



Utilità della valutazione neuroautonomica nel paziente con vertigine, esperienza di una Syncope Unit

Alice Ceccofiglio, Giulia Peruzzi, Angela Riccardi, Martina Rafanelli, Francesca Tesi, Giulia Rivasi, Serena Venzo, Stefania Zannoni, Flavia Carla Gori Sacco, Riccardo Barucci, Elisa Schipani, Irene Marozzi, Andrea Ungar

Syncope Unit, Cardiologia e Medicina Geriatrica, AOU Careggi, Firenze, Italia

Introduzione e scopi. La diagnosi differenziale della vertigine rappresenta una vera e propria sfida in ambito clinico. Essa infatti può essere sia l'esordio di una condizione del tutto benigna, sia l'unica spia di una condizione patologica sottostante. Inoltre, nella popolazione anziana, la sintomatologia vertiginosa può essere facilmente confusa con un evento presincopale o con l'intolleranza ortostatica. Per tale motivo molti pazienti, soprattutto anziani, affetti da sindrome vertiginosa non chiaramente riconoscibile, vengono spesso inviati per valutazione presso la Syncope Unit. Scopo della presente ricerca è stabilire l'utilità della valutazione neuroautonomica nella diagnosi differenziale delle sindromi vertiginose.

Materiali e metodi. Da gennaio a giugno 2015 sono stati valutati in Syncope Unit 272 pazienti con un'età media di 68 ± 21 anni (M/F 126/146). Di questi, 231 afferivano per una valutazione di sincope e/o cadute (84.9%) e 41 per sindrome vertiginosa (15.1%). Tuttavia una storia di vertigine era presente anche in 111 pazienti (40.8%) afferiti per sincope e/o cadute. Tutti i pazienti sono stati valutati secondo l'iter diagnostico delle linee guida della Società Europea di Cardiologia (2009). In questa ricerca sono state confrontate le caratteristiche dei pazienti che afferivano per vertigine (n=41) rispetto a quelli afferiti per sincope e/o cadute senza storia di vertigine (n=120).

Risultati. Nei pazienti afferiti per sindrome vertiginosa, la sintomatologia era meno frequentemente associata a condizioni scatenati (18.8% vs 81.2%, $p=0.000$) e più frequentemente associata a terapia con sartani (24.4% vs 10.0%, $p=0.001$), patologia reumatica (9.8% vs 2.5%, $p=0.049$) e Malattia di Parkinson (4.9% vs 0.0%, $p=0.015$). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a prove di ipotensione ortostatica che sono risultate positive nel 29.3% dei pazienti con vertigine e nel 38.3% di quelli con sincope e/o cadute, senza differenza significativa tra i due gruppi. Una valutazione neuroautonomica di secondo livello (comprendente tilt test e massaggio dei seni carotidei) è stata eseguita nel 58.5% dei pazienti con sindrome vertiginosa e nel 59.2% di quelli con sincope e/o cadute ed è risultata diagnostica per sincope o presincope rispettivamente nel 24.4% e 24.2% dei casi. Al termine dell'iter diagnostico in 26 pazienti (63.4%) con sindrome vertiginosa è stata formulata una diagnosi di sincope o presincope su base neuroriflessa e ortostatica rispetto all'89.2% dei pazienti con storia di sincope e/o caduta ($p<0.001$).

Conclusioni. Nella nostra Syncope Unit il 15% dei pazienti è afferita per episodi vertiginosi, senza storia di sincope/caduta, e in questi l'applicazione di un iter diagnostico basato sulle linee guida della sincope (ESC 2009) ha permesso di formulare una diagnosi di sincope o presincope nel 63% dei casi.