

SINCOPE E LIPOTIMIA

Cosa sono?

Sincope è la perdita di coscienza improvvisa, transitoria, di breve durata e a risoluzione completa e rapida con incapacità a mantenere il tono posturale e conseguente possibile caduta a terra.

Lipotimia, termine obsoleto attualmente sostituito dal termine Pre-sincope, indica una sensazione di malessere con restringimento dello stato di coscienza tale che il soggetto percepisce l'imminente perdita di coscienza. Si caratterizza per sintomi aspecifici quali:

- **Vertigini**
- **Astenia**
- **Offuscamento del visus**
- **Nausea**
- **Difficoltà a mantenere la stazione eretta**

Spesso si sovrappongono alla fase prodromica della sincope.

Come si presenta.

Il meccanismo fisiopatologico alla base che spiega le manifestazioni cliniche della sincope è la riduzione del flusso ematico cerebrale o per riduzione della gittata cardiaca o per vasodilatazione o per entrambi i meccanismi, che comporta la perdita transitoria di coscienza e del tono posturale. Occorre differenziare le varie forme di sincope per una diagnosi corretta e accurata:

- Sincope riflessa o neuromediata o situazionale legata a posizione eretta prolungata, stazionamento in ambienti caldi e affollati, cambi repentini di posizione (passaggio da clino a ortostatismo), bagno caldo, manovra di Valsalva, minzione, fase post-prandiale. Si sviluppa in 3 fasi: periodo prodromico con **vertigini, confusione, nausea, sensazione di caldo o freddo, ipersudorazione, modificazioni della vista e dell'udito**; perdita di coscienza dura 5 - 20 secondi e non viene ricordata dal paziente mentre gli osservatori lo descrivono pallido, con cute fredda e sudorazione profusa; periodo di recupero che dura 5 - 30 minuti e si caratterizza per debolezza, vertigini, cefalea e nausea con successivo ritorno alla normalità. Si manifesta al termine dell'esercizio fisico per cui differisce dalla sincope cardiogena in cui l'evento si manifesta durante l'esercizio fisico;
- Spasmi affettivi seguono una sequenza stereotipata di eventi: l'evento scatenante è **rabbia o dolore**, porta al **pianto** seguito da una **espirazione forzata** con variazione del colorito cutaneo, perdita di coscienza e del tono posturale, con possibili spasmi clonici generalizzati, opisto-

tono e bradicardia. In genere insorgono tra i 6 e i 12 mesi di età e terminano tra i 3 - 4 anni anche se possono durare fino ai 6-7 anni;

- **Sindrome da tachicardia posturale ortostatica (POTS)** si caratterizza per tachicardia, tremori, intolleranza all'esercizio fisico. Colpisce più frequentemente le adolescenti dopo il menarca e ha esordio brusco dopo un episodio infettivo, trauma o intervento chirurgico. Prevede ipotensione durante l'evento;
- Sincope cardiaca che si manifesta durante lo sforzo fisico.

Quali esami di laboratorio fare:

Gli esami ematochimici NON vanno eseguiti routinariamente ma solo nel sospetto di una sincope legata a emorragia, disidratazione o causa metabolica.

Quali esami strumentali fare:

La maggior parte degli episodi sincopali nella popolazione pediatrica rientra nel gruppo delle sincopi autonome, tuttavia è fondamentale escludere condizioni cardiache potenzialmente fatali. Nella valutazione iniziale è fondamentale:

- **Anamnesi** familiare che ricerchi episodi di morte improvvisa < 40 anni, IMA < 30 anni, cardiopatie congenite o aritmogene familiari, episodi sincopali in parenti di primo grado; patologica remota che indichi pregresse cardiopatie, aritmie, problematiche neurologiche, malattie metaboliche e farmacologiche; patologica prossima che indichi le

caratteristiche del luogo dell'evento, posizione del paziente al momento dell'evento, intervallo dal pasto, attività che il paziente stava svolgendo, eventuali segni prodromici, manifestazione dell'evento;

- **Esame obiettivo** deve includere la valutazione neurologica, del ritmo e della frequenza cardiaca e la misurazione della PA in clinostatismo e in ortostatismo dopo 1, 5, 10 minuti di ortostatismo (questa indicazione dipende dalla compliance del paziente);
- **ECG** DEVE essere eseguito routinariamente e refertato da un cardiologo possibilmente pediatrico.

Approfondimenti diagnostici solo se emerge una storia familiare o personale sospetta o in caso di reperti di allarme all'esame clinico o all'ECG.

Come trattarlo in PS:

Effettuare esami clinici e strumentali suddetti e valutare in relazione al rischio clinico (vedi Tabella). Esiste la possibilità di una terapia farmacologica a lungo termine in caso di episodi sincopali ripetuti e non correlati a patologie sottostanti.

Quali sono le indicazioni al ricovero:

- Sincope da causa non determinata o pazienti affetti da cardiopatie;
- Soggetti classificati ad alto rischio per episodi avversi (vedi Tabella).

Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

Sincope neuromediata indicazioni comportamentali quali evitare ambienti caldi e affollati, la disidratazione e l'ipovolemia garantendo un adeguato apporto di liquidi e sale. Nei casi di forzata stazione eretta muovere frequentemente le gambe per facilitare la pompa venosa. In caso di sincope mettere il paziente in posizione supina con le gambe leggermente sollevate, con la possibilità di somministrare sostanze eccitanti a piccole dosi quali coca-cola o cioccolato. Si raccomanda l'astensione dall'attività sportiva fino a diagnosi avvenuta.

BIBLIOGRAFIA

1. Brignole M, Alboni P, Benditt Go et al. Task force on syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope - update 2004. Eur Heart J 2004, 25:2054-72.
2. Moya A, Sutton R, Ammirati F et al. Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). Eur Heart J 2009, 30:2631-71.
3. Anderson JB, Czosek RJ, Chota J et al. Pediatric syncope: national hospital ambulatory medical care survey results. J Emerg Med 2012, 43:575-83.
4. Massin MM, Malekzadeh-Milani S, Benatar A. Cardiac syncope in pediatric patients. Clin Cardiol 2007, 30:81-5.
5. Massin MM, Bourguignon A, Coremans C et al. Syncope in pediatric patients presenting to an Emergency Department. J Pediatr 2004, 145:223-8.

Tabella. Stratificazione del rischio clinico per sincope.

Pazienti a basso rischio	Rischio nullo per patologia cardiaca o soggetti con sincope già definita	Gestione ambulatoriale
Pazienti a rischio intermedio	Probabile presenza di patologia cardiaca o con episodio sincopale ancora non definito	Gestione in PS
Pazienti a rischio elevato	Presenza di patologia cardiaca nota o di nuova identificazione	Gestione in regime di ricovero urgente