

Organizzato da

Dipartimento di Cardiologia
ASL 4 Chiavarese
Ospedali del Tigullio

Centro Prevenzione
Malattie Cardiopolmonari
"Nuccia e Vittore Corbella"

12° Corso di Aggiornamento
Multidisciplinare in Cardiologia

1° Corso Teorico e Pratico sulla Sincope
Organizzato da GIMSI Gruppo Italiano Multidisciplinare
per lo Studio della Sincope



Una sincope provvidenziale

S. Dell'Orto (Cernusco S.N.), M. L. Parmigiani, S. Scarpini

Un paziente di 79 anni, maschio con storia di ipertensione arteriosa, ipertrofia prostatica, BPCO, si presenta in pronto soccorso a causa di un trauma facciale. Alzatosi di notte per urinare, aveva avvertito malessere generale, affanno con vertigine, sudorazione calda e successiva caduta a terra con breve perdita di coscienza. Non altri sintomi di accompagnamento. Riferisce di assumere Lansoprazolo, tamsulosina e Losartan 50/12.5, ma non fornisce altra documentazione clinica. L'esame obiettivo risulta negativo. Il paziente è sintomatico per dolore nelle sedi di trauma (frattura delle ossa nasali all'Rx Cranio). Viene richiesta visita cardiologica per sincope.

La flow chart diagnostica di un paziente con sincope prevede la stratificazione del rischio. Secondo la S.Francisco Syncope Rule il punteggio relativo al paziente sarebbe 0, quindi un rischio basso. Secondo la scala OESIL il punteggio è almeno 1 e richiede pertanto una valutazione più attenta ed una possibile ospedalizzazione. Il giudizio clinico, in base alle modalità di insorgenza della sincope, inquadrebbe la perdita di coscienza come "situazionale" e quindi benigna.

Tuttavia, dagli esami ematochimici risultano valori di D-Dimero alterati (14.23 µg/ml; v.n,0-0.5), in assenza di altre anomalie. La radiografia del torace mostra una dilatazione della aorta toracica. Un ecocardiogramma eseguito in Pronto Soccorso non presenta elementi conclusivi. Viene quindi eseguita una TAC torace con MDC per diagnosticare una eventuale embolia polmonare ed eseguire lo studio dell'aorta. La TAC esclude la presenza di occlusione delle arterie polmonari. Nella estensione delle scansioni ai piani addominali volta allo studio della vena cava inferiore, si evidenzia la presenza di una dissecazione distrettuale dell'aorta addominale sovrarenale, con diffusa ectasia dell'aorta toracica in assenza di evidenti segni di dissecazione in questa sede. Il paziente verrà quindi trasferito in un reparto di chirurgia vascolare di un altro ospedale.

La diagnosi apparentemente semplice di un caso di sincope situazionale, che ha tutte le caratteristiche di un episodio benigno, si complica in seguito all'esecuzione di accertamenti. Il dosaggio del D-Dimero è stato eseguito senza una chiara indicazione clinica. E' noto che il dosaggio questo fattore della coagulazione, specie se eseguito senza una chiara indicazione clinica, riveste un significato non specifico, in particolare in questo caso poiché il paziente si era procurato un trauma cadendo. In un soggetto anziano che presenta sincope la diagnosi di embolia polmonare può essere presa in considerazione, poiché questa esordisce con sincope nel 20% dei casi. Nel nostro caso tuttavia il paziente non lamentava dolore toracico, ne' presentava un quadro clinico di impegno respiratorio.

A fronte del dato inatteso del riscontro di una dissecazione dell'aorta addominale dobbiamo porci il problema che sia stata quest'ultima la causa della sincope. Infatti la dissecazione aortica acuta può esordire con sincope in circa il 20% dei casi. Il paziente tuttavia non lamentava dolore ne' toracico ne' addominale, non presentava segni di compromissione emodinamica o di anemizzazione.

Organizzato da

Dipartimento di Cardiologia
ASL 4 Chiavarese
Ospedali del Tigullio

Centro Prevenzione
Malattie Cardiopolmonari
"Nuccia e Vittore Corbella"

12° Corso di Aggiornamento
Multidisciplinare in Cardiologia

1° Corso Teorico e Pratico sulla Sincope
Organizzato da GIMSI Gruppo Italiano Multidisciplinare
per lo Studio della Sincope



La dissecazione aortica costituisce una patologia ad elevato rischio di evoluzione infausta e non è stato ancora identificato un marker ematochimico che possa escludere o accertare tale evento con ragionevole sicurezza. In particolare sono stati eseguiti studi mirati e metanalisi per stabilire una possibile relazione tra D-Dimero e dissecazione aortica. Sembra di poter affermare che valori di D-Dimero <500 ng/ml consentono di escludere con sufficiente certezza (sensibilità 97%, valore predittivo negativo 96%) la presenza di dissecazione aortica.

Conclusioni.

Questo caso clinico è un esempio di come spesso le linee guida non siano seguite scrupolosamente e prevalga il giudizio clinico. Tale discrepanza è spesso criticabile, ma in questo caso ha consentito di identificare una patologia a potenziale evolutività maligna che ha indirizzato ad una terapia chirurgica che ha potuto essere eseguita in elezione.