno tre farmaci, il 69% presenta una cardiopatia strutturale e/o un ECG patologico, il 90% ha copatologie associate (2). L'anamnesi ha un ruolo centrale nella valutazione del paziente affetto da sincope ma frequentemente nel vecchio la raccolta della storia clinica relativa all'evento sincopale può essere difficoltosa. Infatti in alcuni casi c'è una completa amnesia per l'evento sincopale. Il 30% dei pazienti con sindrome seno carotidea manifesta cadute inspiegate e nega la perdita di coscienza (11). Amnesia per la perdita di coscienza è stata osservata in circa il 50% dei pazienti con sindrome seno carotidea che si presentano con una storia di cadute (12) ed in un quarto di tutti quelli con sindrome seno carotidea indipendentemente dalla presentazione clinica (13). Tale

fenomeno fra l'altro non sembra attribuibile ad un eventuale decadimento cognitivo nei pazienti esaminati (14). Una alta incidenza di cadute inspiegate oltre alla tradizionale sintomatologia sincopale è stata osservata anche in pazienti con ipotensione ortostatica (13), malattia seno atriale (15) e disturbi della conduzione AV (15). Globalmente fino ad un quarto degli eventi si può presentare come una caduta inspiegata che deve essere considerata un vero e proprio "equivalente" sincopale. Deficit cognitivi sono presenti inoltre nel 5% dei soggetti di età superiore a 65 anni e nel 20% degli ultraottantenni e possono rendere difficoltosa la descrizione dell'evento clinico (10). Per tali motivi è estremamente importante la ricerca dei testimoni dell'evento che tuttavia non sono presenti in circa il 40-60 % dei casi (3,16).

Nello studio EGSYS 2 (2) la sola anamnesi permetteva di giungere ad una diagnosi eziologica della sincope nel 39% della popolazione globalmente considerata. In uno studio che ha valutato una popolazione più selezionata di pazienti afferiti a Syncope Units (3) la resa diagnostica dell'anamnesi era sensibilmente inferiore (15%). Tuttavia quando si valuta il dato riferito ai differenti gruppi di età la resa diagnostica della sola anamnesi si riduce sensibilmente passando nei pazienti valutati presso il DEU dal 55% in quelli di età < 46 aa al 25% in quelli di età > 80 aa (2). Nei pazienti valutati presso centri di riferimento si passa dal 26% in quelli di età < 65 aa al 5% in quelli \geq 65 aa (3). Questo risultato è da attribuirsi alle variazioni della presentazione clinica della sincope vasovagale nelle varie fasce di età. Era stato già evidenziato come in una popolazione di pazienti sottoposti a head-up tilt test per sospetta sincope vasovagale la prevalenza dei sintomi prodromici si riducesse gradualmente all'aumentare dell'età (17). Nello studio EGSYS 2 la prevalenza di sincope vasovagale tipica (definita sulla base delle Linee Guida ESC) si riduce significativamente nelle varie classi di età passando dal 47% nei pazienti di età < 46 aa al 12% negli ultraottantenni (2).

Caratteristiche cliniche della sincope in funzione dell'età

In una popolazione di 485 pazienti afferiti a 4 Syncope Units, è stata valutata l'influenza dell'età sulla presentazione clinica della sincope (3). La tabella 1 mostra le differenze cliniche tra giovani-adulti ed anziani. La sincope cardiaca aveva una presentazione clinica simile nei due gruppi di età mentre nei pazienti anziani con sincope neuromediata la frequente assenza di sintomi prodromici tipici e la coesistenza di una cardiopatia giustificavano la bassa resa diagnostica della anamnesi. All'analisi multivariata nei pazienti giovani-adulti la presenza di cardiopatia era l'unico predittivo indipendente (sensibilità 85%, specificità 83%) di sincope cardiaca. Negli anziani invece risultavano predittivi di sincope cardiaca la presenza di cardiopatia, la sincope in posizione supina, la sincope durante sforzo e i movimenti mioclonici durante la sincope (sensibilità 94%, 7%, 15% e

18%; specificità 64%, 99%, 99% e 97% rispettivamente). Nei giovani-adulti l'assenza di cardiopatia, una storia di presincope e > 2 sincopi risultavano predittivi indipendenti (sensibilità 83%, 78% e 31%; specificità 85%, 48%, 33% rispettivamente) di sincope mentre negli anziani l'assenza di cardiopatia risultava l'unico parametro predittivo (sensibilità 36%, specificità 94%).

Più recentemente sono state valutate le caratteristiche cliniche della sincope in funzione dell'età in una popolazione meno selezionata di pazienti afferiti al DEU (2). Nei pazienti di età inferiore a 71 aa all'analisi multivariata risultavano predittivi di sincope cardiogena: la presenza di cardiopatia e/o ECG patologico, l'assenza di prodromi e le palpitazioni che precedono la sincope (sensibilità 89%, 47%, 11%; specificità 81%, 82%, 99% rispettivamente). Nei pazienti più anziani (>70 aa) risultavano predittivi di sincope cardiogena: la presenza di cardiopatia e/o ECG patologico, la sincope durante sforzo o in posizione supina, la sincope preceduta da dispnea e l'incontinenza sfinterica durante la perdita di coscienza (sensibilità 93%, 15%, 11%, 11%, 9%; specificità 36%, 99%, 99%, 98%, 99% rispettivamente). La presenza di almeno uno di questi parametri clinici era riscontrata solo nel 2% dei pazienti con sincope neuromediata ma nel 67% di quelli con sincope cardiogena e cardiopatia organica e nel 100% dei pazienti con sincope cardiogena senza cardiopatia organica associata.

Questi due studi pertanto hanno permesso di identificare alcuni parametri clinici in presenza dei quali, nei pazienti più anziani a prescindere dalla presenza o meno di cardiopatia strutturale, la probabilità di sincope cardiogena è molto elevata, è necessario il ricovero e la priorità deve essere data agli accertamenti strumentali volti a confermare tale diagnosi.

Parametri predittivi di sincope cardiogena nella popolazione anziana:

- Sincope durante sforzo
- Sincope in posizione supina
- Sincope con movimenti mioclonici
- Sincope con incontinenza sfinterica
- Sincope preceduta da dispnea

La sincope nell'anziano fragile

Il paziente anziano autonomo con normale funzione cognitiva deve essere valutato e trattato come il paziente più giovane. Ben diverso è il caso dell'anziano "fragile" cioè del paziente con deficit cognitivo, importante comorbidità e disabilità. La misurazione della pressione in ortostatismo, il massaggio dei seni carotidei ed il tilt test sono indagini ben tollerate anche in questo contesto clinico. Al contrario indagini complesse ed invasive possono non essere tollerate e pertanto la

necessità di procedere con tali esami deve essere valutata in relazione alla compliance ed alla prognosi. Se le procedure diagnostiche e l'ospedalizzazione sono ritenute inappropriate il trattamento può essere basato su dati clinici limitati assumendo che la genesi della sincope sia multifattoriale (18) e pertanto cercando di correggere ogni situazione predisponente e scatenante.

Conclusioni

La sincope nel paziente anziano rappresenta un sintomo frequente che comporta maggiori difficoltà diagnostiche rispetto ai pazienti più giovani per le difficoltà nella raccolta dell'anamnesi, per la presentazione clinica atipica e per le frequenti patologie associate. La ricerca di sintomi e segni predittivi di una genesi cardiaca della sincope può essere di aiuto nel selezionare quei pazienti con una prognosi più sfavorevole a medio termine.

Tabella 1**Caratteristiche cliniche della sincope cardiaca e neuromediata in funzione dell'età dei pazienti (3)**

	Età < 65 aa	Età ≥ 65 aa	P
Cardiopatìa e/o ECG patologico	54 (24%)	194 (74%)	.00001
<i>Diagnosi con l' anamnesi</i>	59 (26%)	13 (5%)	.0001
Cardiaca	27 (12%)	89 (34%)	.00001
Bradiaritmica	8 (4%)	64 (25%)	.00001
Tachiaritmica	12 (5%)	18 (7%)	ns
Meccanica	6 (3%)	7 (2%)	ns
Neuro-mediata	154 (69%)	142 (55%)	.01
Vasovagale	36 (16%)	3 (1%)	.00001
Tilt-indotta	74 (33%)	68 (26%)	ns
Situazionale	23 (10%)	11 (4%)	.01
Sindrome seno carotidea	18 (8%)	46 (18%)	.001
Ipotensione ortostatica	1 (0.5%)	8 (3%)	.05
ATP indotta	2 (1%)	6 (2%)	ns
<i>Caratteristiche della sincope cardiaca</i>			
Prodromi e sintomi nel recupero	17 (63%)	47 (53%)	ns
Cardiopatìa	22 (85%)	85 (94%)	ns
<3 sincopi	26 (65%)	59 (66%)	ns
Assenza di prodromi	9 (35%)	43 (48%)	ns
Movimenti mioclonici	2 (14%)	8 (18%)	ns
Durante sforzo	1 (4%)	14 (16%)	ns
Sincope supina	3 (12%)	6 (7%)	ns
<i>Caratteristiche della sincope neuromediata</i>			
Prodromi e sintomi nel recupero	128 (84%)	82 (59%)	0.0001
>2 sincopi	103 (67%)	72 (50%)	.005
Prodromi	129 (84%)	85 (59%)	.00001
Presincope	118 (78%)	72 (52%)	.0001
Sudorazione	61 (41%)	29 (21%)	.0005
Assenza di cardiopatìa	128 (83%)	52 (36%)	.0001

Bibliografia

1. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG et al. Incidence and prognosis of syncope. *New Engl J Med* 2002;347:878-885.
2. Evaluation of Guidelines in Syncope Study 2. Data on file, per gentile concessione di Brignole M.
3. Del Rosso A, Alboni P, Brignole M, Menozzi C et al. Relation of clinical presentation of syncope to the age of patients. *Am J Cardiol.* 2005 Nov 15;96:1431-1435.
4. Shaw FE, Kenny RA. Overlap between syncope and falls in the elderly. *Postgrad Med J.* 1997;73:635-639
5. Kapoor W, Snustad D, Peterson J, et al. Syncope in the elderly. *Am J Med* 1986;80(3):419-28
6. Colivicchi, Ammirati F, Melina D et al Development and prospective validation of a risk stratification system for patients with syncope in the emergency department: the OESIL risk score. *Eur Heart J* 2003;24:811-819
7. Tinetti ME, Mendes de Leon CF, Donchette JT et al. Fear of falling and fall related efficacy. *J gerontol* 1994;49:140-147
8. Linzer M, Yang EH, Estes NA III, et al. Diagnosing syncope. Part 2: Unexplained syncope. Clinical Efficacy Assessment Project of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1997;127(1):76-86
9. Ungar A, Malin N, Del Rosso A. et al. La sincope nell'anziano: Risultati preliminari del "Longitudinal GIS STUDY". *Giornale di Gerontologia* 2003;51: 349 (abs)
10. Brignole M, Alboni P, Benditt DG et al Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope-update 2004. Executive Summary. *Eur Heart J.* 2004 Nov;25:2054-2072.
11. Kenny RA, Traynor G: Carotid sinus syndrome: Clinical characteristics in elderly patients. *Age Ageing* 1991;20: 449-454.
12. Davies AJ, Kenny RA: Falls presenting to the accident and emergency department: Types of presentation and risk factor profile. *Age Ageing* 1996;25: 362-366.
13. McIntosh SJ, Lawson J, Kenny RA: Clinical characteristics of vasodepressor, cardioinhibitory, and mixed carotid sinus syndrome in the elderly. *Am J Med* 1993;95: 203-208.
14. Parry SW, Steen N, Baptist M et al. Amnesia for loss of consciousness in carotid sinus syndrome. *JACC* 2005;45;1840-1843.
15. Seifer CM, Kenny RA: The prevalence of falls in older persons paced for atrioventricular block and sick sinus syndrome. *Am J Geriatr Cardiol* 2003 Sep-Oct;12(5):298-301

16. McIntosh S, Da Costa D, Kenny RA. Outcome of an integrated approach to the investigation of dizziness, falls and syncope in elderly patients referred to a 'syncope' clinic. *Age Ageing*. 1993;22:53-58.
17. Del Rosso A, Bartoli P, Ieri A. Neurogenic syncope in the elderly patient. *G Ital Cardiol*. 1999 29;12:1560-1571.
18. Kapoor WN. Current evaluation and management of syncope. *Circulation* 2002;106:1606-1609.